

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بیماران مبتلا به صرع

سمانه محمدپور^۱، مرجان شاهی^۲، فخری تاجیک‌زاده^{۳*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، مهدی‌شهر، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

مقدمه: توجه به حالات روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع به دلیل تأثیر نیرومند بر سیر و پیش‌آگهی و درمان بیماری بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری (۱ ماه) و گروه گواه بود که از آبان تا بهمن ۱۳۹۴ انجام شد. در این پژوهش ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهرستان شیراز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی فرم کوتاه (بی. دبلیو. بی.)، مقیاس امیدواری میلر (۱۹۸۸) و مقیاس خودارزشیابی مرکزی (سی.اس.ای.اس.) مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه (ام.بی.سی.تی.) به مدت ۸ جلسه تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار «اس.بی.اس.اس. - ۲۱» و روش تحلیل واریانس مکرر چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه پس از اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمره خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی بیماران مبتلا به صرع مؤثر می‌باشد، می‌توان پیشنهاد داد که به منظور بهبود حالات روان‌شناختی مثبت این بیماران غربالگری روان‌شناختی انجام گردد و در صورت نیاز کارآزمایی‌های بالینی و مدل‌های مداخله مناسب مورد توجه قرار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: صرع، خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

*Email: F.tajikzade@shirazu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹
پائیز و زمستان ۱۳۹۶
صص: ۵۰-۳۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۲۳

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter
2017-2018

pp.: 37-50

مقدمه

از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی صرع^۱ می‌باشد که شیوع آن بین ۳-۵٪ در جهان گزارش شده است [۱]. بیماری صرع نوعی آشفتگی متناوب و شدید در سیستم اعصاب است که از تخلیه غیرطبیعی سلول‌های مغزی ناشی می‌شود [۲] و مبتلایان به این بیماری مشکلات روان‌شناختی بسیاری را تجربه می‌کنند. به طوری که شیوع کلی اختلالات روانی در بیماران مبتلا به صرع^۲ ۵۰-۶۰ درصد گزارش شده است [۳]. افراد مبتلا به صرع اغلب در زمینه سطح کارکرد و شرکت در فعالیت‌های زندگی با چالش‌های مختلفی مواجه می‌شوند و معمولاً این افراد با عملکرد پایین، انزوای اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی روبه‌رو می‌شوند [۴]. بنابراین، توجه به عواملی که می‌تواند تأثیر مثبتی بر توانمندی، اداره بهتر زندگی و افزایش حالات روان‌شناختی مثبت این بیماران داشته باشد و به دنبال آن منجر به افزایش سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها گردد از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

یکی از جنبه‌های تأثیرگذار روانی-اجتماعی در رویارویی بیماران مبتلا به صرع با مسائل و مشکلات مختلف زندگی خودارزشیابی مرکزی^۳ می‌باشد که کمتر مورد توجه قرار گرفته است و نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتری می‌باشد. به طور کلی، خودارزشیابی^۴ یک تکنیک قوی برای کنترل و بهبود توانمندی افراد است [۵] و یکی از شکل‌های جدید آنکه اخیراً بسیار مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، خودارزشیابی مرکزی می‌باشد که به معنی ارزیابی اساسی فرد از شایستگی، صلاحیت و قابلیت‌های خود است [۶]. در واقع، پژوهشگران [۷] خودارزشیابی مرکزی را یک صفت گسترده و مرتبه بالاتری از مجموعه صفاتی می‌دانند که شامل عزت نفس^۵ (ارزش کلی که فرد برای خود به‌عنوان یک انسان قائل است)، خودکارآمدی (ارزشیابی از نحوه‌ی عمل و کارایی خود در موقعیت‌های مختلف)، منبع کنترل^۶ (اعتقاداتی که فرد راجع به علت رویدادهای زندگی خود دارد) و گرایش به سبک‌شناختی/ تبیینی منفی‌گرایانه^۷ (تمرکز بر جنبه‌های منفی خود) است و نقطه‌ی مشترک این چهار صفت تشکیل‌دهنده‌ی خودارزشیابی مرکزی می‌باشند. بنابراین،

خودارزشیابی مرکزی ارزیابی بنیادی است که فرد از ارزشمندی، اثربخشی و قابلیت خود به‌عنوان یک فرد به عمل می‌آورد. پژوهش‌های مختلف از مؤثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عزت‌نفس افراد که یکی از مؤلفه‌های اساسی خودارزشیابی مرکزی است، حمایت می‌کنند [۸]. درمان، به خودکنترلی^۸ و مدیریت خود^۹ در برابر حملات تشنجی افراد مبتلا به صرع کمک می‌کند و افزایش عزت‌نفس و بهبود خودارزشیابی مرکزی را به دنبال دارد [۹].

علاوه بر این، یکی از سازه‌های مهم و مورد توجه در روان‌شناسی مثبت که می‌تواند بر بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد تأثیر بسیار بالایی داشته باشد، بهزیستی روان‌شناختی^{۱۰} است. بهزیستی روان‌شناختی به معنی رشدیافتگی استعدادها و واقعی هر فرد است و دارای شش مؤلفه شامل زندگی هدفمند^{۱۱}، رابطه مثبت با دیگران^{۱۲}، رشد شخصی^{۱۳}، پذیرش خود^{۱۴}، خودمختاری^{۱۵} و تسلط بر محیط^{۱۶} می‌باشد [۱۰]. امروزه یکی از اهداف مهم انجام مداخلات روان‌شناختی توسط درمانگران ایجاد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی برای تمام بیماران و مراجعان است و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله مداخله‌هایی است که می‌تواند بهبود و افزایش بهزیستی روان‌شناختی را هم از نظر شناختی و هم از نظر عاطفی به دنبال داشته باشد [۱۱]. در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است که مداخلات روان‌شناختی در افزایش بهزیستی افراد و کنترل حملات تشنجی مؤثر می‌باشند [۱۲]. با این وجود پژوهش‌های معدودی در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد انجام شده است [۱۳]. این در حالی است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند رسیدن به بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند منجر به رضایت از زندگی، سلامت بهتر، کاهش علائم ناشی از بیماری، روابط بین فردی سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتری گردد [۱۴]. بنابراین توجه به عوامل مؤثر بر افزایش این متغیر مهم در بیماران مبتلا به صرع شایسته بررسی بیشتری می‌باشد.

در واقع، به دلیل سیر بیماری و محدودیت‌های ناشی از وقوع ناگهانی و غیرمنتظره تشنج‌ها در طول زمان بهزیستی ذهنی و عاطفی افراد مبتلا به صرع کاهش می‌یابد و به دنبال آن امیدواری^{۱۷} آن‌ها به زندگی نیز رو به افول می‌رود [۱۵] و

¹⁰ psychological well- being

¹¹ purpose in life

¹² positive relations with others

¹³ personal growth

¹⁴ self-acceptance

¹⁵ autonomy

¹⁶ environmental mastery

¹⁷ hope

¹ epilepsy

² epileptic patients

³ core self-evaluation

⁴ self- assessment

⁵ self-esteem

⁶ locus of control

⁷ negativistic cognitive/ explanatory style

⁸ self-control

⁹ self-management

از تجارب ناشی از بیماری بر کاهش افکار ناکارآمد و هیجانات حاصل نیز تأثیر بسیار بالایی دارد [۲۸]. در واقع، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان‌های ذهن آگاهی می‌افزاید که به حفظ تمرکز فرد کمک می‌کند. این حفظ تمرکز هم در مورد افکار فرد، هم در مورد هیجانات و حس‌های بدنی وی به کار می‌رود. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده در نظر بگیرند به جای اینکه آن‌ها را قسمتی از خود یا انعکاس واقعیت ببینند [۲۹].

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که تمرینات ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و تأثیر سودمندی در کارکرد ایمن-ساز بدن دارد و همین امر منجر به بهبود علائم بیماری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و به تبع آن امیدواری فرد می‌گردد [۳۰]. همچنین، تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز به تغییرات درمانی مثبت بیمار کمک می‌کند و آسیب‌های ناشی از افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد [۳۱]. زیرا طی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود تا ارتباط بین افکار افسرده‌کننده، اضطراب‌زا و غیره را با احساسات خود را پیدا کنند و به طور کلی استراتژی‌های این درمان بر کاهش نشخوار ذهنی، افزایش شفقت نسبت به خود^۳، افزایش پذیرش^۴ و کاهش اجتناب^۵ متمرکز است [۳۲].

شواهد پژوهشی بسیاری از تعامل دوسویه بین حملات تشنجی صرع و وضعیت روان‌شناختی خبر می‌دهد و همین تعامل منجر به افزایش علاقه به کاربرد درمان‌های روانی-رفتاری و شناختی در بیماران مبتلا به صرع گردیده است [۲۰]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری با کاهش افسردگی و اضطراب همراه است. روی کیفیت زندگی و سازگاری بیماران تأثیر بسزایی دارد، منجر به پیشرفت عزت‌نفس در بیماران می‌گردد و پژوهش‌ها حاکی از مؤثر بودن این درمان در بیماران مبتلا به صرع بوده‌اند [۳۳]. همچنین، در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مؤثری در بهبود علائم و مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع می‌باشد و این درمان با تأثیر بر روی عوامل و متغیرهای مرتبط با بیماری صرع فراوانی وقوع تشنج‌ها را کاهش می‌دهد [۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹].

۱۶]. امید به عنوان فرآیند شناختی مثبتی تعریف می‌شود که با عزم و اراده در رسیدن به اهداف شخصی و توانایی برنامه-ریزی برای دستیابی به این اهداف مشخص می‌گردد و با طیف گسترده‌ای از نتایج روان‌شناختی مثبت همراه است [۱۷]. در بیماری‌های جسمانی امید مکانیسم سازگاری مهمی در نظر گرفته می‌شود که به عنوان یک عامل پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در روند بهبودی و سازگاری با بیماری تأثیر بسزایی دارد [۱۸]. از آنجا که ابتلا به بیماری صرع به مرور کیفیت زندگی فرد مبتلا را کاهش می‌دهد و علائم و ناتوانی-های ناشی از بیماری در طول زمان منجر به نگرانی، استرس و فرسودگی و سایر علائم روان‌شناختی در فرد می‌گردد [۱۹]، بررسی عوامل ارتقادهنده سطح امیدواری در بیماران مبتلا به صرع از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

درمان‌های روانی- رفتاری متعددی مانند رویکردهای رفتاری، درمان شناختی- رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ و مداخلات ذهنی- بدنی برای کمک به افراد مبتلا به صرع و کنترل حمله‌های تشنج در این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است [۲۰، ۲۱]. با این وجود اخیراً در برخی از پژوهش‌ها نشان داده شده است که یکی از مداخلات مؤثر در بهبود امیدواری و افزایش بهزیستی افراد درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ است [۲۲، ۲۳].

ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه‌ای منحصر به فرد، هدفمند، در زمان حال و بدون قضاوت است [۲۴] که طی آن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته باشد و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی متمرکز کند [۲۵]. در درمان‌های ذهن آگاهی توصیه می‌شود که در افراد این نگرش را به وجود بیاورند که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت داشته باشند. یعنی ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات یا حس‌ها بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن و مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود [۲۶]. این درمان را می‌توان به عنوان یک شیوه‌ی بودن یا یک شیوه‌ی فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است. چون همان‌طور که ذکر شد این درمان منجر به افزایش آگاهی فرد از محتویات ذهن و درک آن می‌گردد پس طبیعی است که این نوع درمان را یک شیوه‌ی درک کردن و فهمیدن توصیف کرد [۲۷]. یکی از مداخلات برگرفته از درمان‌های ذهن آگاهی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی است که علاوه بر بهبود سطح آگاهی و پذیرش بیماران

⁴ acceptance

⁵ avoidance

¹ mindfulness- based cognitive therapy

² mindfulness

³ Self- compassion

ابتلا یا تحت درمان بودن به علت یک بیماری جسمانی یا روان‌شناختی دیگر که در نتیجه پژوهش تداخل کند، وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی و یا وجود علائم حاد و شدید بیماری (بر اساس نظر پزشک مغز و اعصاب، روان‌پزشک و دکتری روان‌شناس بالینی) به‌گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد، بودند.

ابزار پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی، پرسشنامه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۱ - فرم کوتاه^۲، مقیاس امیدواری میلر^۳ و مقیاس خودارزشیابی مرکزی^۴ بود.

الف) نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی: این نمونه‌برگ شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل بیمار بود که توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و مورد ارزیابی قرار گرفت.

ب) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی - فرم کوتاه:

در پژوهش حاضر برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف [۴۷] استفاده شد. این مقیاس، شامل ۱۸ سؤال برای سنجش ۶ بعد بهزیستی روان‌شناختی شامل زندگی هدفمند (سوالات ۳، ۷ و ۱۰)، رابطه مثبت با دیگران (سوالات ۶، ۱۳ و ۱۶)، رشد شخصی (سوالات ۱۱، ۱۲ و ۱۴)، پذیرش خود (سوالات ۱، ۲ و ۵)، خودمختاری (سوالات ۱۵، ۱۷ و ۱۸) و تسلط بر محیط (سوالات ۴، ۸ و ۹) است که بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۶) می‌باشد. کمترین نمره در این مقیاس ۱۸ و بیشترین نمره ۱۰۸ می‌باشد [۴۸]. پژوهشگران آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس را بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۰ گزارش کردند [۴۸]. همچنین، در پژوهش محمدپور و جوشنلو [۴۹] ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های این آزمون شامل خود پیروی، تسلط بر محیط، رشد و بالندگی فردی، روابط با دیگران، هدف در زندگی و خویشتن پذیری به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۴، ۰/۵۴، ۰/۵۸، ۰/۶۵ و ۰/۶۱ به دست آمد.

ج) مقیاس امیدواری میلر: مقیاس امیدواری میلر (۱۹۸۸) یک آزمون تشخیصی است که مشتمل بر چهل و هشت جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد و ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان

با توجه به آنچه گفته شد به طور کلی تمرکز بر عوامل ارتقادهنده بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌تواند در پیشبرد اهداف درمانی مؤثر باشد. همچنین، با عنایت به این امر که پژوهش‌های مختلف حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش بهزیستی [۴۱، ۴۰] و به دنبال آن ارتقا امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مؤثر می‌باشد [۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵] پژوهش در این زمینه بر روی بیماران مبتلا به صرع در ایران شایسته توجه و بررسی می‌باشد. زیرا در بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در ایران پژوهشی یافت نشد که به طور جامع به بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع پرداخته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس-آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری (۱ ماه) بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش، بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهرستان شیراز بودند.

ب) نمونه آماری: برای محاسبه‌ی حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد [۴۶]، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل داشتن تشخیص ابتلا به بیماری صرع (بر اساس نظر پزشک مغز و اعصاب و داشتن پروند پزشکی)، داشتن حداقل ۵ سال سابقه ابتلا به بیماری صرع، ابتلا به صرع نوع گیجگاهی یا صرع بزرگ، رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، داشتن تشخیص ابتلا به صرع بر اساس نظر متخصص مغز و اعصاب، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود. ملاک‌های خروج از مطالعه حاضر نیز شامل عدم تمایل یا نداشتن توانایی شرکت در جلسات و عدم همکاری در انجام تکالیف، غیبت بیش از سه جلسه در فرآیند درمان،

³ Miller Hope Scale

⁴ Core Self Evaluations Scale

¹ psychological well – being scale

² PWB-18

منبع کنترل (۰/۴۴) به دست آمد ($p < 0/01$) که حاکی از اعتبار همگرایی مناسب این مقیاس می‌باشد.

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودارزشیابی مرکزی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری در بیماران مبتلا به صرع، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری (۱ ماه) با گروه کنترل استفاده شد که شامل مراحل اجرایی زیر بود. ابتدا از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامع شهرستان شیراز که دارای پرونده بودند و جهت دریافت دارو در تاریخ‌های مشخصی به واحد سلامت روان مراجعه می‌کردند، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند و به صورت بلوکی تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه قرار می‌گرفتند. به طوری که ۳۰ برگه که روی ۱۵ برگ A و روی ۱۵ برگ دیگر B نوشته شده بود تهیه شد. در هنگام انجام پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه امیدواری میلر و خودارزشیابی مرکزی برای تک‌تک بیماران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، از هر بیمار خواسته می‌شد که از بین برگه‌های تهیه شده ۱ برگ انتخاب کند و به این صورت کلیه بیماران به صورت تصادفی در دو گروه A و B جایگزین شده و در ادامه به صورت تصادفی یک گروه به‌عنوان گروه گواه و گروه دیگر تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز در مرکز سلامت شهید علیپور شهرستان شیراز توسط درمانگری که دوره‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را گذرانده و در این زمینه دارای تخصص و تجربه‌های لازم بود، هر هفته به مدت ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت تحت روان‌درمانی قرار گرفتند. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید انتخاب شده‌اند. در برابر هر جنبه که نشان‌دهنده یک نشانه رفتاری است، طیف ۵ درجه-ایی لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) قرار دارد و هر فرد با انتخاب گزینه‌ای که بیشتر در مورد او صادق است، امتیازی بین ۴۸ (کمترین امیدواری) تا ۲۴۰ (بیشترین امیدواری) را به دست می‌آورد. در نهایت جمع امتیاز به دست آمده بیانگر امیدواری و ناامیدی است. ۱۵ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده‌اند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند که شامل گویه‌های ۳۹، ۴۴، ۴۷، ۳۸، ۳۴، ۳۳، ۳۱، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۱۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶ و ۴۸ است [۵۰]. پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است. در ایران عبدی و اسدی-لاری [۵۱] اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده و بیان می‌کنند که آزمون امیدواری میلر، بهترین آزمون برای پیش‌بینی امید در بیمارانی است که عزت‌نفس پایین دارند و حمایت اجتماعی و حمایت تحصیلی آن‌ها آسیب داده است. در پژوهش درویشی [۵۰] ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۹) و با استفاده از تنصیف به ترتیب (۰/۷۹) به دست آورده و اعتبار آن را (۰/۷۹) ارزیابی نمودند.

د) مقیاس خودارزشیابی مرکزی^۱: این مقیاس توسط جاج، اریز، بنو و ثورسن^۲ [۷] ساخته شد. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۶۵ سؤال بود اما پس از اجرای اولیه ۱۲ سؤال باقی ماند که در مقیاس نهایی خودارزشیابی مرکزی استفاده شدند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می‌باشد و نمره بیشتر به معنی خودارزشیابی مرکزی بالاتر می‌باشد. سؤال‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند [۷]. در ایران این مقیاس توسط هاشمی شیخ‌شانی، بشلیده، تقی‌پور و نیسی [۵۲] ترجمه شده و پایایی و روایی آن در نمونه ایرانی مناسب ارزیابی شده است. در پژوهش شیخ‌شانی و همکاران [۵۲] آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۱ به دست آمده و از همسانی درونی قابل قبول نیز برخوردار بوده است. همچنین، در این پژوهش برای بررسی اعتبار همگرایی این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس شامل مقیاس روان‌رنجوری از پرسشنامه شخصیت نئو (۱۹۸۵)، مقیاس ۱۰ ماده‌ای عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، مقیاس خودکارآمدی جاج و همکاران (۱۹۹۸) و منبع کنترل لئونسون (۱۹۸۱) استفاده شد که میزان همبستگی مقیاس خودارزشیابی با مقیاس روان‌رنجوری از پرسشنامه شخصیت نئو (۰/۵۴-)، با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۰/۵۶-)، با مقیاس خودکارآمدی (۰/۶۷) و با مقیاس

² Judge, Erez, Bono, & Thoresen

¹ CSES-12

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، درصد و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس مکرر چند متغیری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	موضوع	مداخله
جلسه اول	هدایت خودکار	تمرین خوردن ذهن آگاه کشمش (نوعی مراقبه جهت جلب توجه شرکت‌کنندگان به ویژگی‌های حسی کشمش بینایی، بویایی، چشایی و لامسه) تمرین واریسی بدن (جلب توجه شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق تنفس به قسمت‌های مختلف بدن که حدود ۴۵ دقیقه طول می‌کشد) تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاهانه یک فعالیت روزمره به مدت ۶ روز و انجام واریسی بدنی هر روز، ارائه جزوه در رابطه با بیماری صرع، هدایت خودکار و تمرین‌های ذهن آگاهانه.
جلسه دوم	روپارویی با موانع	بررسی تکالیف جلسه قبل و از بین بردن موانع اجرای صحیح آن‌ها تمرین افکار و احساسات (از طریق تجسم موقعیت‌های مبهم، تمرکز بیشتر بر بدن نجوهای ذهنی و آگاهی از ذهن سرگردان که منجر به کنترل بیش‌تر واکنش فرد نسبت به وقایع روزانه می‌شود) تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند و ارائه جزوه در رابطه با هدف جلسه و راهکارهایی برای اجرای بهتر تکالیف
جلسه سوم	تنفس	تمرین مراقبه نشسته: تمرکز توجه شرکت‌کنندگان به الگوهای تنفس، مشاهده کنجکاوانه سرگردان شدن ذهن، سپس بازگردان توجه به تنفس به آرامی و بدون درگیر شدن با افکار راه رفتن ذهن آگاهانه: ارائه تمرین‌های حرکتی جهت متمرکز ساختن توجه شرکت‌کنندگان به وضعیت حرکت و قرار گرفتن بدن تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند و تمرین فضای تنفس به مدت ۳ بار در هر ۶ روز ارائه جزوه خلاصه جلسات
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال	مراقبه دیدن و شنیدن: تمرکز توجه شرکت‌کنندگان به صداها یا مناظر بینایی اطراف و متمرکز ساختن آرام ذهن به این حس‌ها مراقبه نشسته: با تأکید بر ادراک و احساس بدن تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس هر زمان که احساس استرس نمودند و ارائه جزوات در رابطه با ماندن در زمان حال، برگه ثبت تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مجوز حضور	مراقبه نشسته: با تأکید بر آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار آگاهی از افکار و احساسات، وقایع خوشایند و ناخوشایند و شناسایی واکنش‌های شرکت‌کنندگان نسبت به آن‌ها و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم تکلیف خانگی: تمرین مراقبه نشسته هدایت شده و ثبت آن، ارائه جزوه خلاصه جلسه و دستورالعمل‌های گسترده استفاده از فضای تنفس
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته تجسم: تجسم افکار و مشغله‌های ذهنی به‌عنوان پرده سینما و توجه به موقتی بودن آن‌ها تمرین تغییر خلق و افکار: از طریق تلقی افکار به‌عنوان فکر نه واقعیت تکلیف خانگی: تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای در زمان تجربه هیجانات ناخوشایند و ارائه جزوات جلسه
جلسه هفتم	مراقبت از خود	مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، حس‌های بدنی، صداها و افکار هشیاری بودن از نشانه‌های بیماری: تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های بیماری آگاهی از ارتباط بین خلق با فعالیت‌های روزمره: تهیه لیستی از فعالیت‌های افزایش دهنده خلق و انرژی
جلسه هشتم	فراتر رفتن از ترس	تمرین واریسی بدنی: توضیح اینکه تجارب و پاسخ به تمرین‌ها با یادگیری‌های جدید ممکن است تغییر کند بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

جدول ۲. خصوصیات جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی

جنسیت	آزمایش (n= ۱۵)		گواه (n= ۱۵)	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۰	۷۳/۳	۱۲	۸۰
زن	۵	۲۶/۷	۳	۲۰
سن	۲۵ تا ۳۰	۳	۱۳/۳	۲۰
	۳۰ تا ۳۵	۳	۲۶/۷	۱۳/۳
	۳۵ تا ۴۰	۲	۱۳/۳	۲۰
	۴۰ تا ۴۵	۵	۳۳/۳	۱۳/۳
	۴۵ تا ۵۰	۲	۱۳/۳	۳۳/۳
میانگین و انحراف معیار		۷/۶۹±۳۲/۶۷	۶/۰۳±۳۴/۸۰	
تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۴۶/۷	۴۶/۷
	دیپلم	۷	۴۰	۴۶/۷
	بالتر از دیپلم	۲	۱۳/۳	۶/۷
وضعیت تأهل	متاهل	۵	۳۳/۳	۲۶/۷
	مجرد	۱۰	۶۶/۷	۷۳/۳

نتایج

معیار متغیرهای بهزیستی روان شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر حسب گروه‌های آزمایشی و کنترل گزارش شده است.

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه حاضر در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی روان شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی بیماران مبتلا به صرع بر حسب زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری)

متغیرها و ابعاد	آزمایش (n= ۱۵)			گواه (n= ۱۵)		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بهزیستی روان شناختی	۵۱/۰۱±۸/۷۲	۶۰/۶۱±۹/۰۵	۵۹/۶۷±۸/۹۶	۵۰/۹۳±۶/۶۴	۵۰/۸۷±۶/۴۷	۵۰/۸۷±۶/۴۷
امیدواری	۱۳۹/۶۷±۱۳/۹۳	۱۵۴/۲۰±۱۵/۶۸	۱۵۲/۱۳±۱۵/۰۱	۱۴۰/۰۷±۱۳/۱۷	۱۳۹/۷۳±۱۲/۶۶	۱۳۹/۷۳±۱۲/۶۶
خودارزشیابی مرکزی	۲۹/۰۲±۵/۰۵	۳۴/۱۳±۵/۳۷	۳۳/۲۰±۵/۰۶	۲۸/۰۷±۴/۲۳	۲۷/۸۷±۳/۷۳	۲۷/۸۷±۳/۷۳

روان شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی در دو گروه آزمایش و گواه با تحلیل کوواریانس چندمتغیری با مقادیر تکراری انجام شد. در این تحلیل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی و نمرات پس آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته محسوب شدند و زمان به عنوان متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، ابتدا پیش فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد. در جدول ۴ نتایج آزمون لوین آورده شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نه تنها نمره میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است، بلکه در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار است. همچنین، میانگین و انحراف معیار امیدواری و خودارزشیابی مرکزی نیز از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار بوده است. در این مطالعه تحلیل آماری نمرات بهزیستی

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه

شاخص	مراحل	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
بهزیستی روان شناختی	پس آزمون	۱/۳۰۶	۱	۲۸	۰/۲۶۳
	پیگیری	۱/۶۶۰	۱	۲۸	۲۰۸
امیدواری	پس آزمون	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۶
	پیگیری	۰/۰۳۲	۱	۲۸	۰/۸۵۹
خودارزشیابی مرکزی	پس آزمون	۱/۰۱۳	۱	۲۸	۰/۳۲۳
	پیگیری	۱/۳۶۲	۱	۲۸	۰/۲۵۳

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی تأیید می‌شود. یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی است و تفاوت معناداری ندارند. بنابراین با توجه به رعایت پیش فرض لوین، امکان اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش بلامانع است.

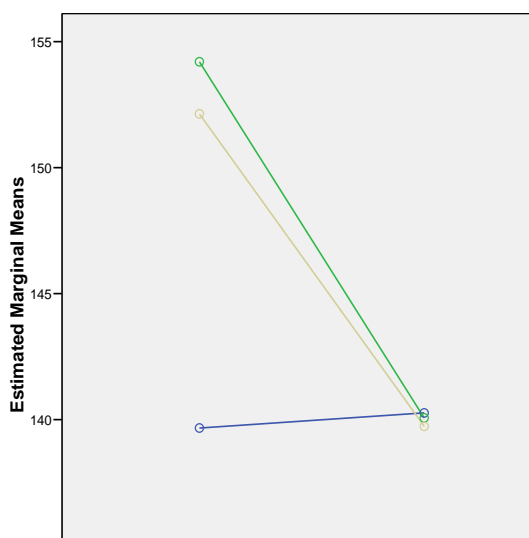
نتایج آزمون موخلی^۱ برای متغیر بهزیستی روان شناختی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کوواریانس برقرار نیست (Mauchly's $W = ۰/۴۵۷$, $DF = ۲$, $P = ۰/۰۰۱$). بنابراین، به دلیل عدم برابری ماتریس واریانس-کوواریانس آزمون Huynh-Feldt به کار رفت.

مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها معنادار است.

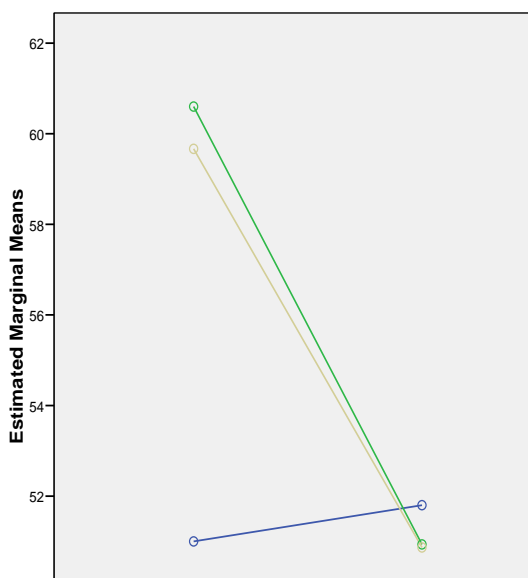
همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان شناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی تأیید می‌شود. یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی است و تفاوت معناداری ندارند. بنابراین با توجه به رعایت پیش فرض لوین، امکان اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش بلامانع است.

نتایج آزمون موخلی^۱ برای متغیر بهزیستی روان شناختی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کوواریانس برقرار نیست (Mauchly's $W = ۰/۴۵۷$, $DF = ۲$, $P = ۰/۰۰۱$). بنابراین، به دلیل عدم برابری ماتریس واریانس-کوواریانس آزمون Huynh-Feldt به کار رفت.

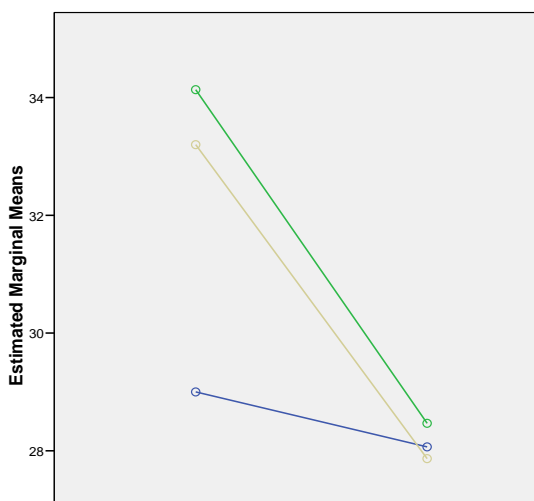
^۱ Mauchly's Test



نمودار ۱. اثر متقابل زمان و گروه بر بهزیستی روان‌شناختی



نمودار ۲. اثر متقابل زمان و گروه بر امیدواری



نمودار ۳. اثر متقابل زمان و گروه بر خودارزشیابی مرکزی

مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار بوده است.

نتایج آزمون موخلی برای متغیر امیدواری نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کوواریانس برقرار نیست ($P=0.001$, $Mauchly's W=0.294$, $DF=2$). بنابراین، به دلیل عدم برابری ماتریس واریانس - کوواریانس آزمون-Huynh-Feldt به کار رفت.

مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها نیز معنادار است.

($F=56.092$, $P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.667$). همچنین، آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه‌ها معنادار است.

($F=61.718$, $P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.688$).

نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برای متغیر امیدواری معنادار بود ($P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.683$, $Pillai's\ Trace=0.683$, $F=29.049$).

هم‌چنین، اثر (متقابل) تعامل زمان \times گروه معنادار بود ($F=32.387$, $P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.706$).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار بود و هم‌چنین با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می‌توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) بر افزایش امیدواری تأثیرگذار بوده است.

نتایج آزمون موخلی برای متغیر خودارزشیابی مرکزی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کوواریانس برقرار است ($P=0.565$, $Mauchly's W=0.959$, $DF=2$). نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که اثر عامل زمان (پیش-آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برای متغیرهای خودارزشیابی مرکزی معنادار بود.

($F=88.042$, $P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.867$, $Pillai's\ Trace=0.867$).

هم‌چنین، اثر (متقابل) تعامل زمان \times گروه معنادار بود ($F=70.203$, $P>0.001$, $Partial\ Eta\ Squared=0.839$).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می‌توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) بر افزایش خودارزشیابی مرکزی تأثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نقش تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی در سلامت روانی افراد ورزشکار و غیر ورزشکار بررسی شد. یافته‌ها نشان داد افراد ورزشکار از تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی بالاتری برخوردارند. همچنین تاب‌آوری و سرسختی می‌تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. جهت همبستگی متغیرها بیانگر آن است که با افزایش میزان تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی میزان سلامت روانی افراد افزایش می‌یابد. تاب‌آوری به همراه سرسختی روان‌شناختی می‌توانست در افزایش سلامت روانی افراد ورزشکار و غیر ورزشکار بیشتر تبیین‌کننده باشد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند [۳۵ و ۳۶]. بعضی از محققین به‌عنوان یک تبیین احتمالی گفته‌اند که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث افزایش تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر اساس این تبیین، تاب‌آوری از طریق تقویت حرمت خود به‌عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی می‌شود. این ویژگی روان‌شناختی مثبت، مخصوصاً در شرایط دشوار و استرس‌زای مسابقه، به ورزشکار کمک می‌کند تا با اعتماد به نفس، تحمل سختی‌ها و انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار مسابقه احتمال موفقیت خود را افزایش دهد [۳۷].

کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بر این باورند که ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که باعث می‌شود سلامت آنان افزایش یابد این است که افراد تاب‌آور، توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند. همچنین تاب‌آوری از طریق تقویت شایستگی و استحکام شخصی با موفقیت ورزشی و شاخص‌های سلامت روانی مرتبط می‌شود [۳۸]. متناسب با تحمل عواطف منفی ورزشکار قادر خواهد بود که با تمرکز و هدایت نیروهای روانی و استفاده بهینه از توانمندی‌های تکنیکی و تاکتیکی خود برای افزایش احتمال موفقیت ورزشی اقدام کند. افراد ورزشکار تاب‌آوری بیشتری دارند و افراد تاب‌آور عواطف مثبت و خوش‌بینی بیشتری نسبت به غیر ورزشکاران دارند، چون این دو عامل توان مقابله آنان را در هنگام رویارویی با مشکلات سخت زندگی بیشتر می‌کند، در نتیجه ورزشکاران سلامت روانی بالاتری دارند و می‌توانند در مراحل زندگی خود موفق‌تر باشند [۳۹].

مهارگری یکی دیگر از مؤلفه‌های تاب‌آوری است که به فرد کمک می‌کند شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابل مصائب و ناملایمات زندگی، نه تنها جان سالم بدر ببرد و به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد. مهارگری باعث می‌شود ورزشکار احساس کند بر اوضاع مسلط است و می‌تواند تعیین‌کننده باشد. احساس تسلط به اوضاع در ورزشکار این باور را به وجود می‌آورد که تلاش‌های وی بر موقعیت‌های زندگی تأثیر خواهد گذاشت و او می‌تواند مسیر رویدادها را تغییر دهد و نتیجه مسابقه را تعیین کند [۴۰].

معنویت نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری می‌تواند از یک سو به مثابه سپر، مقاومت فرد را در برابر استرس‌های زندگی افزایش دهد و از سوی دیگر به منزله سازش و انطباق‌پذیری مثبت فرد را به تعالی و کمال برساند. شخصیت سرسخت ورزشکار از طریق احساس تعهد وی نسبت به عملکرد و وظایف ورزشی سبب می‌شود ورزشکار خود را وقف هدف‌های ورزشی کند و راه‌های مناسب برای رسیدن به هدف را به خوبی شناسایی نماید. همچنین شخصیت سرسخت ورزشکار از طریق مؤلفه دیگر سرسختی یعنی کنترل سبب می‌شود که ورزشکار احساس کند بر اوضاع مسلط و تعیین‌کننده است. مبارزه‌طلبی ورزشکار نیز باعث می‌شود به جای اجتناب، کناره‌گیری و برخورد منفعل، با موقعیت‌های خطیر و استرس‌زای ورزشی از آن‌ها استقبال کند [۲۳]. از سوی دیگر سرسختی بیانگر اعتماد شخص به توانایی خود برای مقابله با شرایط مختلف و حس استقلال و خود پیروی را افزایش می‌دهد و سبب ارتقاء عملکرد می‌شود همچنین منجر به داشتن زندگی بهتر، بهبود ارتقای تطابق در فرد می‌شود [۵ و ۱]. افراد تاب‌آور و سرسخت برای برخورد با مشکلات از شیوه فعال حل مسئله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند بهره می‌گیرند و بنابراین سطح و احساس خطر در افراد تاب‌آور و سرسخت در پیشامدهای ناگوار بسیار پایین است. افراد تاب‌آور مقاوم‌تر شدند چرا که وقتی مورد آزمون جدی قرار گرفتند، رنج را تحمل کردند و استعدادهایی را که ممکن بود به شکل دیگر شکوفا شود، نمایان کردند. آن‌ها مسائل را عمیق و شدت بیشتری تجربه کردند و ارزش بیشتری برای زندگی قائل شدند [۴۱].

در تبیین رابطه تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی می‌توان گفت ورزش باعث می‌شود ورزشکار بافت ماهیچه‌ای کم‌چرب را بیشتر حفظ کند و در نتیجه نسبت لیپو پروتئین‌های پرتراکم^۱ و لیپو پروتئین‌های کم تراکم به ترتیب سطوح کلسترول خوب و بد را بهبود

^۱ HDL

ویژگی‌های تاب‌آوری به‌صورت ژنتیکی در فرد وجود دارد اما مهارت‌های تاب‌آوری قابل آموزش است [۴۶].

وانبردا بر این باور است که تاب‌آوری فرد از طریق تعامل با مشکلات و خطرات و عوامل محافظت‌کننده فردی تعیین می‌شود [۴۷]. با وجود اینکه تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حامل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند [۴۸]. بر این اساس اغلب ورزشکاران قویاً به آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی نیاز دارند و این نیاز ناشی از مشکلات روانی نیست. لذا اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های روان‌شناختی از جمله آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی و آموزش مهارت‌های زندگی به‌منظور تقویت سرسختی و سلامت روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود.

در این پژوهش نتایج نشان داد تاب‌آوری ورزشکاران در سطح بالایی قرار دارد و به عبارتی ورزش نقش بسزایی در افزایش این شاخص مهم سلامت روان‌شناختی دارد. از طرفی تاب‌آوری از جمله متغیرهای مؤثر بر پیشگیری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است و از جمله با ایجاد انعطاف‌پذیری انطباقی منجر به کاهش سوء مصرف مواد در نوجوانان می‌شود [۴۹]. از سویی پیشینه پژوهشی [۵۰، ۵۱] نشان می‌دهند که برخی از مؤلفه‌های مرتبط با تاب‌آوری با رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا رابطه معکوس و با سلامت روانی و هیجانی و سازگاری اجتماعی رابطه مستقیم دارند. همچنین ورزش از جمله عواملی است که می‌تواند احساس شایستگی و استقلال عمل و نیز نشاط و شادابی ذهنی و جسمی را در افراد تقویت نماید و نتایج پژوهشی [۵۲] نشان داد که برآوردن نیاز شایستگی و استقلال، توانایی پیش‌بینی‌کنندگی نشاط ذهنی و سلامت روانی را دارد. از سویی مشخصه ذاتی و درونی تاب‌آوری، خودشکوفایی است و افراد تاب‌آور دارای جهت‌گیری مشخصی در زندگی‌اند، در ارتباط با دیگران نقش حمایت‌گرانه دارند و دارای قدرت درونی هستند [۵۳]. تاب‌آوری پیامدهای مثبت متعددی از جمله خودکارآمدی را در پی دارد [۵۴] و با سلامت روانی [۵۵، ۵۶] و موفقیت ورزشی و بهزیستی روانی رابطه مثبت و با استرس رابطه منفی [۵۷] دارد. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی لازم در راستای ترغیب و ترویج ورزش که نقش مؤثری در ارتقای شاخص‌های مهم سلامت روان‌شناختی از جمله تاب‌آوری و سرسختی روانی و از سویی کاهش آسیب‌های اجتماعی جامعه دارد بخصوص در بین نوجوانان و جوانان جامعه انجام شود. از سویی با توجه به محدودیت نمونه

می‌بخشد. این امر به نوبه خود خطر بیماری قلبی را کاهش می‌دهد و بدن را در برابر چند نوع سرطان محافظت می‌کند [۴۲]. در ضمن افرادی که به‌طور مرتب ورزش می‌کنند کمتر اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و احساس بهتری دارند این حالت‌ها ممکن است تا حدی به دلیل ترشح شدن مواد آرام‌بخش درون‌ریز (انکفالین‌ها و آندروفین‌ها) به هنگام تحرک و ورزش کردن باشد موجب می‌شود وضعیت روحی فرد بهتر شود. تاب‌آوری و سرسختی روانی با سلامت روانی و بدنی رابطه دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی جلوگیری می‌کنند [۴۳].

افرادی که دچار فشار روانی بالا هستند اما بیمار نمی‌شوند دارای ساختار سخت‌کوشی هستند [۲۳]. در کل می‌توان گفت که فعالیت‌های ورزشی می‌تواند تاب‌آوری و سرسختی روانی را در افراد افزایش دهد. به نظر می‌رسد فعالیت‌های ورزشی، می‌تواند بستر ساز و تقویت‌کننده تاب‌آوری و سرسختی روانی باشد و زمینه را برای بروز استعدادها و درک بهتر توانایی انسان‌ها فراهم آورد. آرامش خاطر و احساس امنیت و شادابی و نشاط به همراه می‌آورد و با ایجاد محیطی روح‌انگیز و نشاط‌آور و کاستن فشارهای عضلانی و از بین بردن سستی و کسالت، فشار روانی را مهار و باعث شادابی و سلامت روانی می‌گردد. به عبارتی می‌توان گفت، فعالیت ورزشی باعث افزایش توان جسمی و فکری ورزشکار می‌شود و به‌نوعی زمینه‌های ایجاد تاب‌آوری و سرسختی را فراهم می‌آورد.

به باور موریس^۱ ورزشکاران نیاز به کنترل احساسات، افکار و تغییرات مثبت در رفتارشان دارند [۲۷]. پژوهشگران روان‌شناسی ورزشی به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه ورزشکار در درک، شناسایی، تنظیم و ابراز دقیق هیجانات توانمندتر باشد، عادات فکری در اختیار خواهد داشت که سبب می‌شوند فرد کارآمدتری باشد. همچنین مربیان بازیکنان از طریق بهبود مهارت‌های روانی مانند هیجانی و اجتماعی می‌توانند محیط ورزشی پربازدهی ایجاد کنند و با استفاده از این مهارت‌ها موفقیت ورزشی ورزشکاران را تعیین و پیش‌بینی کنند [۴۴]. احساسات ناخوشایند فشارهای ناشی از باخت، استرس قبل، حین و بعد از رقابت ورزشی، نیاز به دریافت خدمات حرفه‌ای را در ورزشکاران ضروری ساخته است [۴۵].

از سویی پدیده تاب‌آوری ظرفیتی ذاتی در فرد است. پژوهش‌های بسیاری نیز فطری و بالقوه و آموزش پذیر بودن تاب‌آوری تأکید نموده‌اند [۴۱]. لذا هر چند برخی از

¹ morris

- 7- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, Vol 56, PP. 303–331.
- 8- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Clinical Case Study. *Cogn Behav Pract*, Vol 18, 3, PP. 362–370.
- 9- Michaelis, R., Schonfeld, W., & Elsas, S.M. (2012). Trigger self-control and seizure arrest in the Andrews/Reiter behavioral approach to epilepsy: a retrospective analysis of seizure frequency. *Epilepsy Behav*, Vol 23, PP. 266–71.
- 10- Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J.J., Gomez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*. Vol 5, PP. 15-27.
- 11- Fiocco, A. J., Mallya, S. (2015). The importance of cultivating mindfulness for cognitive and emotional well-being in late life. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. Vol 20, PP 35– 40.
- 12- McLaughlin, D.P., & McFarland, K. A. (2011). Randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being. *J Behav Med*, Vol 34, PP. 201–7.
- 13- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 84 (4), PP. 822–848.
- 14- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: Wiley press.
- 15- England, M. J., Liverman, C. T., Schultz, A. M., & Strawbridge, L. M. (2012). Epilepsy across the spectrum: Promoting health and understanding: A summary of the Institute of Medicine report. *Epilepsy & Behavior*, Vol 25 (2), PP. 266- 276.
- 16- Hufnagel, A., Ben-Menachem, E., Gabbai, A. A., Falcão, A., Almeida, L., & Soares-da-Silva, P. (2013). Long-term safety and efficacy of eslicarbazepine acetate as adjunctive therapy in the treatment of partial-onset seizures in adults with epilepsy: Results of a 1-year open-label extension study. *Epilepsy Research*, Vol 103, 2-3, PP. 262–269.
- 17- Change, E.C., Yu, T., Chang, O.D & Hirsch, J. k. (2016). Hope and trauma: Examining a diathesis-stress model in predicting depressive and anxious symptoms in college students. *Personality and Individual Differences*, Vol 96, PP. 52-54.

مورد بررسی در تعمیم‌یافته‌های پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود.

همچنین با توجه به نقش ورزش در بالا بردن تاب‌آوری و سرسختی روانی پیشنهاد می‌شود برای ارتقای تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی افراد، سازمان‌های ورزشی و مرتبط با اوقات فراغت جامعه، صدا سیما و مؤسسات آموزشی با همکاری مشاوران و روان‌شناسان، برنامه‌های آموزشی و فراغتی با موضوع نقش ورزش در ارتقای شاخص‌های مهم سلامت روان‌شناختی (مانند تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی) آحاد جامعه بخصوص نسل نوجوان و جوان برگزار کنند. از سویی با توجه به محدودیت نمونه مورد بررسی در تعمیم‌یافته‌های پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود.

منابع

- 1- Magalov, S. I., Hasanov, N. F., Azizova, N. X., Novruzov, A. N., Mustafayev, Z. B., Kazimov, S.A, et al. (2011). The prevalence of epilepsy in the nakhichevan autonomous republic of Azerbaijan. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*. Vol 11, PP. 102-9.
- ۲- مسرور، رودسری دریادخت، چهره‌گشا، مریم، سید الشهدایی، مهناز و حسینی، آغا فاطمه (۱۳۹۰). کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به صرع و عوامل مرتبط با آن. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۲۴، شماره ۷۳، صص ۵۴-۴۷.
- 3- Beyenburg, S., Mitchell, A.J., Schmidt, D., Elger, C. E., & Reuber, M. (2005). Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav*, Vol 7, PP. 161-71.
- 4- Sung, C., Muller, V. R., Ditchman, N., Phillips, B., Chan, F. (2013). Positive Coping, Self-Efficacy, and Self- Esteem as Mediators between Seizure Severity and Life Satisfaction in Epilepsy. *Rehabilitation research, policy and education*, Vol 27, PP. 155- 170.
- 5- MacDonald. J., Williams, R. J., & Rogers, D. A. (2003). Self-assessment in simulation-based surgical skills training. *The American Journal of Surgery*, Vol 185, 4, PP. 319–322.
- 6- Haugh, C. (2010). An Exploration of the Core Self-Evaluations- Performance Relationship: The Roles of Engagement and Need for Achievement. *Personality and Social Contexts Commons*. All Theses. PP 771.

مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری، سال ۱۳، شماره ۴، ۶۱۷-۶۲۴.

29- Mohamadpour, S., Pouyanfar, A., Najar, Z., Jafari, H & Rahmani, Soheila. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on the Quality Of Life and Hope in the Patients with Coronary Heart Disease. *The International Journal of Indian Psychology*. Vol 3 (3), PP. 1-13.

30- Lea, J., Cadman, L., & Philo, C. (2015). Changing the habits of a lifetime? Mindfulness meditation and habitual geographies. *Cultural Geographies*. Vol 22, 1, PP. 49- 65.

31- Cairns, V., & Murray, C. (2015). How Do the Features of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Contribute to Positive Therapeutic Change? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. Pre-print draft. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol 43, PP. 342-359

32- Patrizia, C., Nadav, A., & Llona, B. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effect of MBCT on The Levels of mindfulness and Subjective Well-being. *J couns Psychol Q*, Vol 4, PP. 323-336.

33- Dewhurst, E., Novakova, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy and behaviour*. 46, 234-241.

34- Loams, T., & Ivtzan, I. (2014). Beyond Deficit Reduction: Exploring the Positive Potentials of Mindfulness. *Advances in Mental Health and Addiction*, PP. 277-295.

35- Willett, B. R., & Lau, M. A. (2015). Clinical Perspectives: Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mood Disorders. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*, PP. 171-183.

36- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., et al. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of Women's Mental Health*, Vol 18, 1, PP. 85-94.

37- Fernie, B. A., Kollmann, J., & Brown, R. G. (2015). Cognitive behavioural interventions for depression in chronic neurological conditions: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, Vol 78, 5, PP. 411-419.

38- Yildiran, H., & Holt, R. R. (2015). Thematic analysis of the effectiveness of an inpatient mindfulness group for adults with intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, Vol 43, 1, PP. 49-54.

18- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., Pfeffer, R., & Rottenberg, Y. (2016). A Dialogue of Depression and Hope: Elderly Patients Diagnosed with Cancer and Their Spousal Caregivers. *Journal of Cancer Education*, Vol 22, PP. 1-7.

۱۹- افضل آقایی، منور، دهقانی، محسن، علیمی، رسول و مهدی- نژاد، محسن (۱۳۹۴). عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع. *مجله دانش و تندرستی*، سال ۱۰، شماره ۱، صص ۱۱-۱۸.

20- Tang, V., Michaelis, R., & Kwan, P. (2014). Psycho-behavioral therapy for epilepsy, Vol 32, PP. 147- 155.

21- Gu., J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, Vol 37, PP. 1-12.

22- Detert, N. B. (2015). Mindfulness for neurologists. *Practical Neurology*. 0, 1-6.

23- O'Leary, K. (2015). The effect of positive psychological interventions on psychological and physical well-being during pregnancy. *DClinPsych Thesis*, University College Cork.

24- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K & Stangier, U. (2013). Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiat Res*, Vol 210: PP. 140-145.

25- Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L.R., Bethel, A., Coon, J.T., Kuyken, W., Stein, K., & Dickens C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res*. Vol 76: PP. 341-351.

26- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V, et al. (2011). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Psychiat Res*. Vol 187, PP. 441-453.

27- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, Vol 10, PP. 125-143.

۲۸- محمدپور، سمانه، احمدی‌سبزواری، فاطمه و نظری، هدایت (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دارو درمانی با شناخت درمانی

- ۵۰- یگانه، طیبه (۱۳۹۲). بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال ۶، شماره ۳، صص ۴۷ - ۵۷.
- 51- Abdi, N., & Asadi-Lari, M. (2011). "Standardization of three hope scales as possible measures at the end of line in Iranian population". Iranian Journal of Cancer Prevention, Vol 4, 2, PP. 71-77.
- ۵۲- هاشمی‌شیرشانی، سیداسماعیل، بشلیده، کیومرث، تقی‌پور، منوچهر و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودارزشیابی‌های مرکزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد. سال ۱، شماره ۱، صص ۹۹ - ۱۱۸.
- 53- Palta, P., Page, G., Piferi, R. L., Gill, J. M., Hayat, M.J., Connolly, A. B., & Szanton, S. L. (2012). Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-american older adults. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol 89, PP. 308-316.
- ۵۴- علی‌پور، احمد، رضایی، اکبر، هاشمی، تورج و یوسف‌پور، ناهید (۱۳۹۴). بررسی شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کنترل علائم حیاتی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کرونر قلب. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال ۱۰، شماره ۴۰، صص ۲۱۱-۲۲۲.
- 55- Mace, C. (2006). Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: new findings from qualitative research. In Delle Fave A. Dimensions of Well-being. Research and Intervention. Milano: FrancoAngeli.
- 56- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleifh, T. & Kessler, D. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. The Lancet. Published online April 21, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4).
- 57- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2015). Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: a Review of the Effects on Physical and Emotional Well-Being. Mindfulness. Springer Science+ Business Media New York.
- 39- Bach, P., Hayes, S. C., & Levin, M. (2015). Mindfulness as a Key Construct in Modern Psychotherapy. Handbook of Mindfulness and Self-Regulation, PP. 141-154.
- 40- Gandy, M., Sharpe, L., Perry, K. N., Thayer, Z., et al. (2014). Cognitive Behaviour Therapy to Improve Mood in People with Epilepsy: A Randomised Controlled Trial. Cognitive Behaviour Therapy, Vol 43, 2, PP. 153-166.
- 41- Li, G., Yuan, H., & Zhang, W. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. Archives of Psychiatric Nursing. Vol 30, 2, PP. 292-299.
- 42- Keller, B. Z., Singh, N. N., & Winton, A. S.W. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. Mindfulness, Vol 5, PP. 453-459.
- 43- Helmes, E., & Ward, B. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. Aging & Mental Health. Published online.
- 44- Foulk, M. A., Ingersoll-Dayton, B., Kavanagh, J., Robinson, E., & Kales, H. C. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: an exploratory study. Journal of Gerontological Social Work, Vol 57, 5, PP. 498-520.
- 45- Akbari, B., Moradi, H., Darwishnia, A., Izadirad, P. & et al. (2014). Efficacy of mindfulness based cognitive therapy (MBCT): On anger reduction in drug addicts. Indian Journal of Positive Psychology, Vol 5, 1, PP. 75-76.
- ۴۶- دلاور، علی. (۱۳۸۷). شیوه‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم اجتماعی. انتشارات ویراش: تهران.
- 47- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. J Pers Soc Psychol, Vol 57, 6, PP. 1069-81.
- ۴۸- جوشن‌لو، محسن، نصرت‌آبادی، مسعود و رستمی، رضا (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، سال ۳، شماره ۹، صص ۳۵ - ۵۱.
- ۴۹- محمدپور، سمانه و جوشن‌لو، محسن (۱۳۹۴). رابطه‌ی اختلال اضطراب منتشر و اختلال شخصیت وسواسی- اجباری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳: نقش میانجی عشق پر شور وسواسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. سال ۱۴، شماره ۵، صص ۳۵۳ - ۳۶۶.

سال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

۶۷- عابدینی، آزاده (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری در درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عزت‌نفس زنان یائسته. اولین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری.

68- Creswell, J. D. (2016). Mindfulness Interventions. In press, Annual Review of Psychology.

69- Fraser, R. T., Johnson, E. K., Lashley, S., Barber, J., et al. (2015). PACES in epilepsy: Results of a self-management randomized controlled trial. *Epilepsia*, Vol 56 (8), PP. 1-11.

۵۸- آقاباقری، حامد، محمدخانی، پروان، عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال ۴، شماره ۱-۱۳، صص ۲۱-۳۳.

۵۹- نریمانی، محمد، آریان‌پور، سعید، ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی جانبازان شیمیایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. سال ۱۵، شماره (۵)، صص ۳۴۷-۳۵۷.

60- Thornton, L.M., Cheavens, J. S., Heitzmann, C., A., Dorfman, C.S., Wu, S.M. & Andersen, B.L. (2014). Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 82 (6), PP. 1100-1087.

۶۱- خالقی‌پور، شهناز و زرگر، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۱۲، شماره ۲، صص ۴۵-۵۳.

62- Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E. & Peeters, A. (2014). Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients with Diabetes: Results of Randomized Controlled Trial *Diabetes Care*. Vol 37, PP. 2427-2434.

63- Day, M. A., Halpin, J., & Thorn, B. E. (2015). An Empirical Examination of the role of Common Factors of Therapy during a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Intervention for Headache Pain. *The Clinical Journal of Pain Publish Ahead of Print*. Published online.

۶۴- یوسفیان، فهیمه و اصغری‌پور، نگار (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۵، شماره ۳، صص ۲۰۵-۲۱۵.

۶۵- یوسفی، ناهید (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

۶۶- مختاری، بهمن (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افزایش خودکارآمدی و کاهش نشانه‌های افسردگی بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) سنین بین ۲۵ تا ۴۵