Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2023, Vol 14, No 3



Comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with mindfulness based cognitive therapy on the psychosomatic symptoms of migraine patients in Isfahan city

Ali sadeghi[1], Ahmad Ghazanfari[2*], Shahram Mashhadizadeh[3], Tayebeh Sharifi[4]

1. *Ph.D Student Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran*
2. *Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran*
3. *Assiatant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran*
4. *Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: For years, psychological treatments for acute biological patients, along with other drug treatments, have been the answer to patients' psychological problems. The present study aimed to compare the effectiveness of group training of psychological capitals with cognitive therapy based on mindfulness on the psychosomatic symptoms of migraine patients in Isfahan city.

Material and Methods: The design of this research was a semi-experimental type of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the study was made up of all migraine patients in Isfahan city in 1400. The research sample consisted of 54 patients with migraine and were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The experimental groups underwent 14 sessions of psychological capital training, and the second experimental group underwent 8 sessions of cognitive therapy based on mindfulness, and the control group did not receive any intervention. The research tool included the Beck Depression Questionnaire and the data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements.

Results: The difference in the psychosomatic symptoms scores in the pre-test and follow-up test in the three groups is significant ($p<0.001$) and the difference between the groups in the research stages (interaction of time in the group) is equal to 72.9%.

Conclusion: Considering the effect of mindfulness based cognitive therapy and psychological capital training on the psychosomatic symptoms of migraine patients, these treatments become an effective factor in improving the symptoms of these patients.

Keywords: psychosomatic symptoms, Psychological capital training, Mindfulness-based cognitive therapy, Migraine

Please cite this paper as:
Sadeghi A, Ghazanifar A, Mashhadizadeh SH, Sharifi T [Comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with mindfulness based cognitive therapy on the psychosomatic symptoms of migraine patients in Isfahan city (Persian)]. J Anesth Pain 2023; 14(3): 27-38.

Corresponding Author: Ahmad Ghazanfari, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
Email: aghazan5@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های روان تنی بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان

علی صادقی[۱]، احمد غضنفری[۲*]، شهرام مشهدی زاده[۳]، طیبه شریفی[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۳. استادیار نوروفیزیولوژی، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۶ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۲۷

چکیده

زمینـــه و هـــدف: درمان‌هـای روانشـناختی سـالها بـرای بیمـاران حـاد زیسـتی در کنـار سـایر درمان‌هـای دارویـی جواب‌گـوی مشـکلات روانشـناختی بیمـاران بـوده اسـت. پژوهـش حاضـر باهـدف مقایسـه اثربخشـی آمـوزش گروهـی سـرمایه‌های روان‌شـناختی بـا شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر نشـانه‌های روان تنـی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن شـهر اصفهـان صـورت گرفـت.

مـــواد و روش‌هـــا: طـرح ایـن پژوهـش نیمه‌آزمایشـی از نـوع پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پی‌گیـری بـا گـروه گـواه بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن شـهر اصفهـان در سـال ۱۴۰۰ تشـکیل دادنـد. نمونـه پژوهـش شـامل ۵۴ نفـر از بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن بـود و بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و یـک گـروه گـواه گمـارده شـدند. گروه‌هـای آزمایـش تحـت ۱۴ جلسـه آمـوزش سـرمایه روانشـناختی و گـروه آزمایـش دوم تحـت ۸ جلسـه درمـان شـناختی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی قـرار گرفتنـد و گـروه گـواه هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکردنـد. ابـزار پژوهـش شـامل آزمـون غربالگـری نشـاته‌های روان تنـی بـوده و داده‌هـا بـا اسـتفاده از آنالیـز واریانـس دوطرفـه بـا اندازه‌گیری‌هـای مکـرر تجزیـه و تحلیـل شـدند.

نتایـــج: تفـاوت نمـرات نشـانه‌های روان تنـی در مرحلـه پیش‌آزمـون پس‌آزمـون پیگیـری در سـه گـروه معنـی دار ($p<۰/۰۰۱$) و میـزان تفـاوت گروه‌هـا در مراحـل پژوهـش (تعامـل زمـان در گـروه) برابـر بـا ۳/۵۷ درصـد اسـت.

نتیجه‌گیـــری: بـا توجـه بـه تأثیـر شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهنآگاهـی و آمـوزش سـرمایههای روانشـناختی بـر نشـانه هـای روان تنـی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن ایـن درمانهـا عاملـی مؤثـر در بهبـود نشـانه هـای ایـن بیمـاران میشـود.

واژه‌هـــای کلیـــدی: نشـانه هـای روان تنـی، آمـوزش گروهـی سـرمایه‌های روان‌شـناختی، شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهنآگاهـی، میگر ن

نویســنده مســئول: احمد غضنفری، دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

پست الکترونیک: aghazan5@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

با توجه به اینکه امروزه آدمی را یک واحد جسمانی-روانی -اجتماعی می دانند که اثرات مداوم و متقابلی بر روی هم دارند. پیوستگی و یکپارچگی روان و تن و اثرات متقابل آن برهم، رشته جدیدی در پزشکی به نام پزشکی ایجاد است، عوامل استرس‌زا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، بی قراری و احساس ناتوانی عمومی و همچنین نشانه های جسمانی در سازش یافتگی با جهان منجر شوند [۱]. محققان دیگر چون Polk [۲] وهمکاران نیز مواردی از قبیل زخم معده، دیابت، آسم، اختلال‌های پوستی، بیخوابی، سندرم روده تحریک پذیر، اضطراب عملکرد، بیماری‌های کرونر قلبی، سردرد میگرنی، سردرد عصبی، آرتریت روماتوئید، تبخال‌های عفونی و ویروسی، فلج اطفال، عفونت‌های ادراری تناسلی، سرماخوردگی، ذاتالریه، تب مالت، تومور، یادزدودگی، وسعت هراسی، افزایش کلسترول خون، تندخوئی‌ها و ریزش مو را به فهرست بیماری‌های ناشی از استرس که منجر به نشانه‌های روان‌تنی می‌شوند افزوده‌اند.

هرچند انواع مختلف سردردها شناسایی شده‌اند، شایع‌ترین آنها میگرن و سردرد تنشی است[۳] به اعتقاد Anheyer [۴] و همکاران شایع‌ترین نوع سردرد میگرن بوده و سردردی معمولاً یک‌طرفه و با کیفیتی ضربان‌دار است. اغلب با تهوع، استفراغ، صوت‌هراسی، نورهراسی و بی‌حالی همراه می‌باشد و خلق، اشتها و یا شناخت فرد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند. Zhang و همکاران [۵] نشان دادند که عوارض جسمانی ناشی از میگرن و ابتلای به نشانه های تنانه دیگر یکی از دلایل اساسی در بررسی این اختلال است [۶، ۷]؛ بنابراین تأییدشده است که انواع نشانه های روانتنی، یکی از شایع‌ترین مشکلات در بیماران مبتلا به میگرن است. به‌طور کلی میگرن و نشانه های روان تنی اثر متقابل دارند.

میگرن یک بیماری شایع است که براساس بررسی‌های پاراکلینیکی می‌توان اذعان داشت که ۱۴ تا ۱۶ درصد مردم تجربه این درد را داشته‌اند؛ این اختلال سومین اختلال شایع در کل جهان بوده و یکی از بیماری‌هایی است که به‌عنوان بالاترین میزان اختلالات عصبی شناخته می‌شود[۸]. Lind و همکاران [۹] در یک بررسی نشان داد هزینه درمان‌های مرتبط با میگرن در سراسر اروپا به‌طور تقریبی بین ۵۰ تا ۱۱۱ یورو و در آمریکا ۱۰۳۶ دلار برای هر نفر می‌باشد. اکنون نظر به اینکه میگرن یکی از شایع‌ترین انواع سردردها در افراد می‌باشد و با توجه به این مسئله که این نوع سردرد تا چه میزان می‌تواند روی عملکرد افراد تأثیر بگذارد و باعث افت کارایی آن‌ها شود، شناخت عوامل زمینه‌ای در بروز و تداوم آن بسیار ضروری می‌باشد، چرا که برآورد هزینه‌های ناشی از بیماری میگرن به معنای شیوع و البته گستردگی دامنه‌ی عوارض ناشی از آن است.

در راستای هزینه‌های سنگین و دشواری درمان، متخصصان حوزه سلامت روانی نیز وارد فرایند درمانی بیماران مبتلا به میگرن شده و در این مسیر رویکردهای متنوعی را طراحی نمودند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness based cognitive therapy) از جدیدترین رویکردهای درمانی است که از طریق نظارت آگاهانه و زندگی در لحظه، در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر بوده است، این رویکرد به آگاهی از افکار تأکید می‌کنند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود. بااین‌حال به‌جای تغییر افکار مشکل‌آفرین، ترجیح داده می‌شود که این افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا تشخیص داده شوند که می‌توانند به‌صورت بالقوه مشکل‌آفرین باشند، اما در حال حاضر خطری ایجاد نکرده‌اند [۱۰-۱۳]. همچنین مهارت‌ها و توانایی‌های افراد برای مقابله با فشارهای روانی می‌توانند موجب کاهش یا افزایش اثرات زیان‌آور فشار روانی بر ارگانیزم افراد شده و احتمال ابتلا به اختلالات جسمی را در آن‌ها، کاهش یا افزایش دهد و راهبردهای روان‌شناختی عاملی مؤثر در بهبود توانمندی‌ها و افزایش مهارت‌های مقابله با استرسورهای محیطی خواهد بود؛ آموزش سرمایه روان‌شناختی (Psychological capital) با تأکید بر ابعاد مثبت‌گرایی همچون امید، خوش‌بینی،تاب آوری و خود کارآمدی منجر به ارتقاء ارزش سرمایه انسانی، دانش و مهارت‌های افراد و سرمایه اجتماعی و شبکه روابط میان آنها می‌شود [۱۴]، چرا که این راهبرد یک حالت روان‌شناختی مثبت‌نگر رشدپذیر است که با ویژگی‌هایی همچون داشتن اعتماد به نفس برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز (خودکارآمدی)؛ ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت (خوش‌بینی)؛ پافشاری در رسیدن و مسیرهای رسیدن به اهداف (امیدواری) و تحمل کردن برای دستیابی به موفقیت هنگام مواجهه با سختی‌ها، (تاب‌آوری)، به افراد کمک می‌کند تا یک سبک مقابله فعال را پرورش دهند [۱۵] این روش بر مشکلات روان‌شناختی درمانجویان نیز اثربخشی بالایی را نشان داده است [۱۶، ۱۷]. پژوهش‌های اندکی در مورد تاثیر گذاری درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش سرمایه‌های روان شناختی بر نشانه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

هـای روان تنـی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن صـورت گرفتـه، نتایـج پژوهـش بـه گسـترش دانـش دربـاره میگـرن و درمـان روان‌شـناختی اختـلالات مرتبـط بـا آن و همچنیـن حمایـت تجربـی لازم را بـرای اسـتفاده از ایـن درمان‌هـا بـرای پزشـکان در جهـت اسـتفاده تـوأم ایـن شـیوه بـا درمـان دارویـی ترغیـب نمـوده و می‌توانـد به‌عنـوان تکنیـک مؤثـر در درمانگاه‌هـای تخصصـی روان‌تنـی و چنـد رشـته‌ای مورداسـتفاده قـرار گیـرد. نبـود مقایسـه دو روش درمانـی روان‌شـناختی و البتـه تمرکـز بـر گـروه بیمـاران روان‌تنـی بـه اهمیـت موضـوع می‌افزایـد. در ایـن راسـتا پژوهـش حاضـر بـه مقایسـه اثربخشـی آمـوزش گروهـی سـرمایه‌های روان شـناختی و شـناختی درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـر نشـانه هـای روان تنـی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن مـی پـردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهـش حاضـر از نـوع نیمـه آزمایشـی بـود. طـرح نیمه‌آزمایشـی پژوهـش حاضـر پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون، پیگیـری بـا گـروه گـواه شـامل مراحـل اجرایـی زیـر بـود: ۱. انتخـاب به‌صـورت هدفمنـد از نمونـه پژوهـش، ۲. اجـرای پیش‌آزمـون و جمـع‌آوری داده‌هـا؛ ۳. جایگزیـن کـردن تصادفـی آزمودنی‌هـا؛ ۴. اجـرای متغیرهـای مسـتقل (آمـوزش گروهـی سـرمایه‌های روانشـناختی و شـناختی درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی) روی گروه‌هـای آزمایـش؛ ۵. اجـرای پس‌آزمـون و جمـع‌آوری داده‌هـا و ۶. اجـرای پیگیـری و جمع‌آوری داده‌ها. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـهٔ افـراد مبتـلا بـه سـردرد میگرنـی مراجعه‌کننـده بـه درمانـگاه سایکوسـوماتیک و مطب‌هـای متخصصیـن مغـز و اعصـاب در شـهر اصفهـان در سـال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بـود کـه بـه تشـخیص متخصصیـن مغـز و اعصـاب یـا روانپزشـکان، سـردرد میگرنـی تشـخیص داده شـدن؛ بنابرایـن در ایـن راسـتا بـا دریافـت مجـوز فعالیـت از سـوی واحـد آمـوزش دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد شـهرکرد، اقـدام بـه اخـذ کـد اخـلاق (IR.IAU.SHK.REC.1400.019) نمـوده و بـا دریافـت معرفی‌نامـه از سـوی دانشـگاه بـرای مراکـز درمانـی و تخصصـی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن، بـه مراکـز مربوطـه مراجعـه شـد کـه بـا توجـه بـه حساسـیت بیمـاران، تنهـا یـک مرکـز حاضـر بـه همـکاری شـد، بـا هماهنگـی مدیریـت مراکـز اقـدام بـه برگـزاری جلسـه توجیهـی بـرای بیمـاران به‌صـورت انفـرادی بـه دلیـل حساسـت شـرایط قرنطینـه اجتماعـی شـد. درنهایـت بـا توجـه بـه حجـم نمونـه مـورد تائیـد و لحـاظ ملاک‌هـای ورود (سـابقه سـردرد طـی حداقـل ۶ مـاه گذشـته و جهـت درمـان بیـش از یـک نوبـت بـه پزشـک متخصـص مراجعـه کـرده باشـند و تحـت درمـان دارویـی باشـند و حداقـل طـی یـک مـاه گذشـته دو حملـه سـردرد میگرنـی را تجربـه کـرده باشـند؛ عـدم وجـود اختـلال روان‌پریشـی و سـابقه بیماری‌هـای مغـزی (ماننـد تومورهـای مغـزی) بـر اسـاس تشـخیص روانپزشـک و متخصص مغـز و اعصـاب، دامنـه سـنی ۲۵ الـی ۴۰ سـال، ایرانی‌الاصـل و بـودن رضایـت آگاهانـه جهـت شـرکت در فراینـد پژوهـش) و خـروج (دو جلسـه غیبـت در جلسـات درمـان، بـروز اختـلال فراینـد درمـان زیسـتی) بـا توجـه بـه پژوهش‌هـای مشـابه[۱۸،۱۹] تعـداد ۵۴ نفـر از بیمـاران انتخـاب و بـا احتسـاب احتمـال ریـزش بـه روش قرعه‌کشـی در سـه گـروه هـدف آمـوزش گروهـی سـرمایه‌های روانشـناختی (۱۸ نفـر)، شـناختی درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی (۱۸ نفـر) و گـروه گـواه (۱۸ نفـر) گمـارش شـدند ، شـرکت‌کنندگان گروه‌هـای آزمایـش اوّل تحـت آمـوزش آنلایـن هفتگـی ۸ جلسـه‌ی نـود دقیقـه‌ای شـناختی درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی کـه توسـط Teas-dale و همـکاران [۲۰] مـورد تائیـد اسـت قـرار گرفتنـد (جـدول ۱) و شـرکت‌کنندگان گـروه آزمایـش دوم تحـت ۱۴ جلسـه‌ی شـصت دقیقـه‌ای آمـوزش گروهـی و هفتگـی سـرمایه‌های روانشـناختی کـه توسـط آبایـی و همـکاران [۲۱] مـورد تائیـد قرارگرفتـه اسـت (جـدول ۲) قـرار گرفتنـد و شـرکت‌کنندگان گـروه گـواه هیـچ نـوع آموزشـی را دریافـت نکردنـد، البتـه بعـد از اتمـام پژوهـش بـرای گـروه گـواه نیـز ایـن آموزش‌هـا اجـرا شـد.هر سـه گـروه در مرحلـه پیـش آزمـون ، پـس آزمـون و پیگیـری پرسشـنامه افسـردگی بـک رو به‌طـور کامـل پاسـخ دادنـد. در ایـن پژوهـش ویژگی‌هـای جمعیت‌شـناختی گروه‌هـای نمونـه شـامل سـن، جنسـیت، سـطح تحصیـلات و اشـتغال ثبـت و مفـاد بیانیه هلینسـکی رعایت شـد. کـه ازجملـه آن‌هـا می‌تـوان بـه توضیـح اهـداف بـرای درمان‌جویـان، کسـب رضایـت آگاهانـه از واحدهـای موردمطالعـه، اختیـاری بـودن شـرکت در پژوهـش، حـق خـروج از مطالعـه، بـدون ضـرر بـودن پاسـخ بـه سـؤالات و در اختیـار قـرار دادن نتایـج در صـوت تمایـل، اشـاره کـرد.

آزمـون غربالگـری نشـانه‌های روان تنـی (Soms-7) : ایـن آزمـون یـک مقیـاس ۵۳ آیتمـی اسـت کـه بـرای ارزیابـی علائـم جسـمانی و همچنیـن، ارزیابـی اثـر درمـان در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلالات روان‌تنـی مـورد اسـتفاده قـرار می‌گیـرد. ایـن پرسشـنامه شـامل تمـام ابعـاد نشـانگان روان‌تنـی می‌باشـد و علائـم و نشـانه‌های بیمـاران را در هفـت روز ارزیابـی می‌کنـد. شـدت علائـم و نشـانه‌ها براسـاس معیـار درجه‌بنـدی از صفـر بـرای کمتریـن شـدت تـا ۴ بـرای بیشـترین شـدت تنظیم شـده اسـت. در مطالعـه Rief و Hiller [۲۲] کـه روان‌سـنجی پرسشـنامه از طریـق مصاحبـه بالینـی بـا بیمـاران و گـزارش علائـم توسـط

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

خـود بیمـاران انجـام شـد، حساسـیت و اطمینـان بالایـی گزارش گردیـد؛ بطـوری کـه پایایـی و روایـی پرسسشـنامه غربال‌گـری نشـانگان روان‌تنـی بـه ترتیـب ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بدسـت آمده اسـت. پایایـی ایـن آزمـون توسـط ابراهیمـی و همـکاران[۲۳] صـورت گرفـت و ضریـب آلفـای کرونبـاخ را ۰,۹۳ گـزارش کردنـد.

قبـل از شـروع مداخلـه، از افـراد شـرکت‌کننده فـرم رضایـت شـرکت آگاهانـه و آزادانـه در پژوهـش به‌صـورت کتبـی اخـذ گردیـد. قبـل از اجـرای مداخلـه یـک جلسـه‌ی توجیهـی بـرای درمان‌جویـان شـرکت‌کننده در پژوهـش به‌منظـور ارائـه توضیحاتـی در خصـوص پژوهـش، اهـداف و ضـرورت آن و نحـوه‌ی اجـرای طـرح برگـزار گردیـد. همچنیـن بـه شـرکت‌کنندگان در مـورد محرمانـه مانـدن اطلاعـات حاصـل از پژوهـش اطمینـان داده شـد. هرگونـه انتشـار داده‌هـا یـا اطلاعـات بـه دسـت آمـده از شـرکت‌کنندگان در تحقیـق و نتایـج مطالعـه براسـاس رضایـت آگاهانـه آن‌هـا انجـام گرفـت و بـه آنـان اطمینـان داده شـد کـه اطلاعـات آنـان محرمانـه خواهـد مانـد و آنـان در هـر مرحلـه‌ای از پژوهـش مختـار بـه خـروج از فراینـد بـوده و پـس از تائیـد اثربخشـی روش‌هـای آموزشـی فـوق گـروه گـواه نیـز تحـت آمـوزش قـرار خواهـد گرفـت.

در ایـن پژوهـش بـا اسـتفاده از نـرم افـزار آمـاری SPSS23 در دو سـطح توصیفـی و اسـتنباطی تحلیـل شـده اسـت. در ابتـدا یافتـه هـای توصیفـی متغیرهـای جمعیـت شـناختی و سـپس متغیرهـای اصلـی پژوهـش در گـروه هـای آزمایـش و گـروه گـواه ارائـه شـده و سـپس پیـش فـرض هـای آمـاری (از آزمون شـاپیرو ویـک جهـت بررسـی نرمـال بـودن توزیـع متغیرهـا بـا سـطح معنـاداری ۰/۰۵، آزمـون لویـن بـرای بررسـی برابـری لویـن بـا سـطح معنـاداری ۰/۰۵، آزمـون موخلـی جهـت بررسـی پیش‌فـرض کرویـت داده‌هـا بـا سـطح معنـاداری ۰/۰۵ و جهـت بررسـی اثربخشـی و مقایسـه بسـته هـای درمانـی از روش تحلیـل واریانـس بـا انـدازه هـای تکـراری بـا سـطح معنـاداری ۰/۰۱ اسـتفاده مـی گـردد. در ایـن پژوهـش عضویـت گروهـی بـه عنـوان متغیـر مسـتقل و نمـرات نشـانه هـای روان تنـی در مراحـل پژوهـش بـه عنـوان متغیّـر وابسـته در نظـر گرفتـه شـده اسـت بـرای تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا از دو سـطح آمـار توصیفـی و اسـتنباطی اسـتفاده شـده اسـت.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
۱	۱. معرفـی شـرکت کننـدگان و شـرح مختصـری از ۸ جلسـه.۲ تکنیـک خـوردن کشـمش و سـپس بـه مـدت ۳۰ دقیقـه مدیتیشـن اسـکن بـدن.۳ تکلیـف خانگـی: حضـور در لحظـه و بسـط دادن تکنیـک خـوردن کشـمش بـه سـایر فعالیت‌هـا.
۲	۱. انجـام مدیتیشـن اسـکن بـدن و بحـث در مـورد آن.۲. بررسـی تکالیـف خانگـی ۳. تفـاوت بیـن افـکار و احساسـات ۴. انجـام مدیتیشـن. ۵. تکلیـف: ذهـن آگاهـی یـک رویـداد خوشـایند، انجـام مدیتیشـن نشسـته و اسـکن بـدن
۳	۱.تمریـن دیـدن و شـنیدن ۲. مدیتیشـن نشسـته. بحـث در مـورد تکالیـف خانگـی ۳. انجـام یکـی از تمریـن هـای حـرکات ذهـن آگاهـی ۴.تکالیـف: مدیتیشـن نشسـته، اسـکن بـدن، تمریـن ۳ دقیقـه ای فضـای تنفسـی
۴	۱. مدیتیشـن نشسـته همـراه بـا توجـه بـه تنفـس. ۲. بحـث در مـورد پاسـخ هـای اسـترس و واکنـش یـک فـرد بـه موقعیـت هـای دشـوار. ۳. تمریـن قـدم زدن ذهـن آگاهانـه. ۴. تکالیـف: مدیتیشـن نشسـته، اسـکن بـدن یـا یکـی از حـرکات بدنـی ذهـن آگاه و تمریـن فضـای تنفسـی ۳ دقیقـه ای (در یـک رویـداد ناخوشـایند)
۵	۱. انجـام مدیتیشـن نشسـته. ۲. ارائـه و اجـرای حـرکات ذهـن آگاه بـدن. ۳. تکالیـف: مدیتیشـن نشسـته، فضـای تنفسـی سـه دقیقـه ای در یـک رویـداد ناخوشـایند و ذهـن آگاهـی یـک فعالیـت جدیـد روزمـره.
۶	۱. تمریـن فضـای تنفسـی سـه دقیقـه ای. ۲. بحـث در مـورد تکالیـف خانگـی ۳. ارائـه تمرینـی بـا عنـوان " خلـق، فکـر، دیـدگاه هایـی جداگانـه" ۴. پذیـرش احساسـات بـه عنـوان احسـاس. ۵. تکالیـف: انتخـاب ترکیبـی از مدیتیشـن هـا کـه ترجیـح شـخصی باشـد بـه عـلاوه انجـام فضـای تنفسـی سـه دقیقـه ای در یـک رویـداد ناخوشـایند و ذهـن آگاهـی یـک فعالیـت جدیـد روزمـره
۷	۱. مدیتیشـن چهـار بعـدی.۲. تمریـن جلسـه: بهتریـن راه مراقبـت از خـودم چیسـت.۳ . آمـوزش پذیـرش بـدون قضـاوت و داوری. ۴. تکالیـف: مدیتیشـن، تمریـن تنفسـی سـه دقیقـه ای در یـک رویـداد ناخوشـایند، ذهـن آگاهـی یـک فعالیـت روزمـره ی جدیـد.
۸	۱. اسـکن بـدن۲. تمریـن فضـای تنفسـی سـه دقیقـه ای ۳. - بحـث در مـورد روش هـای کنـار آمـدن بـا موانـع انجـام مدیتیشـن. ۴.مطـرح شـدن سـؤالاتی در مـورد کل جلسـات

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
۱	معرفی اعضا به یکدیگر-بیان انتظارات آنها در خصوص حضور آنها در جلسه بیان- اهداف برنامه‌توضیح در مورد روانشناسی مثبت نگار-تاثیر روانشناسی مثبت نگار در افزایش مقاومت سازی افراد -تبادل نظر در زمینه ی تاثیر سرمایه روان‌شناختی در کاهش رفتارهای منحرفانه
۲	توضیح و بررسی مجدد سرمایه های روانشناختی-توضیح در مورد خوشبینی به عنوان اولین مولفه سرمایه روانشناختی -دریافت تجربه های افراد از تجربه های مرتبط با دوره‌های بدبینی و خوشبینی-توضیح در مورد جلوه های خوشبینی-روشهای افزایش خوشبینی -دادن تکلیف برای افزایش خوشبینی در طول هفته و برخورد در موقعیتهای مختلف زندگی
۳	تبادل تجربه های افراد در خصوص خوشبینی هایی که داشتند -تبادل تجربه های افراد در خصوص بدبینی هایی که در طوله هفته و زندگی به سراغ آنها آماده است-آموزش روشهای افزایش خودگویی مثبت برای افزایش خوش بینی افراد - تهیه کارتهای خوشبین و جملات مثبت برای حفظ خوشبینی
۴	بحث در مورد تجربه افراد از تمرین‌های خوشبینانه -بحث در مورد عوامل برانگیزاننده ی خوشبینی و بد بینی افراد-تبادل نظر در مورد عوامل محافظت کننده و خطر ساز در مورد افزایش بدبینی و گرایش به رفتارهای انحرافی-شیوه‌های افزایش مقاومت افراد در مقابل هجوم افکار منفی و غلط در زمینهی مشکلات
۵	تبادل نظر در مورد تجربیأت قبلی و بحث در خصوص دومین عامل سرمایه ی رونشناختی(امیدواری)-بررسی برداشت افراد از امیدوار بودن-تبادل نظر در مورد عوامل ناامید کننده
۶	بررسی تاثیر عامل ناامیدی در بروز رفتارهای انحرافی - روشهای افزیش امیدواری-تمرین جمعی افراد برای تقویت روشهای صحیح امیدوار شدن
۷	بررسی روشهای مقابله ای افراد برای حفظ امیدواری خود-فعالیت جمعی و مشترک برای ایجاد شعارهای امیدوار کننده در زندگی-تکلیف دهی برای جمع آوری سخنان بزرگان برای افزایش امیدواری نسبت به زندگی و آینده
۸	بررسی تجربه هی گذشته و معرفی سومین مولفه ی سرمایه ی روانشناختی (تاب آوری)-تبادل تجربیات افراد در خصوص شرایط سخت زندگی و نحوه کنار آمدن با آنها -بررسی شیوه‌های مقابل افراد برای مواجه شدن با ناکامی ها-جلوه های مختلف تاب آوری
۹	بررسی ویژگیهای افراد تاب آور- تبادل تجربه های افراد در زمینهی افزایش کنترل آنها در زندگی-بررسی شیوه‌های رسیدن به اهداف زندگی.
۱۰	بررسی تجربه افراد در خصوص جلسات قبلی -بررسی شیوه‌های افزایش تعهد به اهداف زندگی-معرفی مهم‌ترین تعهدات افراد در زندگیشان.
۱۱	بررسی ترس های افراد در مواجه شدن با مشکلات-بررسی شیوه‌های مناسب مقابل با شکست-بررسی تجربه های افراد در کسب حمایتهای اجتماعی برای مقابل با مشکلات
۱۲	بررسی تجربیات افراد از فعالیت‌های گذشته -معرفی چهارمین مولفه ی سرمایهی روانشناختی تحت عنوان خودکار آمدی-بررسی ویژگیهای افراد خود کار آمد.
۱۳	عملیاتی کردن رفتارهای خود کار آمد در زندگی شخصی و خانوادگی افراد -پیدا کردن ضعف ها و ناتوانیهای خود-برر سی راه حل هأیی برای مقابل با ناتوانی ها.
۱۴	بررسی تجربه‌های گذاشته افراد در خصوص رفع ضعفها -تعریف نقاط مثبت خود-افزایش نقاط مثبت خود با همکاری یکدیگر در گروه-پیدا کردن زمینه‌های مثبت در زندگی خانوادگی خود.

نتایج

توزیع فراوانی اعضای نمونه دو گروه آزمایش و گروه گواه بر اساس جنسیت سن اشتغال و تحصیلات و همچنین نتایج آزمون خی دو جهت بررسی عدم تفاوت توزیع فراوانی در جدول ۳ گزارش شده است. میانگین سنی اعضای نمونه گروه آزمایش سرمایه‌های روان‌شناختی برابر ۲۹/۷۴ با انحراف استاندارد ۳/۱۶، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با ۲۹/۱۹ و ۳/۴۷ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۸/۳۴ و ۳/۱۳ سال بوده است همچنین براساس آزمون خی دو بین تعداد در گروه های سنی جنسیت اشتغال تحصیلات در سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p>0/05$).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۳: مشخصات جمعیت شناختی و آزمون خی دو در دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

جمعیت شناختی		گروه سرمایه‌های روان‌شناختی		گروه ذهن‌آگاهی		گروه کنترل		آزمون خی دو	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	آماره	معنی داری
جنس	کمتر از ۲۵ سال	۵	۹/۳	۴	۷/۴	۷	۱۳/۰	۳/۷	۰/۷۱۷
	۲۶ تا ۳۰ سال	۷	۱۳/۰	۸	۱۴/۸	۶	۱۱/۱		
	۳۱ تا ۳۵ سال	۳	۵/۶	۵	۹/۳	۲	۳/۷		
	۳۶ سال به بالا	۳	۵/۶	۱	۱/۹	۳	۵/۶		
اشتغال	دولتی	۳	۵/۶	۵	۹/۳	۴	۷/۴	۰/۸۰۷	۰/۹۹۲
	آزاد	۶	۱۱/۱	۵	۹/۳	۵	۹/۳		
	دانشجو	۴	۷/۴	۳	۵/۶	۴	۷/۴		
	خانه دار	۵	۹/۳	۵	۹/۳	۵	۹/۳		
تحصیلات	دیپلم	۲	۳/۷	۳	۵/۶	۳	۵/۶	۱/۲۶	۰/۹۷۴
	کاردانی	۵	۹/۳	۵	۹/۳	۳	۵/۶		
	کارشناسی	۶	۱۱/۱	۶	۱۱/۱	۶	۱۱/۱		
	ارشد و بالاتر	۵	۹/۳	۴	۷/۴	۶	۱۱/۱		
سن	مرد	۵	۹/۳	۸	۱۴/۸	۷	۱۳/۰	۲/۱۱	۰/۵۷۴
	زن	۱۳	۲۴/۱	۱۰	۱۸/۵	۱۱	۲۰/۴		

جدول ۴: یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مقیاس نشانه های روان تنی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

مقیاس	مراحل	گروه سرمایه‌های روان‌شناختی		گروه ذهن‌آگاهی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه های روان تنی	پیش‌آزمون	۱۴۰/۸۳	۱۶/۱۵	۱۴۰/۱۶	۱۸/۹۶	۱۴۲/۸۳	۱۶/۲۴
	پس‌آزمون	۱۱۹/۵	۱۴/۵۹	۹۸/۱۷	۱۹/۹۵	۱۴۷/۱۷	۱۹/۰۹
	پیگیری	۱۱۴/۳۳	۱۸/۰۲	۹۱/۶۷	۱۹/۹	۱۵۱/۱۷	۲۰/۸۹

همچنین در جدول ۴ مربوط به یافته‌های توصیفی، میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در نهایت مرحله پیگیری برای گروه‌های آزمایش و کواه ارائه شده است؛ نکته قابل ذکر این است که میزان نشانه های روان تنی برای گروه‌های آزمایش کاهش داشته است ولی در گروه گواه برای همه متغیرهای فوق تغییر محسوسی رخ نداده است (کسب نمره پایین‌تر در متغیرهای وابسته به معنای سلامت بیشتر است و برعکس).

جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله به تحلیل واریانس با اندازه های مکرر پرداخته می‌شود، بنابراین رعایت برخی پیش‌فرض‌ها ضروری است؛ نتایج آزمون Levene جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیره وابسته در دو گروه و سه مرحله به ترتیب برابر با F=۰/۶۳۶ F=۲/۰۳ F=۰/۹۴۶ و P=۰/۵۳۴ P=۰/۱۴۱۴ P=۰/۳۹۵ و همسانی واریانس در جامعه تائید می‌شود ($p>0/05$) همچنین مقدار معناداری در آزمون شاپیرو ویک برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

است بنابراین فرض نرمال بودن توزیع مولفه‌های مربوط در جامعه پذیرفته می‌شود ($p>0/05$) برای بررسی یکنواختی کوواریانس ها یا برابری کوواریانس ها با کوواریانس کل از آزمون موخلی استفاده شد که آماره سازه نشانه های روانتنی ۰/۸۲۴ و معناداری بالاتر از ۰/۰۵ گزارش شده است. همچنین براساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه های مکرر در جدول ۵ در هر چهار آزمون در اندازه های تکراری بین میانگین نمرات نشانه های روان تنی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/001$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر نیز معنی دار به دست آمده است ($p<0/001$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات نشانه های روان تنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش برابر با ۰/۵۶۲ یا ۵۶/۲ درصد و معنی دار است همچنین تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی دار است که نشان می دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۵۷۳ یا ۵۷/۳ درصد است.

همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات نشانه های روان تنی در گروه های مداخله (سرمایه های روانشناختی و ذهن آگاهی) در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم چنین پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p<0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این گروه ها معنی دار به دست نیامده است ($p>0/05$). همچنین براساس میانگین نمرات می توان به برتری گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به آموزش سرمایه های روانشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری اشاره کرد.

جدول ۵: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص نشانه های روان تنی در پیش آزمون،پس آزمون و پیگیری در سه گروه در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۱۵۹۶۸/۴۴	۲	۷۹۸۴/۲۲	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۱۵۹۶۸/۴۴	۱/۷	۹۳۸۷/۵۸	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۱۵۹۶۸/۴۴	۱/۸۲	۸۷۶۱/۰۹	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
	حد پایین	۱۵۹۶۸/۴۴	۱	۱۵۹۶۸/۴۴	۶۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۱۶۷۱۲/۲۲	۴	۱۴۷۸/۰۶	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	گرین هاوس گیزر	۱۶۷۱۲/۲۲	۳/۴	۴۹۱۲/۴۲	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۱۶۷۱۲/۲۲	۳/۶۴	۴۵۸۴/۵۸	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
	حد پایین	۱۶۷۱۲/۲۲	۲	۸۳۵۶/۱۱	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات نشانه های روان تنی در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه در بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان سال ۱۴۰۰ (n=۵۴)

گروه	مراحل		تفاوت میانگین	معنی داری
سرمایه های روانشناختی	پیش آزمون	پس آزمون	۲۱/۳۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲۶/۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۵/۱۷	۰/۲۴۹
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	۴۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	۴۸/۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۶/۵	۰/۱۲۷
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۳۳	۰/۳۹۱
		پیگیری	-۸/۳۳	۰/۱۶۷
	پس آزمون	پیگیری	-۴	۰/۵۰۳

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثر بخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه های روان تنی بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد ضمن معنی داری تأثیر هر دو مداخله آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه های روان تنی در بیماران مبتلا به میگرن در مرحله پس آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در بهبود افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد به گونه ای که درمان ذهن آگاهی در این زمینه اثربخش تر از آموزش گروهی سرمایه های روانشناختی است؛ که همسوی با یافته‌های این نتایج همسوی با یافته‌های پژوهشی سبحانی[۲۴] و همکاران ،کی سنگ[۲۵] و همکاران است.

در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌تواند اذعان داشت که که رویکرد سرمایه روان‌شناختی به جهت ترکیب چهار نیروی اصلی و اثرگذار امید، خوش‌بینی، خودکارآمد و تاب‌آوری یک انرژی ترکیبی بالاتری را ایجاد می‌کنند. براین مبنا این عوامل تاثیر هم‌افزایی بر یکدیگر دارند. این عوامل در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تدام می‌بخشند، او را برای ورود به صحنه‌ی عمل آماده نموده و مقامت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند [۲۶]. اصل مهم در مداخله مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی این است که این مداخله تنها متکی بر کاهش مشکلات نبوده، بلکه به افراد کمک می‌کند تا بتوانند زندگی کامل‌تر، غنی‌تر و شادتری داشته باشند.

از سوی دیگر راهبردهای افزایش امید در بیماران می‌تواند موجب تغییر در نظام انگیزشی، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی و بازنمودن مسرهای جدید تفکر در فرد گردد و بالا رفتن امید پیش‌بینی کننده کاهش استرس و در نتیجه کاهش نشانه های روان تنی است. افرادی که امید بالا را تجربه می‌کنند، واکنش‌های هیجانی منفی مثل سرکوب احساسات کمتری را نسبت به افراد با امید پایین تجربه می‌کنند. یکی از دلایل آن این است که افراد با امید بالا، در مقایسه با افرادی که امید پایین دارند، در پیدا کردن مسیرهای جایگزین جهت اهداف اولیه‌شان از مهارت بالاتری برخوردار هستند[۲۷]. همچنین سلیگمن بر این باور است که افراد امیدوار، سطح بالاتری از خوش‌بینی را نیز تجربه می‌کنند، افراد امیدوار خوش‌بین با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر، مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی با فشارهای روان بهتر کنار می‌آیند. اثربخشی مثبت مداخله سرمایه روان‌شناختی بر کاهش نشانه های روان تنی دقیقاً می‌تواند در نتیجه بهبود راهبردهای تاب‌آورانه در آنها نیز باشد، چرا که بهبود سطح تاب‌آوری منجر به افزایش سطح انعطاف‌پذیری شناختی در آنها شود، افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری دارند راهبردهای مساله‌مدار بیشتر و در مقابل راهبردهای اجتنابی و هیجان‌مدار کمتری را تجربه می‌کنند. چرا که در مواجهه با مسائل تک بعدی نبوده و بیشترین سطح همه‌جانبه نگری را اخذ می‌کنند، این افراد سرسخت‌ترند و بجای رویارویی منفلانه در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا از رویارویی فعال، متمرکز و تکلیف‌مدار استفاده می‌کنند[۲۸]. افراد تحت مداخله در واقع به خود و توانایی‌هایشان امیدوار می‌شوند، نقش فعال خود را می‌پذیرند، به نقش خود متمرکز می‌شوند، همین طرز تفکر نسبت بهود باعث افزایش اطمینان به توانایی‌های شخصی شده، ترس از بیماری و آینده کمتر، تفکر رشد می‌کند و فرد قابلتی کنترل بیشتری بر رویدادهای زندگی‌اش‌یابد؛ و همین چرخه مثبت عاملی مؤثر در جهت کاهش نشان های روان تنی در بیماران مبتلا به میگرن بوده است.

Grözinger [۲۹]و همکاران همچنین از طریق آموزش گروهی سرمایه روانشناختی، افراد برای تجربه عواطف عمیق احساس آزادی می‌کنند و دارای قابلیت نظم‌بخشی به هیجانات (به واسطه افزایش خوش بینی امید تاب آوری و خود کارآمدی) بوده و به‌طور آزادانه به آن‌ها دسترسی دارند، آن‌ها قادرند افکار شخصی خود را شناسایی و ابراز کنند. شناسایی هیجانات و ابراز سازگارانه آن به دور از فاجعه سازی این هیجانات منجر به جلوگیری از سرکوب این احساسات آسیب زننده میشود که این امر باعث کاهش نشانه های تنی در بیماران می شود. بیرامی [۳۰] معتقد است که یکی از مشکلات اساسی در بیماران روان‌تنی نادیده گرفتن مشکلات روان‌شناختی در آنهاست که اساساً منبع بسیاری از ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی در آنهاست. این در حالیست که توانمندی‌های افراد متاثر از باورهایی است که دارند نه قابلیت‌های واقعی آنها، افراد زمانی که تحت آموزش سرمایه روان‌شناختی قرار می‌گیرند سطوح بالاتری از خودکارآمدی را در خود می‌پرورانند و همین سطح بالاتر خودکارآمدی می‌تواند بر اضطراب، ناراحتی،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

افسردگی و علائم روان‌تنی فائق آید و متعاقباً ادراک درد ناشی از بیماری را کاهش خواهد داد.
در راستای تبیین نقش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانگان روان‌تنی سید آسیابان[۳۱] و همکاران در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌تنی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک نشان دادند طرح واره درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود مصرف مواد محرک موثرند، این محققین نشان دادند که مکانیسم اصلی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی خودکنترلی توجه است؛ آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و دریافت های جدید ،اضطراب کمتر و در نتیجه کاهش علاوم روان‌تنی ناخوشایند است[۳۲]. ذهن‌آگاهی به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه پاسخدهی غیرارادی و بی‌تأمل به رویدادها، با تفکر و تأمل پاسخ دهند[۳۳]. از طرفی می‌توان گفت: ذهن آگاهی به‌جای قفل‌کردن روی اتفاقات شوم آینده روی همین‌الان و همین‌جا تمرکز کنید و بدون هیچ پیش‌داوری لحظات اکنون را برای افراد تجربه می‌کند. به‌این‌ترتیب آزمودنی‌ها شروع به رهایی خود از ذهن آینده بین می‌کنند و به خود اجازه می‌دهند تا دنیای قابل حس زنده در اطرافشان مشاهده کنند. ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا از محتویات ذهن و احساس خود فاصله بگیرند. با ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که خودشان را با افکاری که از ذهنشان می‌گذرد یکی ندانند و بفهمند که این افکار فقط فکرند و اصلاً واقعیت نیستند. به‌این‌ترتیب افکار قدرت خود را از دست می‌دهند و درنتیجه آن اضطراب و نگرانی هم کاهش می‌یابد [۳۴] و با کاهش اضطراب که تشدید کننده اختلالات روان تنی است علایم آن کاهش می یابد . هر نوع تلاش برای متوقف کردن نگرانی باعث افزایش نگرانی می‌شود. افراد با ذهن آگاه‌تر شدن، می‌توانند رابطه خود با افکارشان را عوض کنند و نسبت به آن‌ها مهربان‌تر و صمیمی‌تر گردند و به‌جای حذف افکارشان آنها را بپذیرند [۳۵].

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تأثیر هر دو مداخله آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه های روان تنی در بیماران مبتلا به میگرن است. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که رویکرد ترکیبی از سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به درمانگرانی که مشغول به فعّالیت در حوزه بیماران مبتلا به میگرن هستند آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود تأثیر سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سایر اَبعاد و سازه‌های روان‌شناختی این بیماران مورد بررسی قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان کلینیک به دلیل معرفی نمونه ها به پژوهشگران و از شرکتکنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش اعلام می‌کنند.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Avona A, Mason BN, Lackovic J, Wajahat N, Motina M, Quigley L, et al. Repetitive stress in mice causes migraine-like behaviors and calcitonin gene-related peptide-dependent hyperalgesic priming to a migraine trigger. Pain. 2020;161(11):2539-50.
2. Polk AN, Protti TA, Smitherman TA. Allodynia and disability in migraine: the mediating role of stress. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2020;60(10):2281-90.
3. An Y-C, Liang C-S, Lee J-T, Lee M-S, Chen S-J, Tsai C-L, et al. Effect of sex and adaptation on migraine frequency and perceived stress: a cross-sectional case-control study. Frontiers in Neurology. 2019;10:598.
4. Anheyer D, Leach MJ, Klose P, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. Cephalalgia. 2019;39(4):544-55.
5. Zhang Y, Liu Y, Han R, Liu K, Xing Y. Hypoechogenicity of the midbrain raphe detected by transcranial sonography: an imaging biomarker for depression in migraine patients. Therapeutic Advances in Neurological Disorders. 2021;14:23-4.
6. O'Brien HL, Slater SK. Comorbid Psychological Conditions in Pediatric Headache. Seminars in Pediatric Neurology. 2016;23(1):68-70.
7. Chu HT, Liang CS, Lee JT, Yeh TC, Lee MS, Sung YF, et al. Associations between depression/anxiety and headache frequency in migraineurs: a cross-sectional study. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2018;58(3):407-15.
8. Sharpe L, Dudeney J, de C Williams AC, Nicholas M, McPhee I, Baillie A, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(7):12-3.
9. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. European journal of neurology. 2012;19(5):703-11.
10. Shams S, Heydari S, Hassanzadeh R. Comparison the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Depression and Hope in Patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Nursing Research. 2021;16(1):39-49 (persian)
11. Khaledian M, Mohammadifar MA. On the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Logotherapy in Reducing Depression and Increasing Life Expectancy in Drug Addicts. Research on Addiction. 2016;9(36):63-80 (persian).
12. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2021;143(1):6-21.
13. Zou H, Chair S, Cao X. P191 The effectiveness of mindfulness-based interventions on perceived stress, depression and anxiety in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. European Heart Journal. 2020;41(Supplement_1):ehz872. 066.
14. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. Psychological capital and beyond: Oxford University Press, USA; 2015.
15. Neisi A, Arshadi N, Rahimi E. The causal relationship between psychological capital and positive emotions, psychological well-being, job performance and job commitment. Psychological achievements (educational sciences and psychology). 1390;18(1):-.
16. Song R, Sun N, Song X. The efficacy of psychological capital intervention (PCI) for depression from the perspective of positive psychology: A pilot study. Frontiers in psychology. 2019:1816.
17. Liu L, Hu S, Wang L, Sui G, Ma L. Positive resources for combating depressive symptoms among Chinese male correctional officers: perceived organizational support and psychological capital. BMC psychiatry. 2013;13(1):1-9.
18. Shabani M, Najat H, Saffarian MR. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and a quality of life-based therapy on rumination in patients with migraine. International Journal of Basic Science in Medicine. 2019;4(2):61-8 (persian).
19. Simshäuser K, Pohl R, Behrens P, Schultz C, Lahmann C, Schmidt S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy as Migraine Intervention: a Randomized Waitlist Controlled Trial. International Journal of Behavioral Medicine. 2022;29(5):597-609.
20. Teasdale JD, Williams JMG, Segal ZV. The mindful way workbook: An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress: Guilford Publications; 2014.
21. Abaee niasar N, Atashpour H. Thesis on the impact of group training of psychological capital with the role of modulating social relationships on components of psychological capital, stress and

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

happiness in vulnerable women in Khomeinishahr. Journal of Faculty of Educational Sciences, Isfahan Azad University. 2016:102 (persian).
22. Rief W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. Psychosomatics. 2003;44(6):492-8.
23. Ebrahimi A, Rief W, Mirshahzadeh P, Zanjani HA, Dehsorkhi HN, Roohafza H, et al. Psychometric properties of the Persian version of screening for Somatic Symptom Disorders-7 (SOMS-7). Iran J Psychiatry. 2018;13(4):264.
24. Sobhani E, Babakhani N, Alebouyeh MR. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the depression, anxiety, stress, and pain perception in females with obstructed labour-induced chronic low back pain. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(3):266-77.
25. Kessing L, Andersen P. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2017;135(1):51-64.
26. Luthans F, Youssef-Morgan CM. Psychological capital: An evidence-based positive approach. Annual review of organizational psychology and organizational behavior. 2017;4:339-66.
27. Snyder C, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. Rehabilitation Psychology. 2006;51(2):89.
28. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. Handbook of adult resilience: Guilford Press; 2010.
29. Grözinger A-C, Wolff S, Ruf PJ, Moog P. The power of shared positivity: organizational psychological capital and firm performance during exogenous crises. Small Business Economics. 2022;58(2):689-716.
30. Bayrami M, Movahedi M, Movahedi Y, Azizi A, Rahimi A. The role of personality factors in predicting migraine symptoms in nurses. Iran Journal of Nursing. 2013;26(84):71-9.
31. SeyedAsiaban S, Manshaee GR, Askari P. Compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with substance abuse stimulants. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2017;10(40):181-99.
32. Bassak Nejad S, Aghajani Afjadi A, Zargar Y. The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. Psychological Achievements. 2011;18(2):181-98.
33. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. Personality and Individual differences. 2010;49(7):815-8.
34. Musa ZA, Lam SK, Mamat FB, Yan SK, Olalekan OT, Geok SK. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020;12:100200.
35. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020;41:101246.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]