



اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد دارای درد مزمن

نویسنده اول: فرزانه وطن خواه امجد، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور کیش

نویسنده دوم: مهناز علی اکبری دهکردی دکتری روانشناسی هیئت علمی دانشگاه پیام نور

نویسنده سوم: نیلا آخوندی دکتری روانشناسی هیئت علمی دانشگاه پیام نور

چکیده

مقدمه: سرمایه روانشناختی آن دسته از حالات روانی فردی است که با مشخصه‌های داشتن اعتماد به نفس و تلاش برای موفقیت در کارهای چالش‌برانگیز (خودکارآمدی)، تلاش مداوم برای تحقق اهداف (امید)، انتظار مثبت در مورد موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی)، و قدرت تحمل در شرایط سخت و استقامت (تاب‌آوری) تعریف می‌شود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و جزء موج سوم درمان‌های شناختی می‌باشد درد حس ناخوشایند مربوط به آسیب آشکار یا نهانی بافت است که ممکن است به صورت حاد یا مزمن باشد. از درد مزمن با عناوین دیگری از قبیل درد سوزشی کند، درد مبهم، درد ضربان دار و درد تهوع آور نیز یاد می‌شود. درد مزمن پس از یک ثانیه یا بیش از آن حس گردیده و سپس به آهستگی طی چند ثانیه و گاهی حتی تا دقایقی بعد افزایش می‌یابد (صوفی، ۱۳۹۱).

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد دارای درد مزمن می‌باشد می باشد

روش: در پژوهش حاضر جامعه آماری تمام زنان دارای درد مزمن مراجعه کننده به باشگاه‌های ورزشی می‌باشد که از روش نمونه گیری بصورت تصادفی بوده و از پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و پرسشنامه درد مک گیل و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز بکار برده شد.

یافته‌ها: مقایسه نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در سطح $p \leq 0/01$ در افزایش نمرات PCQ موثر بوده است.

نتیجه: از این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد دارای درد مزمن تاثیر مثبت مستقیم و بسزایی دارد.

1 . Self-efficacy

2 . hope

3 . optimism

4 . resiliency



مقدمه

از نظر لوتانز، سرمایه روانشناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را دربردارد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد را برای تغییر موقعیت‌های فشارزا تداوم داده است (نصرت‌آباد، خیرالدین و خسروشاهی، ۱۳۹۱). سرمایه روانشناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت‌نگر رشدپذیر است که با این ویژگی مشخص می‌شود: ۱- داشتن اعتماد به نفس لازم و تلاش برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز (خودکارآمدی)؛ ۲- ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت در زمان حال و در آینده (خوش‌بینی)؛ ۳- پافشاری در رسیدن به اهداف و به هنگام لزوم تغییر دادن مسیرهای رسیدن به اهداف (امیدواری)؛ و ۴- هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌ها، تحمل کردن و بازگشت به جای اول برای دستیابی به موفقیت (تاب‌آوری). این مفهوم به افراد کمک می‌کند تا یک سبک مقابله فعال را پرورش دهند (نیسی، ارشدی، رحیمی، ۱۳۹۰). از نظر وی سرمایه روانشناختی، یک وضعیت توسعه‌ای مثبت روان‌شناختی با مشخص‌های زیر است: متعهد شدن و انجام تلاش لازم برای موفقیت در کارها و وظایف چالش‌برانگیز (خودکارآمدی)، داشتن استناد مثبت درباره موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی)؛ پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امید) و پایداری هنگام مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت (تاب‌آوری) (لوتانز و همکاران ۲۰۰۸ به نقل از نجاری و همکاران، ۱۳۹۱). این مفهوم به افراد کمک می‌کند تا یک سبک مقابله فعال را پرورش دهند (نیسی، ارشدی، رحیمی، ۱۳۹۰). چهار مؤلفه سرمایه روانشناختی یعنی خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی، قابلیت تغییر بالایی داشته و هرکس در صورت برخورداری از شرایط روانی و موقعیتی مناسب می‌تواند به طرق مختلف زمینه تقویت آنها را فراهم نماید (علی نظامی، حسن گیوریان، ۱۳۹۵). پژوهشگران فراوانی بیان داشته‌اند که افراد با سرمایه روانشناختی بالا (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امید) برای مقابله با عوامل استرس‌زا آماده‌تر هستند (هیکس و نیز ۲۰۱۵، لوتانز و همکاران ۲۰۰۷، لوتانز، یوسف مورگان و آویلیو ۲۰۱۵، تولیگ و فردریکسون ۲۰۰۴، یوسف و لوتانز ۲۰۰۷). هافمن و همکاران دریافته‌اند که رویکردهای درمانی چندگانه که یکی از مؤلفه‌های آنان مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی بوده است، به مراتب اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد (قرایی اردکان، فلاح و تولایی، ۱۳۹۱). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است (آقاجانی افجادی، ۱۳۹۰) که تحول نوینی در عرصه روان‌درمانگری در قرن حاضر به شمار می‌رود (طالبی‌زاده، ۱۳۹۰). در رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب در زندگی پذیرفته می‌شود. هدف این رویکردها ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد در پژوهش معصومیان، شعیری، هاشمی، (۱۳۹۲) با عنوان "تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن" انجام داد نتایج آزمون یومن-وینتی حاکی از آن بود که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد و مطابق با یافته‌های پژوهش، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، منجر به بهبود کیفیت زندگی و به کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود. (دال، لاندگرین، ۲۰۰۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی کابات-زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (فرهادی، موحدی، کریمی‌نژاد، موحدی، ۱۳۹۲). در قلب این برنامه درمانی مفهوم ذهن‌آگاهی قرار دارد. ذهن‌آگاهی یعنی توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ‌گونه قضاوت. حاصل این توسعه و پرورش توجه، افزایش آگاهی فرد نسبت به تجارب درونی از جمله افکار و احساسات است (طالبی‌زاده، شاهمیر و جعفری‌فرد، ۱۳۹۱). این نوع درمان، یک دوره درمان ۸ جلسه‌ای که شامل تلفیقی از تمرین‌های مراقبه ذهن‌آگاهی و فونونی از فرضیه‌های شناختی می‌باشد. در سال‌های اخیر از مراقبه‌های ذهن‌آگاهی، به عنوان مؤلفه مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی‌ها و پریشانی‌ها استفاده گردیده است (اورکی، بیات و خدا دوست، ۱۳۹۱). پژوهش کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) با



عنوان "اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی)" انجام دادند نشان داد که به نظر می رسد تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می گذارد. لذا توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی های این روش در زمینه درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، استفاده گسترده از آن توصیه می شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است (آقاجانی افجدی، ۱۳۹۰) که تحول نوینی در عرصه روان درمانگری در قرن حاضر به شمار می رود (طالبی زاده، ۱۳۹۰). در رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب در زندگی پذیرفته می شود. هدف این رویکردها ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد در بیمار است (دال، لاندرگین، ۲۰۰۶). لذا هدف در این تحقیق بررسی اثربخشی در مان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد با شاخص درد مزمن می باشد.

آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی افراد با شاخص درد مزمن تاثیر دارد (افزایش نمرات مقیاس درجه بندی سرمایه روانشناختی لوتانز PCQ)؟

روش نمونه گیری و جامعه آماری :

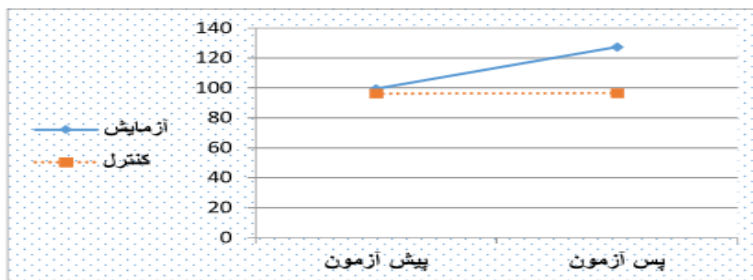
این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی می باشد. طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود که در آن بسته آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) بروی گروه آزمایش اجرا گردیده و بعد با گروه کنترل مقایسه شدند. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان با شاخص درد مزمن مراجعه کننده به باشگاه های ورزشی آرش میر اسماعیلی و باشگاه پدیدار سرای محله شمس آباد تهران بود. نمونه پژوهش حاضر را ۳۰ نفر از زنان دارای شاخص درد مزمن مراجعه کننده به باشگاه های ورزشی آرش میر اسماعیلی و باشگاه پدیدار سرای محله شمس آباد تهران تشکیل دادند. که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. با توجه به اینکه نمونه ها باید از افراد با شاخص درد مزمن مراجعه کننده به دو باشگاه ورزشی آرش میر اسماعیلی و باشگاه پدیدار سرای محله شمس آباد انتخاب می شدند، ابتدا به تمامی افراد دارای درد مزمن مراجعه کننده به این دو باشگاه به منظور غربالگری پرسشنامه درد مک گیل ارائه شد و پس از بررسی پرسشنامه ها از بین این افراد ۳۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از بین این افراد گروه گروه آزمایش و کنترل نیز به صورت تصادفی انتخاب شدند (هر گروه ۱۵ نفر). قابل ذکر است که افراد با نمره بالاتر از نقطه برش ۸ وارد مطالعه شدند. که برای سنجش سرمایه روانی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی PCQ استفاده شد که در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز منتشر شد و از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی را میسنجند مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس ها نیز اثبات شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گونه در مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ میدهد. ابزار دیگر پژوهش پرسشنامه درد مک گیل (MPQ) می باشد، این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ میلادی توسط Dworkin و همکاران بر اساس پرسشنامه قدیمی مک گیل تنظیم شد که درد نوروپاتی و غیرنوروپاتی را میسنجد این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت درد نمره در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روانشناختی و خرده مقیاسهای آن در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها ارائه شده است.



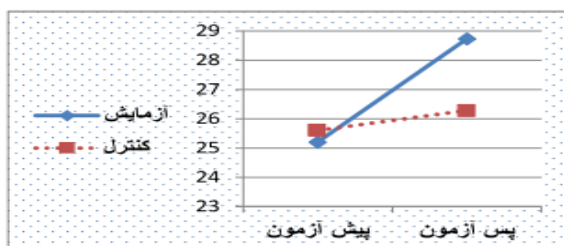
جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روانشناختی و خرده مقیاسهای آن در گروههای مورد پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سرمایه روانشناختی	آزمایش	۸/۹ \pm ۹۹/۴	۱۰/۵ \pm ۱۲۷/۳۳
	کنترل	۸/۴ \pm ۹۶/۱۴	۱۱/۴ \pm ۹۶/۵۷
خودکارآمدی	آزمایش	۳/۸۷ \pm ۲۵/۲	۱/۶۶ \pm ۲۸/۷۳
	کنترل	۳/۶۵ \pm ۲۵/۶۴	۲/۷۹ \pm ۲۶/۲۸
امیدواری	آزمایش	۴/۱۴ \pm ۲۳/۷۳	۳/۴۱ \pm ۳۰/۳۳
	کنترل	۵/۱۳ \pm ۲۲/۸۵	۵/۱۹ \pm ۲۲/۸۵
تاب آوری	آزمایش	۳/۶۷ \pm ۲۵/۶۷	۷/۴۱ \pm ۴۲/۸۷
	کنترل	۳/۷۱ \pm ۲۴/۰۷	۴/۴۱ \pm ۲۳/۲۸
خوش بینی	آزمایش	۲/۶۷ \pm ۲۴/۸	۲/۳۸ \pm ۲۵/۴
	کنترل	۱/۹۸ \pm ۲۳/۵۷	۱/۸۷ \pm ۲۴/۱۴

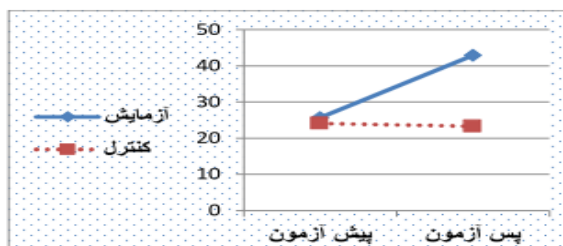
همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون (۹۹/۴) و در مرحله پس آزمون (۱۲۷/۳۳) می باشد. این در حالی است که میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون (۹۶/۱۴) و در مرحله پس آزمون (۹۶/۵۷) به دست آمد. میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۲۵/۲ و ۲۸/۷۳) و در گروه کنترل به ترتیب (۲۵/۶۴ و ۲۶/۲۸) می باشد. میانگین نمرات امیدواری در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۲۳/۷۳ و ۳۰/۳۳) و در گروه کنترل به ترتیب (۲۲/۸۵ و ۲۲/۸۵) می باشد. میانگین نمرات تاب آوری در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۲۵/۶۷ و ۴۲/۸۷) و در گروه کنترل به ترتیب (۲۴/۰۷ و ۲۳/۲۸) می باشد. میانگین نمرات خوش بینی نیز در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۲۴/۸ و ۲۴/۱۴) و در گروه کنترل به ترتیب (۲۳/۵۷ و ۲۴/۱۴) می باشد. نمودار ۱ وضعیت میانگین نمرات سرمایه روانشناختی و نمودارهای ۲ تا ۵ خرده مقیاسهای سرمایه روانشناختی را در دو مرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.



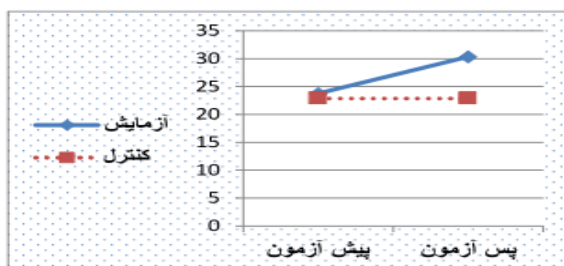
نمودار ۴-۱: میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در گروه های مورد پژوهش



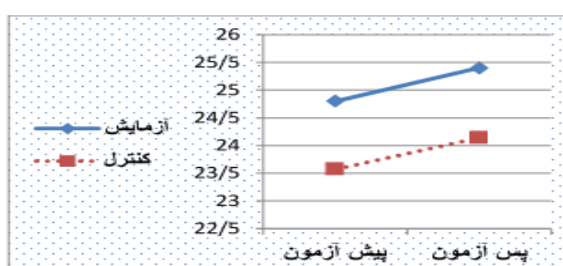
نمودار ۴-۲: میانگین نمرات خودکارآمدی



نمودار ۴-۴: میانگین نمرات تاب آوری



نمودار ۴-۳: میانگین نمرات امیدواری



نمودار ۴-۵: میانگین نمرات خوش بینی

صفر تا ۱۰ داده می شود.

جهت آزمون فرضیه های این پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این راستا قبل از آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفتند. جهت رعایت پیش فرض ها به بررسی نرمال بودن توزیع داده ها (آزمون شاپیرو ویلک)، همگنی واریانس ها (آزمون لون)، همگنی شیب خط رگرسیون و هم خطی متغیر همپراش و مستقل پرداخته شد. در جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو ویلک و لون ارائه گردیده است.



جدول ۲ نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه ها

آزمون لون		آزمون شاپیروویلیک		
P	F	P	آماره	متغیرها
۰/۰۹	۳/۱۸	۰/۷۸	۰/۹۷۸	سرمایه روانشناختی
۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۶۹	۰/۹۷۵	خودکارآمدی
۰/۰۷	۳/۵۷	۰/۶۴	۰/۹۷۳	امیدواری
۰/۲۹	۱/۱۶	۰/۱۴	۰/۹۴۶	تاب آوری
۰/۲۱	۱/۶۱	۰/۳۶	۰/۹۶۲	خوش بینی
۰/۱۲	۲/۵۹	۰/۳۱	۰/۹۵۹	بهبزستی روانشناختی
۰/۲	۱/۷۳	۰/۱۷	۰/۹۴۹	خودمختاری
۰/۱۲	۲/۶۲	۰/۰۹	۰/۹۳۹	تسلط بر محیط
۰/۳۸	۰/۸۱	۰/۳۲	۰/۹۵۹	رشدشخصی
۰/۴۷	۰/۵۳	۰/۲۱	۰/۹۵۳	روابط مثبت با دیگری
۰/۲۸	۱/۲۴	۰/۵۳	۰/۹۶۹	زندگی هدفمند
۰/۷۳	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۹۵۱	پذیرش خود

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری شاپیرو ویلیک و آزمون لون برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها در مورد تمامی متغیرها تأیید می‌گردد. مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس این فرض این است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آن‌گاه کوواریانس تحلیل مناسبی برای داده‌ها نخواهد بود. لازم به توضیح است که در این فرضیه پس از آزمون‌های سرمایه روانشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن و همچنین بهزیستی روانشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن، به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیبها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم بود ($p > 0.05$). همچنین تعاملی غیرمعنی دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) مشاهده شد. پیش فرض دیگر تحلیل کوواریانس، هم خطی بودن متغیر همپراش و مستقل (گروه) است. نتایج حاصل از بررسی این مفروضه نشان داد که F تأثیر متغیر همپراش یا کواریت در مورد همه متغیرها معنادار است.



لذا می توان نتیجه گرفت که همبستگی متغیر همپراش (پیش آزمون) و مستقل (گروه) در مورد همه متغیرها معنادار است ($P \leq 0/01$). لازم به ذکر است که اگر مقدار F متغیر همپراش معنادار نباشد، تحلیل کوواریانس صحیح است، ولی متغیر همپراش (پیش آزمون) انتخاب شده تأثیری بر مدل ندارد، و به عبارت بهتر، وارد کردن پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش درست نبوده است.

فرضیه اصلی اول:

" درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد."

جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) بر روی میانگین نمره های پس آزمون سرمایه روانشناختی در گروه های مورد پژوهش با کنترل پیش آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره سرمایه روانشناختی

شاخص ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	۵۷۲۳/۸۰	۱	۵۷۲۳/۸۰	۹۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
خطا	۱۶۴۲/۹۹	۲۶	۶۳/۱۹				
کل	۱۰۱۰۳/۲۴	۲۸					

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، با نتایجی که برای سرمایه روانشناختی ($F=90/58, P \leq 0/01$) به دست آمد، می توان بیان کرد که تفاوت میزان سرمایه روانشناختی بین گروه های مورد پژوهش، معنی دار است. به این معنی که میانگین نمرات سرمایه روانشناختی در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش یافته است ($P \leq 0/01$).

فرضیه اصلی دوم:

" درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد."

جدول ۴-۵ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) بر روی میانگین نمره های پس آزمون بهزیستی روانشناختی در گروه های مورد پژوهش با کنترل پیش آزمون را نشان می دهد.



جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره بهزیستی روانشناختی

شاخص ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	۳۵۸۵/۵۲	۱	۳۵۸۵/۵۲	۵۳/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
خطا	۱۷۴۶/۸۸	۲۶	۶۷/۱۹				
کل	۹۹۱۵/۰۳	۲۸					

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای بهزیستی روانشناختی ($F= ۵۳/۳۷$, $P \leq ۰/۰۱$) به دست آمد، می‌توان بیان کرد که تفاوت میزان بهزیستی روانشناختی بین گروه‌های مورد پژوهش، معنی‌دار است. به این معنی که میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش یافته است ($P \leq ۰/۰۱$).

فرضیه‌های فرعی اول تا چهارم:

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امیدواری در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خوش‌بینی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد.

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های سرمایه روانشناختی در گروه‌های مورد پژوهش با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره سرمایه روانشناختی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۷۸	۱۷/۹۸	۴	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۱۷/۹۸	۴	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
اثر هوتلینگ	۳/۵۹	۱۷/۹۸	۴	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۵۹	۱۷/۹۸	۴	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱



مندرجات جدول ۵ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در میزان خرده مقیاسهای سرمایه روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P \leq 0/01$). برای تشخیص اینکه در کدام یک از خرده مقیاسها تفاوت وجود دارد از کورایانس های یکراهه در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه گردیده است.

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل مانکوا خرده سرمایه روانشناختی

شاخص ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
خودکارآمدی	۳۲/۱۷	۱	۳۲/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۴
امیدواری	۲۷۶/۷۵	۱	۲۷۶/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
تاب آوری	۲۰۷۴/۸۹	۱	۲۰۷۴/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
خوش بینی	۱/۰۳۵	۱	۱/۰۳۵	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۴

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، با نتایجی که برای کنترل خودکارآمدی ($F= ۱۳/۵۲$, $P \leq 0/01$) امیدواری ($F= ۲۳/۳۵$)، تاب آوری ($F= ۵۰/۲۴$, $P \leq 0/01$)، خوش بینی ($F= ۰/۸۶$, $P > 0/05$) به دست آمد، می توان بیان کرد که تفاوت میزان خودکارآمدی، امیدواری و تاب آوری بین گروه های مورد پژوهش معنادار است، اما تفاوت معناداری بین گروه های مورد پژوهش در میزان خوش بینی مشاهده نشد. بنابراین نتایج حاکی از این است که میانگین نمرات خودکارآمدی، امیدواری و تاب آوری در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش یافته است.



بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی اول: تحلیل کوواریانس نتایج نشان داد که بین گروهها در میزان سرمایه روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که مداخله پژوهش توانسته است نمرات سرمایه روانشناختی را در گروه آزمایش به صورت معناداری افزایش دهد. نتایج با پژوهش معصومیان و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان "تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن" انجام داد همسو می باشد. پژوهش راس و رایبیز (۲۰۰۴) با عنوان "کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت" که به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت، نشان داد که گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، بعد از گذراندن دوره کامل، بهبود چشمگیری را در کیفیت زندگی نشان دادند. نتایج با مطالعه حاضر همسو می باشد. در واقع در زمینه ی درمان مشکلات روانشناختی بیماری های مزمن همچون افسردگی، ناامیدی و غیره رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، روان درمانی و درمان های ترکیبی به کار گرفته شده اند. یکی از روش های مطرح شده روان درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد. که تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود افسردگی دارد. این روش درمانی موجب فعال شدن ناحیه ای از مغز می شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می شود. همچنین آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی بیماران نیز تأثیر بسزایی دارد. بنابراین این روش با بهبود در میزان درد، افسردگی، سازگاری و غیره در بیماران منجر به بهبود سرمایه روانشناختی آن ها می گردد.

فرضیه فرعی اول مبنی بر "درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد." تایید شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد بین پیش آزمون گروه ها (آزمایش و کنترل) تفاوت معناداری وجود ندارد. در حالی که بین نمرات این بخش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در همین راستا خالقی پور و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی پرداختند. نتایج نشان داد پس از مداخله میانگین افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی دار و میانگین امید به زندگی افزایش معنی داری نشان داده است. نتایج از نظر تفاوت میانگین های پس از مداخله گروه ها با مطالعه حاضر همسو می باشد. عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن پرداختند. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات درد، افسردگی و اضطراب در بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی داری مشاهده نشد، اما بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی دار بود و در حقیقت نتایج از تأثیر دو روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب حمایت می کند. نتایج از نظر تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش درد و اضطراب و از سویی افزایش امید همسو می باشد. محمدی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان "اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی" انجام دادند که نتایج نشان داد در درجه اول سن با شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد. همینطور نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که شدت درد ادراک شده و محدودیت ناشی از درد به طور معنی داری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت و درمان شناختی حضور ذهن ممکن است با کاهش فاجعه آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد. نتایج این مطالعه نیز از نظر تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان اضطراب و استرس ناشی از دردهای مزمن و از طرفی افزایش امید و کیفیت زندگی همسو می باشد. پژوهش



حیدری (۱۳۸۸) با عنوان "اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با روشهای شناختی رفتاری سنتی در کاهش افسردگی دختران دانش‌آموز نوجوان" انجام داد نشان داد که هر دو نوع درمان اثربخش می‌باشد. اما داده‌ها نشان‌دهنده کارآمدی بیشتر درمان MBCT در مقایسه با CBT در بهبود و حفظ نتایج درمان بود. نتایج این مطالعه از نظر تاثیرگذاری درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و از سویی افزایش امید به زندگی افراد همسو می‌باشد. اما این مطالعه از نظر جامعه آماری با که دختران نوجوان تشکیل می‌دهد، با مطالعه حاضر که جامعه آن افراد شاخص درد مزمن هستند، همخوانی ندارد. پژوهش طالبی‌زاده (۱۳۹۰) با عنوان "اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی" انجام داد نشان داد که اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد، اما چنین کاهش در شدت علائم شیدایی مشاهده نشد. نتایج از نظر تاثیرگذاری این روش درمانی بر بهبود افسردگی همسو می‌باشد. در تبیین چنین نتیجه ای میتوان گفت که دردهای طولانی، مداوم و شدید بر روی روند فکری بیمار اثر نموده، تمام ارگانیسم او را تحت الشعاع قرار می‌دهد. عده ای از این بیماران دچار افسردگی و ناامیدی نسبت به زندگی می‌شوند. این بیماران به علت نداشتن اعتماد به نفس، استقلال شخصیتی خود را از دست داده و به افراد خانواده و یا سایرین وابسته می‌شوند و این وابستگی نیز در بسیاری از موارد مشکلاتی را به دنبال خواهد داشت. اما از انجایی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه‌ی حال میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار اضطراب، افسردگی و ناامیدی از زندگی را کاهش می‌دهد.

فرضیه فرعی دوم مبنی بر "درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد." تایید شد. نتایج حاصل از نشان داد بین پیش‌آزمون گروه‌ها (آزمایش و شاهد) تفاوت معناداری وجود ندارد. در حالی که بین نمرات این بخش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در همین راستا زرنقاش، ۱۳۹۵ در مطالعه خود به بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانباز قطع عضو پرداختند. نتایج نشان داد که مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به گونه معنادار منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. نتایج با مطالعه حاضر همسو است. تبیین این امر بدین صورت می‌تواند باشد که دردهای مزمن بر کیفیت زندگی افراد تأثیر داشته و با توجه به اینکه شرایط فشار و استرس، تعادل زیستی-روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آن جا که تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌دانند. بنابراین تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است و از این رو، سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. از سویی جلسه‌های شناخت درمانی نسل نخست تمرکز بیش از حد درمانگر بر روی استدلال‌های ذهنی مراجع است که با اصلاح و تغییر آن از غیرمنطقی به منطقی، سعی بر نزدیک سازی تفکر مراجع با واقعیت دارد. اما در این شیوه مداخله با کمک روش‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می‌شود به مراجع کمک شود، به جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده تلاش کنند تا با روش متفاوتی وضعیت زندگی خود را بدون کنترل‌های قبلی و با پذیرش و آگاهی و تمرین حضور در زمان حال بهبود دهند. بنابراین ذهن‌آگاهی می‌تواند درمان جویان را در شناخت افکار و ارزیابی‌های نادرست کمک کند و میزان تاب‌آوری افراد را بهبود دهد.

فرضیه فرعی سوم مبنی بر "درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خوش‌بینی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد." رد شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد بین پیش‌آزمون گروه‌ها (آزمایش و کنترل) تفاوت وجود دارد. این در حالی است



که بین نمرات این بخش در مرحله پس از آزمون نیز تفاوت معناداری وجود دارد. در همین راستا خالدی و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه خود به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی پرداختند. نتایج نشان داد تفاوت معنی داری بین گروه کنترل و آزمایش وجود دارد. در واقع آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی در گروه آزمایش نمرات مقیاس خوشبینی را به طور معنی داری افزایش داده است. نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این ناهمخوانی را می توان به تفاوت در جامعه پژوهش و تعداد جلسات تمرینی نسبت داد. و یا شاید علت چنین نتیجه ای این باشد که از ابتدا گروه آزمایش از سطح خوشبینی خوبی برخوردار بوده است. بنابراین شاید این روش درمانی به بهبود خوشبینی گروه آزمایش کمک کرده باشد. اما به دلیل بالابودن این شاخص در این گروه در مرحله پس از آزمون بین گروهها تفاوت وجود دارد.

فرضیه فرعی چهارم مبنی بر "درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود کارآمدی در افراد با شاخص درد مزمن تأثیر دارد." تایید شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد بین پیش از آزمون گروه ها (آزمایش و کنترل) تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در بررسی پس از آزمون ها تفاوت معناداری وجود داشت. در همین راستا فرهادی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران زن مبتلا به ام اس پرداختند. نتایج نشان داد این روش آموزشی اثربخشی معناداری در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ام اس دارد، اما بر افزایش خودکارآمدی آن ها چندان تأثیر نداشت. نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. شاید علت این ناهمخوانی به دلیل این است که جامعه پژوهش گفته شده افراد ام اس می باشد و این بیماری انجام فعالیت های روزمره و کارایی فرد را دچار اختلال می کند. در واقع زمانی این روش درمانی می تواند منجر به بهبود خودکارآمدی شود که سطح خودکارآمدی پایین ناشی از افکار و احساسات منفی باشد. بنابراین در پژوهش حاضر که افراد دارای درد مزمن به دلیل عدم وجود درمان قطعی، دارای افکار آشفته ای بوده و سطح خودکارآمدی پایینی داشتند پس از درمان شناختی این افکار اصلاح شده و سطح خودکارآمدی آن ها نسبت به گروه کنترل بهبود معنادار می یابد. اما بیماران ام اس محدودیت حرکتی داشته و سطح خودکارآمدی پایینی نسبت به دیگر افراد دارند.

محدودیت های تحقیق

هر تحقیق و پژوهشی در بطن خود یکسری محدودیت ها خواهد داشت که در مسیر تحقق آن ظاهر شده و امر پژوهش را با مشکلاتی روبرو می نماید که تعمیم نتایج را با دشواری همراه می سازد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده و دارای محدودیت هایی به شرح زیر بوده است:

- همه داده های گردآوری شده بر مبنای نظر خود شخص پاسخ دهنده بوده بنابراین درک متفاوت افراد از گویه های پرسشنامه می تواند بر پاسخ دهی آن ها تأثیر بگذارد.
- محدودیت در ابزار سنجش متغیرها (تنها پرسشنامه)
- محدودیت جامعه آماری به زنان با شاخص درد مزمن مراجعه کننده به دو باشگاه ورزشی.

پیشنهاد ها

نتایج حاصل از هر پژوهشی به امید ادامه یافتن راه تحقیق و پژوهش در خصوص آن موضوع و بهره برداری از نتایج آن به جامعه پژوهشگران و مسئولین ذی صلاح آن موضوع ارائه می گردد. از اینرو ارائه هر نوع پیشنهادی در این گزارشات می تواند راه را برای مطالعات بعدی و نیز تصمیم گیری های اجرایی در آن خصوص هموار سازد. در این پژوهش نیز پیشنهاد هایی در قالب پیشنهاد های



پژوهشی جهت کارهای مطالعاتی بعدی و نیز پیشنهاد های کاربردی برای تصمیم گیری های اجرایی و توجه مسئولین ذی ربط به آن حوزه ارائه شده است.

پیشنهاد های پژوهشی

در این بخش با استفاده از یافته های پژوهش پیشنهاد هایی ارائه می گردد:

- پیشنهاد می گردد تا در مطالعات آتی دیگر روش های درمانی به صورت مقایسه ای مورد بررسی قرار گیرد و سپس روش درمانی برتر تعیین گردد.
- پیشنهاد می گردد تا در مطالعات آتی پژوهشی مشابه در انواع بیماری های جسمی به صورت مقایسه ای مورد بررسی قرار گیرد.
- پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از دوره ی پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده شود.
- پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این روش درمانی بر روی جامعه های دیگر انجام گردد.
- پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به منظور تشخیص و غربالگری افراد دارای درد مزمن علاوه بر پرسشنامه از تشخیص پزشک نیز استفاده شود.

پیشنهاد های کاربردی

- با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی پیشنهاد می گردد این درمان به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روانشناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سبکهای مقابله ای کارآمد در بیماران دارای دردهای مزمن به کار گرفته شود.
- به منظور ارتقای ابعاد سرمایه سرمایه روانشناختی و بهزیستی روانشناختی، به شکل مستمر و مرتب از روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شود.
- ارائه کلاس های درمانی رایگان برای بیماران دارای دردهای مزمن به منظور ترقیب آن ها در شرکت به کلاس ها
- آگاهی دادن به مردم نسبت به این روش درمانی



فهرست منابع

- آقاجانی افجدی، ا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه چمران دارای کیفیت خواب نامطلوب. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه چمران اهواز.
- اورکی، م. بیات، ش. خدادوست، س. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمان جویان وابسته به کراک. روان شناسی سلامت. (۱). ۲۲-۳۱.
- حیدری، ح. (۱۳۸۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با روشهای شناختی رفتاری سنتی در کاهش افسردگی دختران دانش آموز نوجوان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- طالبی زاده، م. شاهمیر، ا. جعفری فرد، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله اندیشه رفتار. ۷ (۲۶). ۱۷-۲۶.
- فرهادی، ع. موحدی، ی. کریمی نژاد، ک. موحدی، م. (۱۳۹۲). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۲ (۴). ۶-۱۴.
- کار، آ. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت، علم شادمانی و نیرومندی های انسان (ترجمه: حسن پاشاشریفی، جعفر زند و باقر ثنائی). تهران: سخن.
- کاویانی، ح. بحیرایی، ف. جواهری، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. ۷ (۱). ۴۹-۵۹.
- کاویانی، ح. حاتمی، ن. شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). تازه های علوم شناختی. ۱۰ (۴۸). ۳۹-۴۸.
- محمدی، ف. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر عملکردهای روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدی، ف. محمدخانی، پ. دولتشاهی، ب. اصغری مقدم، م. ع. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی. سالمند. ۶ (۱۹). ۵۹-۶۶.
- معصومیان، س. شعیری، م. ر. هاشمی، م. (۱۳۹۲). تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد. ۴ (۱). ۲۵-۳۷.
- نجاری، ر. دانایی فرد، ح. حضوری، م. ج. صالحی، ع. (۱۳۹۱). بررسی و تبیین نقش سرمایه روانشناختی در پیامدهای سازمانی. فصلنامه مدیریت سازمان های دولتی. ۱ (۲). ۲۳-۳۶.
- نظامی، گیوریان، ح. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر سرمایه روانشناختی بر فرسودگی شغلی پرستاران در یک بیمارستان نظامی شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا. ۱۸ (۱). ۵۴-۶۱.
- نیسی، ع. ارشدی، ن. رحیمی، ا. (۱۳۹۰). رابطه علی سرمایه روانشناختی با هیجان های مثبت، بهزیستی روانشناختی، عملکرد شغلی و التزام شغلی. مجله دستاوردهای روانشناختی. ۴ (۱). ۱۹-۴۶.



Referenees

- Dahl, J., & Lundgren, T. (2006). Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, 285-306.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.