

Comparison of the effectiveness of mindfulness and positive psychotherapy on psychological capital in students

Seyed Mojtaba Aghili*

Sabah Mohseni**

Abstract

In recent years, with the advent of a new approach called "positive psychology", the emphasis is on competency and the definition of concepts that help ensure the health and happiness of people and their enjoyment of a healthy life. The aim of this study was to compare and compare cognitive therapy based on mindfulness and positive psychotherapy on the psychological capital of female students with group performance. In this study, quasi-experimental pre-test and post-test methods with control group were used. Thirty students were selected from these students by voluntary sampling method and were divided into experimental and control groups. The experimental group was trained in eight sessions of two hours, one session per week as a group with cognitive therapy based on mindfulness and positive psychotherapy. Finally, considering the drop in participants, the number of subjects was reduced to 10. Subjects in both groups completed the Lutans Psychological Capital Questionnaire twice before the test and after participating in group sessions. Findings showed that mindfulness-based cognitive therapy, and positive psychotherapy, increase psychological capital and its components (hope, self-efficacy, optimism and resilience). Due to the effectiveness of these two treatments, their use is recommended.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, positive psychotherapy, psychological capitals

* **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran (dr_aghili1398@yahoo.com)

** MA of Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی در دانش‌جویان

سید مجتبی عقیلی*
صبح محسنی**

چکیده

در سال‌های اخیر با ظهور رویکرد جدیدی به نام «روان‌شناسی مثبت» تأکید بر شایسته‌سازی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آن‌ها از یک زندگی سالم کمک می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی دانش‌جویان دختر با اجرای گروهی بوده است. در این پژوهش از طرح نیمه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. ۳۰ دانش‌جو با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان این دانش‌جویان انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی دو ساعته، هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی با روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌گرا آموزش دیدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌های روان‌شناختی لوتانز را دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌تکمیل نمودند. یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، و روان‌درمانی مثبت‌گرا، سرمایه‌های روان‌شناختی افزایش داده است. با توجه به مؤثر بودن این دو روش درمانی استفاده از آن‌ها توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، سرمایه‌های روان‌شناختی

* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول)

dr_aghili1398@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

مقدمه

روان‌شناسی در نیم قرن گذشته، بر بیماری بیشتر از سلامتی و بر آسیب‌شناسی عملکرد انسان، بیشتر از درک کامل ابعاد آن تکیه داشته و به ویژگی‌های انسان سالم و کامل کمتر توجه کرده است (ترجستن، یاکوفسکی، فروه و دیجیوسپی،^۱ ۲۰۰۴). اما اخیراً با ظهور رویکرد جدیدی به نام «روان‌شناسی مثبت»^۲ تأکید بر شایسته‌سازی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آن‌ها از یک زندگی سالم کمک می‌کند. «بهزیستی روان‌شناختی»^۳ ترجمان احساسات مثبت و رضایت‌مندی عمومی از زندگی خود و دیگران، در حوزه‌های مختلف خانواده، تحصیل و شغل است و واجد دو مؤلفه‌شناختی و هیجانی است. مؤلفه‌شناختی بیانگر رضایت‌مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی و مؤلفه هیجانی ترجمان حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی است. امروزه رویکرد مثبت‌نگر، سه مؤلفه مجزا، اما در عین حال مرتبط با یکدیگر را برای بهزیستی روانی در نظر می‌گیرد که عبارتند از رضایت‌مندی کلی از زندگی، احساس خوشایندی و احساس ناخوشایندی. وجود این سه مؤلفه موجب می‌شود تا فرد از روابط خود با دیگران لذت ببرد و از غم، اندوه، احساس تنهایی و بدبینی در امان بماند (دینر، ازهی و لوکاس،^۴ ۲۰۰۳).

سلیگمن و سکزنت میهالی^۵ (۲۰۰۰) در یک فرآیند تعلیلی و تبیینی دامنه‌دار، بیان داشته است که بهزیستی روانی در درجه اول از عوامل فردی تأثیر می‌پذیرد که در این میان بر نقش «سرمایه روان‌شناختی»^۶ تأکید نموده است. از نظر وی، سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی - شناختی؛ یعنی، امید،^۷ خوش‌بینی،^۸ خودکارآمدی^۹ و تاب‌آوری^{۱۰} را در بر دارد. و این چهار مؤلفه در مجموع یک منبع یا عامل نهفته جدیدی را تشکیل می‌دهند که در

1. Terjesen, Jacofsky, Froh, & Diguseppe
2. positive Psychology
3. psychological capital
4. Diener, Oishi, & Lucas
5. Seligman & Csikszentmihalyi
6. psychological Capital
7. hope
8. resilliency
9. self- efficacy
10. optimism

هر یک از این متغیرها، نمایان است (اوی، پاترن و وست^۱، ۲۰۰۶). سلیگمن و سکزنت میهالی (۲۰۰۰) معتقد است که سرمایه روان‌شناختی، جنبه‌های مثبت زندگی آدمی را در بر می‌گیرد. او معتقد است که سرمایه انسانی و اجتماعی آشکار بوده و به آسانی قابل مشاهده است و می‌توان آن را به سادگی اندازه‌گیری و کنترل کرد. در حالی که سرمایه روان‌شناختی، بیشتر بالقوه بوده و اندازه‌گیری و توسعه آن دشوار است. بنابراین سرمایه روان‌شناختی شامل درک شخص از خودش، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت، و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (گلدسمیت، ویوم و دیرتی^۲، ۱۹۹۷). برخوردار بودن از سرمایه‌های روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود بر سند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری نیز هستند.

نتایج پژوهش‌های خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آبادی و بیرامی (۱۳۹۱)، هاشمی نصرت‌آباد، باباپور خیرالدین، خسروشاهی (۱۳۹۱)، ژو، چن، لام، لیو^۳ (۲۰۱۶) نشان می‌دهند که مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را به خوبی پیش‌بینی می‌کنند، به طوری که افرادی که سرمایه روان‌شناختی مطلوب‌تری داشته باشند، از سرمایه اجتماعی بالاتری بهره‌مند هستند. سرمایه روان‌شناختی، در واقع به مفهوم چه کسی هستید (خود واقعی) و چه کسی می‌خواهید بشوید (خود همگن) بر یک مبنای توسعه‌ای و رشد‌یابنده باز می‌گردد (لوتانز^۴، ۲۰۱۲). از نظر پایه نظری، روان‌درمانی مثبت‌گرا بر نظریه شادکامی سلیگمن استوار است، شادکامی از نظر سلیگمن می‌تواند به سه مؤلفه تجزیه شود: هیجان مثبت (زندگی لذت‌بخش)، درگیری (زندگی درگیرانه)، و معنا داشتن (زندگی معنادار). زندگی لذت‌بخش به معنا داشتن هیجان‌های مثبت درباره حال، گذشته و آینده و همچنین یاد گرفتن مهارت‌هایی است که شدت و مدت زمان این هیجان‌ها را افزایش می‌دهد. زندگی درگیرانه، جستجوی درگیری و جذب شدن در کار، روابط صمیمی و تفریح است (سلیگمن و سکزنت میهالی، ۲۰۰۶). یکی از مسائل مهم این است که روان‌درمانی مثبت‌گرا باید براساس نیازهای

1. Avey, Patera, & West
2. Goldsmith, Veum, & Darity
3. Zou, Chen, Lam, & Liu
4. Luthans

هر مراجع هماهنگ گردد. طول درمان، تمرین‌ها و تکالیف، و تمرکز هر جلسه باید برای بیمار فعلی مناسب‌سازی شود. یکی از موضوعات مهم این است که اگرچه تمام مداخلات بر پایه روان‌شناسی مثبت‌گرا است اما درمانگران باید مراقب باشند که تجربیات منفی، پریشان‌کننده و یا دردسرساز که بیماران در جلسات درمانی مطرح می‌کنند را مورد چشم‌پوشی یا انکار قرار ندهند. درکنار به وجود آوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و معنا در زندگی را در مراجعین به وجود آوردند. درمانگران باید تلاش کنند تا به‌طور کامل تجربیات منفی مراجعان را تصدیق کنند (مگیار-ماو^۱، ۲۰۰۹). درمان در بهترین حالت خود ۱۴ جلسه است، اما در اکثر پژوهش‌ها از شش جلسه درمان استفاده شده است (سلیگمن و سکزنت میهالی، ۲۰۰۶) محتوای این شش جلسه عبارتند از: استفاده از توانایی‌ها، ملاقات‌قدردانی، سه چیز خوب، پاسخ‌دهی فعال/سازنده، چشیدن ذائقه و نوشتن زندگی‌نامه (پارکس-شینر^۲، ۲۰۰۹).

ذهن‌آگاهی، درمانی است که توسط کابات-زین^۳ در سال ۱۹۷۹ مطرح شد و امروزه به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت (کابات-زین، ۱۹۹۰) و توجه بدون داوری واقعیت موجود (سگال، ویلیامز و تیزول^۴، ۲۰۰۲) و به‌طورکلی به فرآیندهای شناختی اطلاق می‌شود که طی آن‌ها فرد ذهن‌آگاه، تمرکز خود را روی تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود یا اطرافیانش رخ می‌دهد، متمرکز می‌سازد (بایر، اسمیتو و آلن^۵، ۲۰۰۴).

اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودسیم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد و در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیراستدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است (کارداسیوتر^۶، ۲۰۰۵). موج سوم رفتار درمانی در اوایل ۱۹۹۰ با توسعه درمان نوآورانه با تأکید بر آگاهی و پذیرش لحظه حاضر شروع شد. درمان موج سوم را می‌توان به دو گروه طبقه‌بندی کرد: ۱- مداخلاتی که بر پایه ذهن‌آگاهی است (به‌عنوان مثال ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^۷ و

1. Magyar-Moe
2. Parks-Sheiner
3. Kabat-Zinn
4. Segal, Williams, & Teasdale
5. Baer, Smith, & Allen
6. Cardaciotto
7. mindfulness based on stress reduction

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ و ۲-مداخلاتی که ذهن‌آگاهی به‌عنوان جزء کلیدی در آن به کار می‌رود (به‌عنوان مثال: درمان پذیرش و تعهد رفتار درمانی دیالکتیکی، پیشگیری از عود). ذهن‌آگاهی فنی است که به کمک آن درمانجو تعهدا و هدفمندانه از تفکرات و اعمال خود در لحظه حاضر آگاه می‌شود. برای دستیابی به این هدف، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر چهار پایه استوار است: تأمل در مورد بدن؛ تأمل در مورد احساسات؛ تأمل در مورد ذهن؛ تأمل در مورد موضوعات روانی (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان گروهی کوتاه‌مدتی است که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی را با برخی از جنبه‌های درمان شناختی افسردگی ترکیب می‌کند. هر چند که هدف اولیه آن درمان افسردگی و پیشگیری از عود آن است.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران آموزش می‌دهد چگونه الگوی نشخواری، عادت‌ها و خودکار ذهن را به محض شناسایی به الگوی متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند، به گونه‌ای که تفکرات و احساسات منفی از چشم‌انداز وسیع‌تری به‌عنوان رخداد‌های ساده گذرنده در ذهن شناخته شوند و شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار و احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمام این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه حاضر» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا را کاهش می‌دهد. در این شیوه منابع حسی مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). پست و وید^۲ (۲۰۰۹) معتقدند که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به علت دخالت دادن باورهای معنوی یا مذهبی مراجعان در فرایند درمان است. پژوهش کریستوفر^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که تمرین ذهن‌آگاهی برای کاهش ناراحتی عاطفی راهبرد مؤثری است. یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (کابات-زین، ۱۹۹۰). پژوهش‌های بسیاری به اثربخش بودن آموزش

1. mindfulness-based cognitive therapy
2. Post & Wade
3. Christopher

ذهن‌آگاهی و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر حالات روانی و جسمانی افراد داشته است (برجعلی، ۱۳۹۲؛ اورکی، بیات، خدادوست، ۱۳۹۲؛ یوسفیان و اصغری، ۱۳۹۲؛ بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱؛ سیو، ما و چوی^۱، ۲۰۱۶؛ لانکستر، کیت و کینگتلی^۲، ۲۰۱۶؛ خدادادی سنگده، تولائیان و بلقان‌آبادی، ۱۳۹۳) نشان دادند که با افزایش مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی افزایش و از میزان استرس و بیماری‌های جسمانی و روانی افراد کاسته می‌شود. به هر حال، هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر سرمایه‌های روان‌شناختی در دانش‌جویان دانشگاه آزاد گرگان بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این تحقیق شامل تمامی تمام دختران و زنان ۲۰ تا ۴۰ سال تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در دانشگاه آزاد گرگان مشغول به تحصیل بودند. ۶۰ نفر داوطلب به روش نمونه‌گیری تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در نهایت، پس از ریزش تعدادی از شرکت‌کنندگان، ۱۰ نفر در گروه آزمایش (مداخله ذهن‌آگاهی)، ۱۰ نفر در گروه آزمایش دوم (مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا) و ۱۰ نفر در گروه کنترل شرکت نمودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان بین سن ۲۰ تا ۴۰ سال، علاقه به شرکت در جلسات مداخله و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله و شرکت نکردن هم‌زمان در دیگر برنامه‌های درمانی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، دریافت روان‌درمانی و یا دارو درمانی هم‌زمان با آموزش، داشتن اعتیاد و اختلال‌ها و بیماری‌های روانی و جسمانی.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌های روان‌شناختی^۳: این مقیاس ۲۴ گویه و ۴ خرده‌مقیاس دارد و توسط

1. Siu, Ma, & Chui
2. Lancaster, Klein, & Knightly
3. Lutans Psychological Capital Questionnaire

لوتانز، یوسف و آولیو^۱ (۲۰۰۷) تهیه و اعتباریابی شده است. سازه‌های درونی این مقیاس از ابزارهای، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی برگرفته شده است. و هر کدام از این خرده‌مقیاس‌ها ۶ گویه را به خود اختصاص داده‌اند. طیف پاسخگویی برای مقیاس سرمایه روان‌شناختی، شش درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) است. خرده‌مقیاس خوش‌بینی به مواردی چون باور و اطمینان قلبی در تجهیز منابع شناختی در دستیابی به نتایج مطلوب در حوزه‌ای خاص؛ خرده‌مقیاس امیدواری به داشتن عزم راسخ و مسیر رسیدن به اهداف شخصی، اشاره دارد؛ خرده‌مقیاس تاب‌آوری به طرفیت روانی مثبت برای برگشتن، جهش از مصیبت و تغییر مثبت در جهت پیشرفت اشاره داشته و خرده‌مقیاس خودکارآمدی به اطمینان داشتن به توانایی‌های موردنیاز در دستیابی به موفقیت و باور داشتن به قدرت در غلبه بر تکالیف چالش برانگیز اشاره دارد. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ را برای چهار نمونه اجرا کردند که برای خرده‌مقیاس‌های خوش‌بینی (۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۰، ۶۹/۷۴)؛ امیدواری (۰/۷۲، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۶)؛ تاب‌آوری (۰/۷۱، ۰/۷۱، ۰/۷۱، ۰/۶۶، ۰/۷۲)؛ و خودکارآمدی (۰/۷۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۷۵) گزارش شده است.

جدول ۱

برنامه آموزشی روان‌درمانی مثبت‌گرا (خدادادی سنگده و همکاران، ۱۳۹۳)

| جلسات | شرح جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | معرفی و جهت‌دهی |
| جلسه دوم | توانمندیهای شخصی و استفاده از آن‌ها به شکلی تازه |
| جلسه سوم | کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی |
| جلسه چهارم | میراث شخصی و داشتن قصد و هدف در زندگی |
| جلسه پنجم | نامه و دیدار تشکرآمیز (تقدیر و سپاس) بررسی نیم دوره آموزشی |
| جلسه ششم | روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی |
| جلسه هفتم | کار با تأمل و طمانینه (پرهیز از شتاب‌زدگی) |
| جلسه هشتم | جشن شادی و پایدار سازی شادمانی |

جدول ۲

برنامه آموزشی ذهن‌آگاهی (آزادمردی، مقتدائی و آریاپوران، ۱۳۹۲)

| جلسات | شرح جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه تعریف ذهن‌آگاهی و توضیحاتی در مورد فواید آن، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی-آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه |
| جلسه دوم | تمرین وارسی بدنی، تمرین افکار و احساسات، آموزش الگوی ABC مثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته |
| جلسه سوم | تمرین دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته |
| جلسه چهارم | تمرین دیدن یا شنیدن، مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تعریف حوزه افسردگی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای |
| جلسه پنجم | خواندن شعر رومی مهمان‌سرا، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای-مقابله ای |
| جلسه ششم | مراقبه نشسته-آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، و سپس افکار (به‌علاوه یادداشتی از واکنش افراد به مشکلات)، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، فضای تنفس |
| جلسه هفتم | مراقبه نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، و سپس افکار، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان عود و کارهای موردنیاز برای رویارویی با عود/بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن |
| جلسه هشتم | تمرین وارسی بدنی، بازنگری کل برنامه و مرور کل برنامه |

روند اجرای پژوهش

پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه، برنامه مداخله برای گروه‌های آزمایش در هشت جلسه، هفته‌ای یک بار اجرا شد و در پایان گروه آزمایش و کنترل مجدد پرسشنامه را تکمیل کردند. لازم به ذکر است تقریباً تمامی کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت‌نامه کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست‌آمده، و ترک جلسه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، در این پژوهش رعایت شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش مداخله ذهن‌آگاهی ۲۴/۵ و ۳/۲۸، در گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا ۲۴/۴ و ۲/۷۸ و در گروه کنترل ۲۴/۶ و ۳/۱۵ بود.

یافته‌ها

جدول ۳

میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته به تفکیک گروه و مراحل آزمون

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|----------------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| ذهن‌آگاهی | ۷۷/۳۰ | ۶/۵۷ | ۸۶/۶۰ | ۵/۶۲ |
| روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۸۳/۷۰ | ۶/۶۳ | ۹۶/۹۰ | ۶/۳۷ |
| کنترل | ۸۲/۶۰ | ۵/۳۰ | ۸۳/۳۰ | ۴/۱۱ |

جدول ۳ نشان می‌دهد نمره‌های گروه‌های ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت نسبت به گروه کنترل در متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۴

آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت بررسی توزیع طبیعی نمره‌ها

| آزمون | کولموگروف-اسمیرنف | معنی‌داری |
|-----------|-------------------|-----------|
| پیش‌آزمون | ۰/۱۳۹ | ۰/۱۴۶ |
| پس‌آزمون | ۰/۱۴۷ | ۰/۰۹۷ |

در جدول ۴ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف معنی‌دار نیست، بنابراین می‌توان گفت مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌ها در متغیر پژوهش برقرار است.

برای انجام تحلیل کوواریانس باید واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان باشند. برای

بررسی این موضوع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۵

آزمون لوین جهت بررسی همگونی واریانس‌ها

| متغیر | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | معنی‌داری |
|------------------------|------|--------------|--------------|-----------|
| سرمایه‌های روان‌شناختی | ۱/۳۵ | ۲ | ۲۷ | ۰/۳۸ |

نتایج جدول ۵ نشان‌دهنده برقراری فرض برابری واریانس‌ها است. یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، همگونی شیب رگرسیون است. برای این منظور باید تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در سه گروه معنی‌دار نباشد. نتیجه بررسی این پیش‌فرض در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۶

آزمون همگنی شیب خط رگرسیون

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | p |
|-------------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|
| گروه و سرمایه‌های روان‌شناختی | ۸/۴۷۰ | ۲ | ۴/۲۳۵ | ۰/۲۱۷ | ۰/۸۰۷ |

بر اساس نتایج جدول ۶ سطح معنی‌داری اثر متقابل پیش‌آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی و گروه بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرضیه همگنی شیب خطرگرسیون رعایت شده است.

جدول ۷

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌ها پس از کنترل پیش‌آزمون

| منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | اندازه اثر |
|------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۳۲۳/۵۱۶ | ۱ | ۳۲۳/۵۱۶ | ۱۷/۶۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰۴ |
| گروه | ۸۳۸/۳۷۷ | ۲ | ۴۱۹/۱۸۹ | ۲۲/۸۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۷ |
| خطا | ۴۷۷/۸۸۴ | ۲۶ | ۱۸/۳۸۰ | | | |

نتایج جدول ۸ نشان‌دهنده‌ی تفاوت معنی‌دار بین میانگین سه گروه در مرحله پس‌آزمون در نمره‌های سرمایه‌های روان‌شناختی با حذف اثر پیش‌آزمون است ($F = ۲۲/۸۰۷$). برای مقایسه بین گروه‌ها در متغیرهای وابسته از آزمون پیگیری بونفرونی استفاده شد.

جدول ۹

نتایج آزمون بونفرونی مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی

| گروه اول (I) - گروه دوم (J) | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | p |
|----------------------------------|---------------|----------------|-------|
| ذهن‌آگاهی - روان‌درمانی مثبت‌گرا | - ۶/۷۲۵ | ۲/۰۹۸ | ۰/۰۱۱ |
| ذهن‌آگاهی - کنترل | ۶/۲۶۱ | ۲/۰۴۳ | ۰/۰۱۵ |
| روان‌درمانی مثبت‌گرا - کنترل | ۱۲/۹۸۵ | ۱/۹۲۳ | ۰/۰۰۰ |

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های سرمایه‌های روان‌شناختی در دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی، روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر مثبت داشته‌اند و روش درمانی مثبت‌گرا نسبت به روش درمانی ذهن‌آگاهی به‌طور معنی‌داری سرمایه‌های روان‌شناختی را افزایش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که جلسات هشتگانه «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» توانسته است به میزان قابل توجهی، سرمایه‌های روان‌شناختی و مولفه‌های آن از جمله خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری را در دانش‌جویان دانشگاه گرگان بهبود بخشد و نتایج نشان‌دهنده موثر بودن این شیوه درمانی در بین دانش‌جویان است. این یافته با پژوهش‌های لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، برجعی، ۱۳۹۲؛ اورکی و همکاران (۱۳۹۲)، یوسفیان و اصغری (۱۳۹۲)، سیو و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی باعث می‌شود که فرد از غوطه‌ور شدن در گذشته دست بردارد و خود را به خاطر اتفاقات قبلی کمتر سرزنش کند و از قضاوت منفی در مورد خود و دیگران اجتناب نماید. ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ارزیابی افراد را از وقایع مختلف تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که آنان قضاوت‌های منفی

در مورد خودشان را کنار گذاشته و بتوانند به‌طور مؤثر با افراد، رویدادها و شرایط استرس‌زای محیط مواجه شوند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی در مورد خود و مواجهه مؤثر با مشکلات و افزایش خود‌کنترلی می‌تواند افزایش خودکارآمدی را در پی داشته باشد. به‌علاوه از طریق ذهن‌آگاهی افراد می‌توانند تشخیص دهند که تمرکز بر برخی از احساسات مضر و غیر مؤثر است و از این طریق انتظار مثبت برای پیامدها و رویدادها در آنان افزایش می‌یابد. انتظار مثبت در مورد پیامدها و رویدادها، افزایش خوش‌بینی را در پی دارد. در کل خوش‌بینی بر سلامت روانی مؤثر است و به‌عنوان منبعی مهم برای مقابله با بحران‌های زندگی تلقی می‌شود. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخص نیستند، این دیدگاه می‌تواند به تقویت امید در فرد منجر شود و باعث شود به جای آن‌که به رویدادها به‌طور غیر ارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، نقش و عاملیت خود و اراده فردی را در حل مشکلات مورد توجه قرار دهد، به مسیرهای مختلف برای رسیدن به هدف خود بیندیشد و به زندگی خود غنا و معنی ببخشد.

از نتایج دیگر این پژوهش این است که جلسات هشتگانه (روان‌درمانی مثبت‌نگر) توانسته است به میزان قابل توجهی، سرمایه‌های روان‌شناختی و مولفه‌های آن از جمله خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری را در دانش‌جویان دانشگاه آزاد گرگان به خوبی بهبود ببخشد و نتایج نشان‌دهنده مؤثر بودن این شیوه درمانی در بین دانش‌جویان است. یافته‌های این پژوهش با یافته خدادادی سنگده و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد و به‌عنوان آخرین نتیجه این پژوهش نشان داد که روش درمانی مثبت‌نگر نسبت به روش درمانی ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر سرمایه‌های روان‌شناختی دانش‌جویان داشته است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر به افراد کمک می‌کند تا خود را بهتر بشناسند و تجارب مثبت خود را تشخیص دهند. به همین ترتیب آن‌ها می‌توانند نقش این تجارب مثبت را در افزایش و ترویج احترام به خودشان پیدا کنند. توجه به نقاط مثبت و تجربیات خوب گذشته، احتمال وقوع احساسات مثبت بیشتر از خود و دیگران را افزایش می‌دهد و این باعث می‌شود افراد بتوانند مسئولیت‌های بیشتری را بپذیرند و به درک کامل‌تری از خودشان دست یابند، بنابراین این امر باعث افزایش امیدواری در افراد می‌شود. آموزش مثبت‌نگری با توجه به تأکید آن بر نقاط قوت و پرورش آن‌ها و توجه به مفاهیمی مانند امید، قدرشناسی، بخشش، معنویت، هیجان‌های مثبت توانسته در ارتقاء سطح و بهبود متغیرهایی مانند خودکارآمدی مؤثر واقع شود. جنبه معنوی مثبت‌نگری اسلامی کمک می‌کند تا در

مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی، انسان بتواند با رفتارها و نگرش‌هایی مانند صبر، دعاکردن، توکل و اعتقاد قلبی به حمایت‌های الهی، تاب‌آوری و ظرفیت تحمل خود را افزایش دهد. علاوه بر این، انسان نیروی محدود خود را با توسل به منبع نامحدودی مانند قدرت خدا افزایش می‌دهد و این احساس سبب افزایش خودکارآمدی و امید در وی می‌شود. از سوی دیگر افراد برخوردار از ویژگی تاب‌آوری، آسیب‌پذیری کمتری نسبت به بیماری دارند و مدیریت استرس و تاب‌آوری به افراد در جهت دستیابی به آرامش و بهزیستی کمک می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود که از آنجا که این پژوهش تنها بر روی زنان انجام شده است تعمیم نتایج در مورد دیگر افراد جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود علاوه بر انجام پژوهش بر روی گروه وسیع‌تر و پیگیری اثربخشی این جلسات درمانی پس از پایان، با توجه به اثر بخش بودن این دو شیوه درمانی بر کاهش افسردگی و سایر زمینه‌ها که در پژوهش‌های قبلی به اثبات رسیده، از این شیوه‌ها به شکل مستمر و دائم در مدارس و دانشگاه‌ها از این روش استفاده شود. در پایان از تمامی دانش‌جویان و افرادی که در انجام این پژوهش یاری‌رسان بودند کمال قدردانی و سپاس را داریم.

منابع

فارسی

اورکی، محمد؛ بیات، شهره و خدادوست، ساناز. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمانجویان وابسته به کراک. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۱(۲)، ۲۲-۳۱.

آزادمردی، اسفندیار؛ مقتدائی، کمال و آریاپوران، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۶۷-۷۷.

بختیاری، آزاده و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۲۲)، ۹-۲.

- برجلی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارضات والد، فرزندی در نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۶-۱.
- حدادادی سنگده، جواد؛ تولائی، سیدعبدالحسین و بلقان‌آبادی، مصطفی. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *روان‌شناسی خانواده*، ۱(۱)، ۹-۱۹.
- خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت‌آبادی، تورج و بیرامی، منصور. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی با رضایت شغلی در کتابداران کتابخانه‌های عمومی شهر تبریز. *پژوهنده*، ۱۷(۶)، ۳۱۹-۳۱۳.
- هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۱). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱(۴)، ۳۷-۲۷.
- یوسفیان، فهیمه و اصغری‌پور، نگار. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش‌آموزان دختر. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۵۹)، ۲۰۵-۲۱۵.

لاتین

- Avey, J. B., Patera, J. L., & West, B. J. (2006). The implications of positive psychological capital on employee absenteeism. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(2), 42-60.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Cardaciotto, L. A. (2005). Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance. *Doctoral dissertation. University of Drexel, USA*.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Goldsmith, A. H., Veum, J. R., & Darity Jr, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 26(2), 133-158

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Delacorte.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A. M., Cioe, P. A., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2015). Positive psychotherapy for smoking cessation: a pilot randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research, 17*(11), 1385-1392.
- Lancaster, S. L., Klein, K. P., & Knightly, W. (2016). Mindfulness and relaxation: A comparison of brief, laboratory-based interventions. *Mindfulness, 7*(3), 614-621
- Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly, 23*(1), 1-8.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions*. San Diego: Academic Press.
- Parks-Sheiner, A. C. (2009). Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 70*(6), 37-92.
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology, 65*(2), 131-146.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guildford Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Siu, A. F., Ma, Y., & Chui, F. W. (2016). Maternal mindfulness and child social behavior: The mediating role of the mother-child relationship. *Mindfulness, 7*(3), 577-583.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help?. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Terjesen, M. D., Jacofsky, M., Froh, J., & Digiuseppe, R. A. (2004). Integrating positive psychology into schools: Implications for practice. *Psychology in the Schools, 41*(1), 163-172.
- Zou, H., Chen, X., Lam, L. W. R., & Liu, X. (2016). Psychological capital and conflict management in the entrepreneur-venture capitalist relationship in China: The entrepreneur perspective. *International Small Business Journal, 34*(4), 446-467.

