

# Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Social Adjustment of Female Students with Depression

Fatemeh Sadat Tabatabaienejad<sup>1</sup>, \*Mohsen Golparvar<sup>2</sup>, Asghar Aghaie<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;

2. Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;

3. Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;

\*Corresponding Author E-mail: [dmgolparvar@gmail.com](mailto:dmgolparvar@gmail.com)

Received: 2018 Apr 30; Accepted: 2018 Jul 14

## Abstract

**Background & Objective:** Adolescence is a crucial period in the human developmental cycle. The profound psychological, physical and social changes that occur during this period distinguish adolescence from other humans' developmental periods. Adolescents are prepared at this stage in human development to enter an adult education and deal with life issues. From the range of teens' problems, depression is a disruptive mood disorder that can lead to many problems in their lives. The prevalence of adolescent depression may be higher among adolescent girls compared to boys. Sexual changes and identity-related questions and challenges, along with their need to gain independence from childhood dependencies, cause some adolescents to experience different social maladjustments during this period. These maladjustments, in addition to family tensions, have been influenced by the type of interactions among students through the spread of other social environments, especially in school, and may include issues such as maladjustment with classmates and teachers, academic failure, leaving school, anxiety and decreased self-esteem. For this reason, social adjustment is one of the variables that can be taken into consideration in the direction of assistance to depressed student girls. Accordingly, this study aimed to determine the effect of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on social adjustment in female students with depression.

**Methods:** The research method was semi-experimental, and research design was four groups with two stages (pretest and post-test design). To carry out the research, from 400 first secondary school female students with depression in Naein city (Yazd province, Iran) in 2017, 60 female students were selected based on criteria of entry and exit. Then randomly assigned in four groups; including three groups of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy (each group with 15 persons) and control group (with 15 people). Social adjustment questionnaire was used to measure the dependent variable in the pretest and post-test. The group of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive-behavioral treatment received 12 sessions of treatment, and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed by analyzing the pre-assumptions for the normal distribution of data, equality of error variance, regression line slope and equality of variance-covariance matrix by multivariable analysis of covariance. Data analysis was done using SPSS 21 software.

**Results:** Descriptive findings showed that in the overall social adjustment, the mindfulness-based cognitive-therapy group had a mean of 36.5 in the pretest phase and in the post-test phase, the mean of this variable changed to 17.7. In the positive mindfulness therapy group, the mean of overall social adjustment in the pretest phase was 48.1, and in the post-test phase, it changed to 3.1. In the cognitive-behavior therapy group, the mean of overall social adjustment in the pretest phase was 35.97, and in the post-test phase, it changed to 7.53. In the control group, the mean of overall social adjustment in the pretest phase was 38.6 and in the post-test phase, it changed to 34.87. In four research groups, three components of social adjustment, emotional adjustment and academic adjustment were changes in the direction of changes in overall social adjustment. Results of multivariable analysis of covariance showed that there was a significant difference between the positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy and control groups in social adjustment and their components (social adjustment, emotional adjustment and scholastic adjustment) in post-test after controlling for pretest ( $p < 0.001$ ). Also, there was a significant difference between positive mindfulness therapy with cognitive-behavioral therapy in scholastic adjustment and total of social adjustment.

**Conclusion:** Positive-mindfulness treatment as a modern and valid treatment can be used alongside other treatments to help depressed student girls and their families, and in particular to promote the social adjustment of these girls. Therefore, at the practical level, it is necessary, first, to provide accurate information in girls' schools about the possibility of solving the problems of social adjustment of depressed student girls to school administrators, teachers, counselors and families. At the level of psychological treatment centers, also it is necessary to use positive-mindfulness therapy along with other mental treatments for depressed girls who have a problem of social adjustment and refer to these centers through schools or families. In sum, the results of this study by documenting the effect of positive-mindfulness therapy suggest that this new and combined therapeutic approach has significant potential for the treatment of mood disorders in adolescents.

**Keywords:** Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Social Adjustment, Female Students with Depression.

## تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده

فاطمه سادات طباطبایی نژاد<sup>۱</sup>، \* محسن گل‌پرور<sup>۲</sup>، اصغر آقایی<sup>۳</sup>

### توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛  
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛  
 ۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.  
 \*وابانامه نویسنده مسئول: [drmgolparvar@gmail.com](mailto:drmgolparvar@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۳ تیرماه ۱۳۹۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** سازگاری اجتماعی از زمره متغیرهایی است که می‌تواند در مسیر یاری به دختران دانش‌آموز افسرده استفاده شود. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده اجرا شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش، چهار گروهی دومرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. به‌منظور انجام پژوهش از میان ۳۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در سال ۱۳۹۶، ۶۰ نفر به‌صورت هدفمند مطابق با ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۵ نفر برای هر گروه) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه سازگاری اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌کار رفت. گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری، هر یک به‌مدت ۱۲ جلسه، تحت درمان قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل و از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری درمقایسه با گروه کنترل، برای سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن (سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی) در پس‌آزمون، پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). همچنین درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری در سازگاری تحصیلی و سازگاری اجتماعی کلی تفاوت معناداری داشت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش، اجرای درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری برای دختران دانش‌آموز افسرده می‌تواند سبب افزایش سازگاری اجتماعی آن‌ها شود.

**کلیدواژه‌ها:** سازگاری اجتماعی، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌رفتاری، دانش‌آموزان دختر افسرده.

نوجوانی مرحله‌ای بسیار حیاتی در چرخه تحول روانی انسان است. تغییرهای عمیق روانی و جسمی و اجتماعی که در این دوره اتفاق می‌افتد، نوجوانی را از دیگر دوران‌های تحولی در انسان متمایز می‌سازد. نوجوانان در این مرحله از تحول انسانی، برای ورود به دوره بزرگسالی و مقابله با مسائل زندگی آماده می‌شوند (۱). از میان طیف مشکلات نوجوانان، افسردگی، اختلال خلقی فرساینده است که می‌تواند با مسائل و مشکلات متعددی در زندگی آنان همراه شود (۲). براساس شواهد دردسترس در ایران، شیوع افسردگی در دوره نوجوانی به تناسب ابزارهای سنجش متفاوت، بین ۱۳/۰۵ درصد تا ۴۳/۵۵ درصد در نوسان گزارش شده و شیوع آن ممکن است در میان دختران نوجوان از پسران بیشتر باشد (۳). از میان طیف مسائل و مشکلات مرتبط یا همراه با افسردگی در نوجوانان، سازگاری اجتماعی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۴). گاهی نوجوانان به علت فقدان مهارت‌های ارتباطی لازم و کافی، در سطح خانواده و اجتماع و همسالان دچار ناسازگاری می‌شوند (۵). تغییرات دوران بلوغ و پرسش‌ها و چالش‌های مربوط به هویت‌یابی، همراه با نیاز به کسب استقلال از وابستگی‌های دوران کودکی، موجب می‌شود برخی از نوجوانان در این دوره، ناسازگاری‌های اجتماعی مختلفی را تجربه کنند (۶). این ناسازگاری‌ها علاوه بر ایجاد تنش‌های خانوادگی، با گسترش به محیط‌های اجتماعی دیگر، به‌ویژه در مدرسه، بر نوع تعامل‌های میان دانش‌آموزان تأثیرگذار بوده و ممکن است به مشکلاتی چون ناسازگاری با هم‌کلاسی‌ها و معلمان، افت تحصیلی، ترک تحصیل، اضطراب و کاهش عزت‌نفس منجر شود (۷). تاکنون درمان‌های متعددی برای نوجوانان افسرده با هدف ارتقای سلامت روان و به تبع آن ارتقای سازگاری اجتماعی آن‌ها توسط پژوهشگران و درمانگران در سرتاسر دنیا معرفی و استفاده شده است.

درمان‌های مثبت‌نگر با تمرکز هدفمند و هوشمندانه بر قوت و فضایل انسانی در قالب خردمندی، شجاعت، عدالت، اعتدال، شکوفایی و انسان‌بودن در معنای جزئی و بسیط آن، جهت مغلوب‌ساختن تمام تهدیدهای موجود برای انسان در سطح واقعی و شناختی، تأکید فزاینده‌ای دارند (۸). شواهد دردسترس، از مفید و مؤثر بودن درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر برای کاهش افسردگی و افزایش سازگاری اجتماعی حمایت کرده‌اند (۹). جباری و همکاران نشان دادند آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی برای کودکان و نوجوانان به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و ارتباط مثبت با دیگران و زندگی و نیز افزایش عزت‌نفس و موفقیت تحصیلی آن‌ها، بسیار مفید و سودمند است. آموزش این مهارت‌ها به آنان کمک می‌کند تا در مقایسه با آنچه دیگران از کودک و نوجوان انتظار دارند، موفقیت بیشتری در زندگی و مدرسه و محیط کار به دست آورند (۱۰). در کنار درمان‌های مثبت‌نگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، راهبردی درمانی برای رهاسازی افراد از افکار خودکار و عادات و الگوهای رفتاری ناسالم است و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند (۱۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همچنین با تمرکز غیرارزیابانه بر همه رویدادهای هیجانی و شناختی، می‌تواند در کاهش تکانش‌وری و

رفتارهای ناسازگارانه تأثیر گذارد و توان کنترل توجه بر زمان حال و نه گذشته و آینده را افزایش دهد و نیز مهارت تکمیل تکلیف‌های مهم را با دورکردن توجه از نگرانی‌ها و خاطرات یا خلق منفی و نشانه‌های افسردگی بیشتر کند (۱۱). نتایج پژوهش استین‌برگ مشخص کرد سازگاری هیجانی و اجتماعی تحت تأثیر آموزش مهارت زندگی افزایش می‌یابد (۱۲). شانرت-ریچل و همکاران در مطالعه‌ای دریافته‌اند آموزش تمرینات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شایستگی اجتماعی و هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان مؤثر است (۱۳). نگاهی به تأکیدهای درمانی در حوزه ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری، به‌خوبی این واقعیت را آشکار می‌سازد که بنیان‌های شناختی و ذهنی هم در ذهن‌آگاهی و هم در مثبت‌نگری، اهمیت ویژه‌ای دارند. شواهد پژوهشی گذشته نشان داده‌اند درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۴) در کنار درمان‌های مثبت‌نگر (۹)، بر افسردگی و سازگاری اجتماعی تأثیرگذار هستند و نیز طبق باور برخی از اندیشمندان، ذهن‌آگاهی سازوکار و حلقه اصلی اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر محسوب می‌شود (۱۵)؛ بنابراین از لحاظ نظری می‌توان از رویکرد درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر سخن به میان آورد. در حمایت از درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر، نایمیک و همکاران مروری گسترده و مستند درباره نقش ترکیبی ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی انجام داده و دریافته‌اند هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی ترکیب درمان ذهن‌آگاهی و درمان مثبت‌نگری می‌تواند زمینه‌ساز تأثیرهای چشمگیر درمان باشد (۱۵). ایوتزان و همکاران نیز در پژوهشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر نقاط قوت انسانی (مثبت‌نگر) را بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود همراه با رضایت از زندگی، مؤثر گزارش کرده‌اند (۱۶).

در کنار درمان‌های متمرکز بر ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری، درمان شناختی رفتاری (CBT) نیز با آموزش نحوه بازنگری و ارزیابی افکار منفی خویش، درمان‌جویان را تشویق می‌کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه‌های منفی خود بپردازند (۱۷). از دیدگاه شناختی رفتاری، دانش‌آموزان ناسازگار در مدرسه هیچ‌گونه تجربه‌ای از جایگزینی یا دیدگاه‌های ثانوی در رابطه با خود یا اطرافیان ندارند و در راهبردهای رفتاری‌شان فاقد هر نوع انعطاف‌پذیری هستند. همچنین در نوجوانان ناسازگار، باورهای بنیادین ناکارآمد به‌طرز چشمگیری محدود است و هیچ باور جایگزین سازگارانه و دردسترس دیگری، وجود ندارد (۱۸). در همین راستا زاترگرین و همکاران، در حوزه تأثیر درمان شناختی رفتاری بیان کردند این درمان بر سازگاری تحصیلی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان نوجوان مؤثر است (۱۸). فارینا و همکاران نیز در مطالعه خود دریافته‌اند درمان شناختی رفتاری متمرکز بر سانه موجب کاهش ناسازگاری هیجانی و اجتماعی در کودکان می‌شود (۱۷). مروری بر درمان‌های مثبت‌نگر و ذهن‌آگاهی و شناختی رفتاری برای نوجوانان نشان می‌دهد هریک از این درمان‌ها در عمل و به‌تنهایی می‌تواند در رفع مشکلات حوزه سازگاری اجتماعی آنان نقش ایفا کند (۱۷، ۱۲). با این حال مسئله اصلی در پژوهش حاضر این است که با وجود جهت‌گیری رو به پیشرفت نظری و عملی در حوزه امکان ادغام رویکردهای درمانی ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری

(۱۵، ۱۶)، آن‌گونه که شایسته بوده تاکنون در این زمینه، به‌خصوص در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر مدنظر پژوهشگران و درمانگران قرار نگرفته است؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد درباره‌ی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌ها، برای مشکلات سازگاری دانش‌آموزان دختر در ایران خلأ دانش وجود دارد. در راستای مطالب اشاره‌شده، در این پژوهش برای اولین بار در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر متناسب با نیازهای دختران دانش‌آموز دارای افسردگی طراحی و استفاده شد؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدفی همگام با روندهای نوین درمان نوجوانان افسرده، سه درمان را شامل درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر (POMT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT) و درمان شناختی‌رفتاری<sup>۳</sup> (CBT) به‌عنوان درمان‌های کاربردی برای افزایش توان سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده بررسی کرد.

## ۲ روش بررسی

پژوهش حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی چهارگروهی شامل درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌رفتاری و نیز یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش را ۳۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در پائیز سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۶۰ نفر (هریک از گروه‌ها ۱۵ نفر) به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های چهارگانه پژوهش، با توجه به منابع معتبر موجود جهت دستیابی به توان آماری پذیرفتنی در مطالعات آزمایشی روان‌شناختی، در نظر گرفته شد (۱۹). ملاک‌های ورود عبارت بود از: رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛ تحصیل در مقطع متوسطه اول؛ ابتلا به افسردگی براساس مصاحبه؛ اجرای پرسشنامه افسردگی بک. معیارهای خروج شامل تمایل نداشتن به ادامه درمان و تحت درمان بودن از طریق معالجات روان‌پزشکی یا درمان روان‌شناختی موزی و غیبت دو جلسه یا بیشتر در جلسات معالجه بود. افراد نمونه انتخاب‌شده به‌طور تصادفی در چهار گروه، هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه معالجه‌ای در این مدت دریافت نکرد. ملاحظات اخلاقی مطرح در پژوهش، رعایت رازداری کامل برای تک‌تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از تحقیق، اطلاع‌رسانی دقیق درباره پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف مطالعه بود. برای گروه کنترل نیز در پایان دوره اجرای پژوهش، به‌صورت آزادانه و به‌شکل فشرده و به‌انتخاب خود نمونه‌ها، یکی از درمان‌های ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمان شناختی‌رفتاری اجرا شد. پرسشنامه سازگاری سینه‌ها و سینگ<sup>۴</sup> برای سنجش متغیر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن به‌کار رفت. پرسشنامه سازگاری اجتماعی با ۵۳ سؤال توسط سینه‌ها و سینگ تهیه

شده و شامل سه خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی با ۱۸ سؤال و سازگاری هیجانی با ۲۲ سؤال و سازگاری تحصیلی با ۱۳ سؤال است (۲۰). نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت صفر=خیر و یک=بلی انجام می‌شود و نمره زیاد، ناسازگاری و نمره کم، سازگاری را نشان می‌دهد. سینه‌ها و سینگ ضریب پایایی پرسشنامه را با روش‌های دونیمه‌کردن برای سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی عوامل اشاره‌شده را در این پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ محاسبه کردند (۲۰). خوش‌کنش و همکاران با اجرای مقیاس مذکور بر دانش‌آموزان متوسطه در ایران در راستای روایی همگرای این پرسشنامه نشان دادند بین امتیازات حاصل از پرسشنامه سازگاری سینه‌ها و سینگ با حمایت اجتماعی و ارضای نیاز به پیوندجویی همراه با دیگر نیازهای پایه رابطه وجود دارد (۲۱). همچنین خوش‌کنش و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ سازگاری اجتماعی را برابر با ۰/۸۳ و به‌نقل از مطالعات دیگر آلفای کرونباخ سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی را به‌ترتیب برابر با ۰/۶۵، ۰/۶۸، ۰/۷ و ۰/۸۲ گزارش کردند (۲۱). هرچه امتیازها در این پرسشنامه بهتر بوده، سازگاری اجتماعی بیشتر است.

پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک‌گروه کنترل، در هر چهار گروه با استفاده از پرسشنامه سازگاری اجتماعی پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش، یعنی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری، به‌شکل گروهی و طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه معالجه‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان، هر چهار گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه سازگاری اجتماعی به‌طور مجدد پاسخ دادند. لازم به‌ذکر است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برای اولین بار در این پژوهش متناسب با نیازها و موقعیت دانش‌آموزان ایرانی دارای افسردگی تهیه و تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، با توجه به توصیه درباره استفاده از دست‌کم پنج داور برای ارزیابی محتوایی و تناسب درمان‌های استفاده‌شده در مطالعات روان‌شناختی، درباره ساختار، تناسب محتوایی بسته درمانی با نیازهای دختران افسرده، کفایت درمانی، کفایت زمانی کل بسته و کفایت زمانی هر جلسه از درمان بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. علاوه‌براین طی مطالعه‌ای مقدماتی (پایلوت) تأثیر این بسته درمانی در کاهش افسردگی و مشکلات وابسته به آن ارزیابی و تأیید شد. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناختی و درمان شناختی‌رفتاری نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده‌شده قبلی (۱۴، ۱) در این پژوهش صورت گرفت. خلاصه محتوای جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری در سه جدول ۱ و ۲ و ۳ ارائه شده است.

3. Cognitive behavior therapy (CBT)

4. Sinha & Sing

1. Positive mindfulness therapy (POMT)

2. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

جدول ۱. جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور

جلسات درمان	فرایند و فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی درون‌گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن، آشنایی با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی.
دوم	آموزش فنون مراقبه به‌خصوص مراقبه کُشمش و تمرکز بر تقویت ارزشمندی و رضایت از خود در متن امید و خوش‌بینی.
سوم	آموزش شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش بازداری هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد و دانایی و ابعاد آن.
چهارم	آموزش فنون ذهن‌آگاهی پذیرش بدون قضاوت، حضور ذهن از افکار و هیجان‌ها و احساس‌ها، آموزش مهارت مدیریت هیجان و تنظیم هیجان از راه تمرین مراقبه‌مهربانی، افزایش هیجان مثبت از طریق دستورکار لذت‌چشی، تمرکز بر اینجا و اکنون و زندگی در لحظه و جست‌وجوی اهداف مثبت در زمان کنونی و توجه‌نکردن به گذشته و آینده.
پنجم	آموزش مایندفول‌نس در حوزه خودآگاهی از راه شناخت قوت و ضعف، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، باورها و افکار و ارزش‌های خود هم‌زمان با تلقین مثبت در زمینه توانمندی‌ها، ارتقای جنبه‌های مثبت زندگی.
ششم	آموزش فنون مراقبه‌وارسی بدن و مراقبه‌نشسته و تمرکز بر هدف‌گذاری شناختی و فکری روی نقاط قوت و علائق و احساس‌های خود، افزودن ارزش‌های رایج (شجاعت، مهربانی، امیدواری، رعایت حقوق دیگران) به نقاط قوت و احساس‌ها و علائق خویش، لیست‌کردن اهداف.
هفتم	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، بازخواست‌کردن خود، جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی، انجام آگاهانه فعالیت‌های لذت‌بخش، استفاده آگاهانه از واژه‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتمادبه‌نفس، استفاده از واژه چگونه به جای چرا.
هشتم	معرفی ارزش‌های درونی از جمله فضیلت انسانیت (عشق و مهربانی و هوش اجتماعی) و نقش عواطف و اندیشه‌های مثبت در موفقیت، سلامتی، خوشبختی و پیشگیری از افسردگی، تمرین آگاهانه نقاط قوت (آگاهی مبتنی بر انسانیت مانند دوستی و عشق و مهربانی).
نهم	آموزش آگاهانه قدم‌زدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش توجه آگاهانه، آموزش زندگی آگاهانه، استمرار طراحی اهداف و اهمیت آن‌ها، تأکید بر توانمندی‌های خود متناسب با نقاط قوت جهت مرتفع‌کردن مشکل‌های رفتاری و شناختی و انفعال هیجانی.
دهم	آموزش ایجاد رابطه مثبت با دیگران، آموزش آگاهانه جرئتمندی و مهارت ارتباط مؤثر با دیگران و نقش آن در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، آموزش بیان آگاهانه احساس‌ها، معرفی جایگزین‌های مثبت جهت مقابله با عادت‌های ارتباطی منفی و تعیین روابط مثبت، معرفی روش حل مسئله، معرفی شوخ‌طبعی و تکنیک‌های آن و نقش آن بر ارتباط‌های بین فردی و سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر اضطراب‌های روزمره.
یازدهم	استمرار مراقبه‌نشسته و مراقبه‌وارسی بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل‌کردن بایدها و نبایدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ابهام موقعیت.
دوازدهم	انجام تمرین‌های کُششی هاتایوگا و نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری، ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی.

جدول ۲. جلسات درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات درمان	محور تمرکز درمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی اولیه، شرح جلسات و اعلام قوانین گروه، تشکیل گروه دوفره و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه، تمرین خوردن کُشمش و اجرای پیش‌آزمون، تکلیف خانگی.
دوم	تمرین خوردن کُشمش، واریسی بدنی، تکلیف خانگی.
سوم	تمرین افکار و احساس‌ها، ثبت وقایع خوشایند، تمرین مراقبه‌نشسته، تکلیف خانگی.
چهارم	توجه به تفسیر ذهنی به‌عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساس‌ها، تنفس با حضور ذهن، تکلیف خانگی.

پنجم	تمرین «دین» یا «شنیدن» آگاهانه، مراقبه نشستن، بحث درباره بودن در لحظه حاضر، تکلیف خانگی.
ششم	تمرین تماس با افکار اجتنابی، انجام مراقبه نشسته و همزمان ارتباط با افکار خوشایند و ناخوشایند، نوشتن افکار و توجه به تنفس، تکلیف خانگی.
هفتم	نوشتن افکار و توجه به تنفس و بحث درخصوص مدل‌سازی (MBCT) از افکار مربوط به افسردگی، تکلیف خانگی.
هشتم	تمرین نشستن آگاهانه، گسترش آگاهی از افکار، بحث و تمرین پذیرش از افکار، مراقبه نشسته متضاد، تمرین فکرکردن، تکلیف خانگی.
نهم	مراقبه نشسته طولانی مدت، بحث درخصوص فکر بودن افکار نه واقعیت، آگاهی و شناسایی افکار منفی و راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها، تکلیف خانگی.
دهم	تمرین نوار در ذهن برای آگاهی از افکار، بحث و تمرین با افکار محدودکننده ذهن در افسردگی، تکلیف خانگی.
یازدهم	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس بدن و صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین‌ها، شناسایی کارهای لازم برای رویارویی با علائم افسردگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تکلیف خانگی.
دوازدهم	وارسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون، تکلیف خانگی.

### جدول ۳. جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محور تمرکز درمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و مطمئن جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفت‌وگوی اعضا با یکدیگر و صحبت درباره مسائل و احساسات شخصی.
سوم	آموزش خودنظارتی.
چهارم	آموزش فعال‌سازی رفتاری.
پنجم	آموزش رابطه و تعامل سالم بین نوجوان و والدین و همسالان.
ششم	آموزش مهارت‌های سازشی اجتماعی.
هفتم	آموزش نظارت برفکر و اصلاح فکر.
هشتم	آموزش حل تعارض (حل تعارض بین فردی).
نهم	آموزش مثلث شناختی افسرده‌ها.
دهم	آموزش مدیریت افکار منفی خودکار و نشخوار.
یازدهم	آموزش تکنیک‌های ابطال‌سازی.
دوازدهم	آموزش پیشگیری ازعود و بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم‌گیری، حل تعارض و آموزش مهارت‌های اجتماعی، آماده‌سازی برای حل مشکلات زندگی.

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس یک‌طرفه، تحلیل کوواریانس چندمتغیری، آزمون کای‌اسکور و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. سطح معناداری پذیرفتنی استفاده‌شده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، تعداد افراد در پایه‌های تحصیلی به این صورت بود. در گروه کنترل، چهار نفر معادل ۲۶/۷ درصد در پایه هفتم و هشت نفر معادل ۵۳/۳ درصد در پایه هشتم و ۳ نفر معادل ۲۰ درصد در پایه نهم شرکت کردند؛ در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سیزده نفر معادل ۸۶/۷ درصد در پایه هشتم و دو نفر معادل ۱۳/۳ درصد در پایه نهم قرار داشتند؛ در گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، چهار نفر معادل ۲۶/۳۷ درصد در پایه هفتم و پنج نفر معادل ۳۳/۳ درصد در پایه هشتم و شش نفر معادل ۴۰ درصد در پایه نهم بودند؛ در گروه درمان شناختی رفتاری، شش نفر معادل ۴۰ درصد در پایه هشتم و ۹ نفر معادل ۶۰ درصد در پایه نهم حضور داشتند. نتایج آزمون کای‌اسکور (خی‌دو برابر با ۱۸/۷۵ و  $p=0/005$ ) نشان داد

مشخص کرد بین چهار گروه پژوهش از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری اجتماعی کلی به ترتیب برابر با ۰/۹۱۳، ۰/۸۹۶، ۰/۹۲۹ و ۰/۹۶۹ به دست آمد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی کلی و سه مؤلفه آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، همراه با مقایسه چهار گروه پژوهش از طریق تحلیل واریانس یک‌طرفه ارائه شده است.

از نظر پایه تحصیلی بین اعضای نمونه چهارگروه پژوهش تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بر همین اساس تصمیم گرفته شد در تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شده، علاوه بر پیش‌آزمون، پایه تحصیلی نیز کنترل شود. میانگین سنی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با  $14/2 \pm 0/68$  سال، میانگین سنی گروه ذهن‌آگاهی مثبت محور برابر با  $14/13 \pm 0/83$  سال، میانگین سنی گروه شناختی رفتاری برابر با  $14/8 \pm 0/86$  سال و میانگین سنی گروه کنترل برابر با  $14/07 \pm 0/79$  بود. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با  $F$  برابر با  $0/702$  و  $p = 0/054$

جدول ۴. میانگین، انحراف معیار، نتایج مقایسه سازگاری اجتماعی و سه مؤلفه آن در چهار گروه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون از طریق تحلیل واریانس

متغیر	گروه‌های پژوهش	پیش‌آزمون		مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آزمون
		میانگین	انحراف معیار				
سازگاری اجتماعی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۱/۸۷	۲/۸۰	۱۹/۸۴	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور	۱۶/۴۰	۱/۳۵				
	درمان گروه شناختی رفتاری	۱۲/۶۰	۲/۸۵				
	گروه کنترل	۱۲/۷۰	۲/۱۴				
سازگاری هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۶/۱۰	۱/۹۶	۲۱/۴۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۴	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور	۲۰	۱/۴۶				
	درمان گروه شناختی رفتاری	۱۴/۸۰	۲/۷۶				
	گروه کنترل	۱۶/۳۷	۲/۹۵				
سازگاری تحصیلی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۸/۵۳	۲/۱۷	۱۳/۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور	۱۱/۷	۱/۱۳				
	درمان گروه شناختی رفتاری	۸/۵۷	۲/۱۱				
	گروه کنترل	۹/۵۳	۱/۸۱				
سازگاری کلی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۶/۵۰	۵/۰۵	۲۹/۴۷	< ۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور	۴۸/۱۰	۳/۲۱				
	درمان شناختی رفتاری	۳۵/۹۷	۵/۷۲				
	گروه کنترل	۳۸/۶۰	۵/۳۰				

شاپیرو-ویلک، ارزیابی همگنی واریانس‌های خطا با آزمون لوین، بررسی برابری ماتریس واریانس کوواریانس به کمک آزمون ام‌باکس و شیب خطوط رگرسیون از طریق مقایسه شیب خط در گروه‌های چهارگانه پژوهش بررسی شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از آماره‌های اثر پیلا، لامبدای ویلکس، هتلینگ و بزرگترین ریشه روی حاکی از اختلاف معنادار یافته‌های چهار گروه در پایان مطالعه بود ( $p < 0/001$ ). در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در سازگاری کلی و سه مؤلفه سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی بین چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). با توجه به تفاوت معنادار سازگاری کلی و سه مؤلفه آن در پیش‌آزمون، جهت مقایسه نتایج پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس برای کنترل پیش‌آزمون و پایه تحصیلی استفاده شد. لازم به ذکر است پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون

چندمتغیری همراه با میانگین و انحراف معیار سازگاری کلی و سه مؤلفه آن، پس از ارزیابی مفروضات اولیه تحلیل کوواریانس چندمتغیری آورده شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار و مقایسه سازگاری اجتماعی و سه مؤلفه آن در چهار گروه پژوهش در مرحله پس آزمون از طریق تحلیل کوواریانس

توان آزمون	مجذور اتا	مقدار احتمال	مقدار F	پس آزمون		گروه های پژوهش	گروه های پژوهش
				انحراف معیار	میانگین		
۱	۰/۸۸۴	<۰/۰۰۱	۱۳۲/۵۹	۱/۷۵	۱/۹۳	شناخت درمانی مثبتی بر ذهن آگاهی	سازگاری اجتماعی
				۰/۵۱	۰/۶۰	درمان ذهن آگاهی مثبت محور	
				۱/۳۵	۱/۸۷	درمان گروه شناختی رفتاری	
				۴/۶۵	۱۱/۴۷	گروه کنترل	
۱	۰/۸۴۷	<۰/۰۰۱	۹۶/۳۴	۱/۷۷	۴/۶۳	شناخت درمانی مثبتی بر ذهن آگاهی	سازگاری هیجانی
				۰/۸۶	۳/۲۰	درمان ذهن آگاهی مثبت محور	
				۱/۷۳	۵	درمان گروه شناختی رفتاری	
				۳/۰۴	۱۵/۱۳	گروه کنترل	
۱	۰/۸۹۲	<۰/۰۰۱	۱۴۳/۴۶	۰/۷۴	۰/۶۰	شناخت درمانی مثبتی بر ذهن آگاهی	سازگاری تحصیلی
				۰/۱۱	۰/۱۰	درمان ذهن آگاهی مثبت محور	
				۰/۹۷	۰/۶۷	درمان گروه شناختی رفتاری	
				۱/۹۸	۸/۲۷	گروه کنترل	
۱	۰/۹۴	<۰/۰۰۱	۲۷۲/۱۳	۲/۲۲	۷/۱۷	شناخت درمانی مثبتی بر ذهن آگاهی	سازگاری کلی
				۱/۰۱	۳/۸۰	درمان ذهن آگاهی مثبت محور	
				۲/۷۵	۷/۵۳	درمان شناختی رفتاری	
				۴/۹۹	۳۴/۸۷	گروه کنترل	

بر اساس جدول ۵ ملاحظه می شود، سازگاری اجتماعی و مؤلفه های آن پس از کنترل پیش آزمون و پایه تحصیلی، تفاوت معنادار دارد بین گروه های شناخت درمانی مثبتی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس آزمون، سازگاری اجتماعی و مؤلفه های آن بیان شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سازگاری اجتماعی و مؤلفه های آن

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین های تعدیل شده	گروه مقایسه شده	گروه مبنا	متغیر
۰/۱۴۹	۰/۷۵	۱/۷۲	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه MBCT	سازگاری اجتماعی
۱/۰۰۰	۰/۵۸	۰/۰۸	گروه شناختی رفتاری	گروه MBCT	
<۰/۰۰۱	۰/۴۸	-۹/۳۴	گروه کنترل	گروه MBCT	
۰/۲۱۹	۰/۷۷	-۱/۶۴	گروه شناختی رفتاری	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۶۹	-۱۱/۰۵	گروه کنترل	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۵۸	-۹/۴۲	گروه کنترل	گروه شناختی رفتاری	

۱/۰۰۰	۰/۹۳	۰/۵۶	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه MBCT	سازگاری هیجانی
۱/۰۰۰	۰/۷۳	-۰/۷۸	گروه شناختی رفتاری	گروه MBCT	
<۰/۰۰۱	۰/۷۱	-۱۰/۸۸	گروه کنترل	گروه MBCT	
۰/۹۷۹	۰/۹۵	-۱/۳۴	گروه شناختی رفتاری	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۸۶	-۱۱/۴۴	گروه کنترل	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۱۰/۰۹	گروه کنترل	گروه شناختی رفتاری	
۰/۰۵۴	۰/۵۳	۱/۴۴	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه MBCT	سازگاری تحصیلی
۱/۰۰۰	۰/۴۱	-۰/۳۱	گروه شناختی رفتاری	گروه MBCT	
<۰/۰۰۱	۰/۴۱	-۷/۵۹	گروه کنترل	گروه MBCT	
<۰/۰۴۸	۰/۵۴	-۱/۷۴	گروه شناختی رفتاری	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۴۹	-۹/۰۳	گروه کنترل	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۰/۴۱	-۷/۲۸	گروه کنترل	گروه شناختی رفتاری	
۰/۸۹۹	۱/۴۸	۳/۷۱	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه MBCT	سازگاری کلی
۱/۰۰۰	۱/۱۶	-۱/۰۱	گروه شناختی رفتاری	گروه MBCT	
<۰/۰۰۱	۱/۱۴	-۲۷/۸۱	گروه کنترل	گروه MBCT	
<۰/۰۴۹	۱/۵۲	-۴/۷۲	گروه شناختی رفتاری	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۱/۳۸	-۳۱/۵۲	گروه کنترل	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	
<۰/۰۰۱	۱/۱۶	-۲۶/۸	گروه کنترل	گروه شناختی رفتاری	

ایده‌های مطرح شده توسط نایمیک و همکاران مبنی بر وجود بنیان‌های نظری و عملی در رابطه با اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت‌نگر (۱۵)، همخوان است. همچنین با نتایج پژوهش ایوتزان و همکاران در خصوص تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر نقاط قوت انسانی بر بهزیستی روانی انسان و شاخص‌های مربوط به آن (۱۶) همسویی نشان می‌دهد. وجه تمایز پژوهش حاضر با دو تحقیق مذکور این است که در این پژوهش بسته درمانی ذهن آگاهی مثبت محور به طور خاص بر مبنای نیازهای دختران افسرده در جامعه ایران طراحی و اجرا شده است. البته تمرکز محتوایی اصلی در این بسته درمانی با جهت‌گیری‌های کلی ذهن آگاهی (۱۴) و مثبت‌نگری (۱۶) هر دو دارای همسویی است. درمان ذهن آگاهی مثبت‌نگر از نظر ساختار و محتوای نظری و عملی از دو حوزه هم‌زمان رهاسازی ذهن از ارزیابی حوادث و وقایع گذشته و آینده و تمرکز بر نقاط قوت و مثبت کنونی خود، استفاده می‌کند. این بهره هم‌زمان از توقف تمرکز و نشخوار بر رخداد‌های منفی در کنار توجه و تمرکز بیشتر برای بهره‌برداری هرچه مطلوب‌تر از نقاط قوت انسانی در قالب خردمندی، دانایی، شجاعت، عدالت، انسانیت و حرکت در مسیر رشد و تعالی هرچه بیشتر خود، منجر به آزادسازی نیرو و توان شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان افسرده می‌شود و از این طریق ظرفیت آن‌ها را برای سازگاری هیجانی و تحصیلی و اجتماعی افزایش می‌دهد. در معنایی وسیع‌تر، زمانی که نوجوانان ارزیابی‌های منفی را در قبال خود و دنیای اطراف، از طریق روش‌ها و فنون درمانی ذهن آگاهی متوقف می‌کنند، مهم‌ترین عنصر اصلی درگیر در افسردگی را تحت کنترل و مدیریت در می‌آورند که همان عناصر ذهنی متمرکز بر منفی‌نگری و نشخوار ارزیابانه وقایع گذشته و حال است. چنین روندی هنگامی که با تقویت ظرفیت‌های مثبت فضیلت محور انسانی مانند شجاعت، اعتدال، تمایل به تعالی و

مطابق با جدول ۶ مشاهده می‌شود، در سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). همچنین بین گروه درمان ذهن آگاهی مثبت محور با گروه درمان شناختی رفتاری در سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی تفاوت معنادار یافت می‌شود ( $p < 0/05$ ). با توجه به میانگین‌های پس‌آزمون ارائه شده در جدول ۵، هر سه نوع درمان در مقایسه با گروه کنترل دارای تأثیر معناداری در افزایش سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بوده و درمان ذهن آگاهی مثبت محور در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر نیرومندتری بر افزایش سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی داشته است.

#### ۴ بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی و رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سؤ مؤلفه آن یعنی سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی و سازگاری هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شد. نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی و رفتاری در مقایسه با گروه کنترل دارای تأثیر معناداری در افزایش سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بوده و درمان ذهن آگاهی مثبت محور در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، تأثیر نیرومندتری بر افزایش سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن، تأثیر معنادار متفاوتی نداشت. نتایج اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت‌نگر بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن با یافته‌ها و

شکوفایی هرچه بیشتر خود، انسانیت، عدالت‌جویی و دانایی راهگشا در درمان همراه باشد، بسترساز تحول و رشد اجتماعی می‌شود. در واقع به‌لحاظ عملی، با رهایی تدریجی از علائم افسردگی که در فرایند درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور اتفاق می‌افتد، دانش‌آموزان انگیزه و نیروی بیشتری را در خود در راستای امور و فعالیت‌های دیگر از جمله امور اجتماعی و تحصیلی احساس کرده و به این ترتیب با توان بیشتری رفتارهای لازم در سازگاری تحصیلی و هیجانی و اجتماعی را انجام می‌دهند. همین امر کمک مؤثری در ارتقای سازگاری اجتماعی آن‌ها خواهد کرد.

وجه تمایز بسیار مهم ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری در این است که درمان مذکور همراه با توقف و تضعیف نظام‌های ذهن‌آگاهانه منفی و مخرب که علاوه بر افسردگی، توانایی تضعیف و تخریب سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر را نیز داشته، جایگزینی برای تمرکز و تلاش دانش‌آموزان فراهم می‌کند؛ به این معنا که هم‌زمان با توقف فرایندهای ذهن‌آگاهانه منفی، در ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر تمرکز و تلاش برای تقویت نقاط مثبت خودمحور درمان و تمرین‌های درمانی صورت می‌گیرد؛ اما در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری چنین جایگزینی، شاید در سطح شناختی و برخی افکار و ذهنیات مثبت باشد. این وجه تمایز برای ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، توانسته موجب اثربخشی بیشتر این نوع درمان در مقایسه با درمان شناختی و رفتاری شود. البته درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تأثیر معنادار متفاوتی بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن نداشت. با این حال این واقعیت انکارناپذیر است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی، اثرات نیرمندتر معناداری دارد؛ اما بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی رفتاری چنین تفاوت معناداری مشاهده نشد. به این جهت بسیار محتمل است که در پژوهش‌های آینده با استفاده هرچه بیشتر از درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر، تفاوت‌های اثربخشی این درمان با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز آشکار شود.

در بخش دیگری از نتایج پژوهش مشخص شد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر سازگاری اجتماعی و سه مؤلفه اجتماعی و هیجانی و تحصیلی آن تأثیر معناداری داشته و موجب افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده شده است. این نتایج با مطالعات متعدد دیگری نظیر مطالعه زاترگرین و همکاران، مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی و همکاران در بررسی تأثیر آموزش مهارت زندگی بر سازگاری هیجانی و اجتماعی (۱۲)، مطالعه شانترت-ریچل و همکاران در ارزیابی تأثیر تمرینات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شایستگی اجتماعی و هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان (۱۳) و نیز با نتایج مطالعه جباری و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی برای کودکان و نوجوانان به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و ارتباط مثبت با دیگران و زندگی و نیز افزایش عزت‌نفس (۱۰)،

همسویی نشان می‌دهد. با وجود همسویی یافته‌های حاصل از این تحقیق با پژوهش‌های اشاره‌شده، گروه نمونه مطالعه حاضر را دختران دانش‌آموز افسرده تشکیل دادند. در تبیین نتایج این بخش از پژوهش باید بر این نکته تمرکز کرد که در مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری هدف اصلی، کاهش رفتارهای ناسازگارانه از طریق تغییر فرآیندهای شناختی است. مبنای رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مهار ارزیابی و افکار منفی مربوط به گذشته و آینده و رهاسازی اشخاص از افکار خودکار و عادات و الگوهای رفتاری ناسالم در راستای تنظیم رفتاری است (۱۴). در این نوع درمان همچنین با تمرکز غیرارزیابانه بر وقایع هیجانی و شناختی سطح تکانشوری و رفتارهای ناسازگارانه گواه می‌شوند (۱۳). این نقش‌آفرینی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مهار افکار خودکار و تکانشوری ناشی از آن که هم در سطح شناختی و هم در سطح رفتاری نمود می‌یابد، می‌تواند تبعات مختلفی از جمله افزایش سازگاری اجتماعی بیشتر، برای دانش‌آموزان دختر افسرده به‌همراه آورد. در درمان شناختی و رفتاری نیز که نظریات و ایده‌های مطرح در آن مبنای بسیاری از رویکردهای درمانی مدرن و پست‌مدرن بوده، بازنگری و ارزیابی افکار منفی خود نقش محوری و اساسی دارد (۱۷). از دیدگاه شناختی رفتاری، ناسازگاری دانش‌آموزان در محیط‌های اجتماعی مانند محیط مدرسه بیشتر به‌علت فقدان تجربه در حوزه رفتارها و واکنش‌های جایگزین با رفتاری است که در لحظه در مقابل افراد و موقعیت‌های مختلف از این دانش‌آموزان سر می‌زند (۱۸). ارزیابی و بازنگری افکار منفی با محوریتی که در درمان شناختی و رفتاری دارد، انعطاف‌پذیری اجتماعی و هیجانی و تحصیلی و در کلامی کلی‌تر سازگاری بیشتر را از طریق رجوع به ارزیابی‌های ذهنی و شناختی در دانش‌آموزان دختر افسرده فراهم می‌آورد. به بیانی دیگر در نوجوانان ناسازگار، باورهای بنیادین ناکارآمد به‌طرز چشمگیری زیاد است و هیچ باور جایگزین سازگارانه و در دسترس دیگری، وجود ندارد (۱۷). به‌همین دلیل درمان شناختی رفتاری با امکان جایگزینی افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر در نوجوانان افسرده، می‌تواند سازگاری آن‌ها را افزایش دهد. در پایان بحث لازم است نظر جامعه علمی را به محدودیت اصلی در این پژوهش در راستای احتیاط در تفسیر و تعمیم نتایج جلب کرد. این مطالعه برای دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شد؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به پسران دانش‌آموز عادی و افسرده و نیز دختران دارای سازگاری کم غیرافسرده احتیاط شود. بر پایه یافته‌های پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد در مدارس دخترانه، در حوزه امکان رفع مشکلات سازگاری اجتماعی در دختران دانش‌آموز افسرده، اطلاع‌رسانی دقیقی به مدیران، معلمان، مشاوران و خانواده‌ها صورت گیرد و در مراکز درمان روان‌شناختی نیز درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌ها برای دختران افسرده دارای مشکل سازگاری استفاده شود که از طریق مدارس یا خانواده‌ها به این مراکز رجوع می‌کنند.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در کنار درمان‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی

نیرومندتری بر ارتقای سطح سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان دختر افسرده دارد؛ بنابراین برای رفع مشکلات سازگاری دختران دانش‌آموزان افسرده می‌توان از این درمان بهره بیشتری برد.

و رفتاری، برای کمک به دختران دانش‌آموز افسرده و خانواده‌های آن‌ها و به‌خصوص در ارتقای سازگاری اجتماعی این دختران، مؤثر است. با این حال بررسی‌های دقیق‌تر و در سطح جزئی مشخص کرد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری، تأثیر

## References

1. Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2018;48(7):1068-83. doi:[10.1017/S0033291717002653](https://doi.org/10.1017/S0033291717002653)
2. Singh MM, Gupta M, Grover S. Prevalence & factors associated with depression among school going adolescents in Chandigarh, north India. *Indian J Med Res.* 2017;146(2):205-15. doi:[10.4103/ijmr.IJMR\\_1339\\_15](https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1339_15)
3. Carter T, Morres I, Meade O, Patrick C. Exercise for depression in adolescents: A meta-analysis of randomised controlled trials. *European Psychiatry.* 2017;41(Suppl):S433. doi:[10.1016/j.eurpsy.2017.01.419](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.419)
4. Vaghela KJ. Adjustment among adolescent girl students of secondary school with respect to their type of family. *International Journal of Applied Research.* 2015;1(8):781-4.
5. Sarkar S, Banik S. A study on the adjustment and academic achievement of adolescent students. *International Journal of Research-Granthaalayah.* 2017;5(6):659-68. doi:[10.5281/zenodo.825592](https://doi.org/10.5281/zenodo.825592)
6. Bhagat P. Comparative study of adjustment among secondary school boys and girls. *International Journal of Applied Research.* 2016;2(7):91-5.
7. Opondo CM, Raburu PA, Aloka PJO. Influence of age on adjustment of readmitted teenage mothers in secondary schools Kenya: A case study of Ugenya sub-country. *International Journal of Current Research.* 2017; 9(11): 60812-18.
8. Jamshidian QalehShahi P, Aghaei A, Golparvar M. Comparing the effect of Iranian positive therapy and acceptance-commitment therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city. *Journal of Health Promotion Management.* 2017;6(5):8-16. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-726-en.html>
9. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology.* 2015;1(1):35-50. [Persian]
10. Jabbari M, Shahidi S, Mootabi F. Effectiveness of group intervention based on positive psychology in reducing symptoms of depression and anxiety and increasing life satisfaction in adolescent girls. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology.* 2015;20(4):296-87. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2307-en.html>
11. Van der Gucht K, Takano K, Labarque V, Vandenabeele K, Nolf N, Kuylen S, et al. Mindfulness-based intervention for adolescents and young adults after cancer treatment: Effects on quality of life, emotional distress, and cognitive vulnerability. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2017;6(2):307-17. doi:[10.1089/jayao.2016.0070](https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0070)
12. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD, Dornbusch SM. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *J Res Adolesc.* 1991;1(1):19-36.
13. Schonert-Reichl KA, Lawlor MS. The effects of a mindfulness-based education program on pre and early adolescents, well-being and social and emotional competence. *Mindfulness.* 2010;1(3):137-51. doi:[10.1007/s12671-010-0011-8](https://doi.org/10.1007/s12671-010-0011-8)
14. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology Science and Practice.* 2003;10(2):144-56. doi:[10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
15. Niemiec RM, Rashid T, Spinella M. Strong mindfulness: Integrating mindfulness and character strengths. *J Ment Health Couns.* 2012; 34 (3): 240-53. doi:[10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21](https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21)
16. Ivtzan I, Niemiec RM, Briscoe C. A study investigating the effects of mindfulness-based strengths practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Well-Being.* 2016;6(2):1-13. doi:[10.5502/ijw.v6i2.557](https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.557)
17. Farnia V, Tatari F, Salemi S, Kazemi A, Alikhani M, Golshani S, et al. Effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy on reduction social and emotional maladjustment of physically abused children: A clinical trial. *International Journal of Pediatrics.* 2017;5(8):5473-81. [http://ijp.mums.ac.ir/article\\_8753.html](http://ijp.mums.ac.ir/article_8753.html)
18. Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol.* 2003; 73(Pt 2):207-21. doi:[10.1348/00070990360626949](https://doi.org/10.1348/00070990360626949)
19. Erceg-Hurn DM, Mirosevich VM. Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *Am Psychol.* 2008; 63(7):591-601. doi:[10.1037/0003-066X.63.7.591](https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.7.591)
20. Sinha AKP, Singh BP. Manual for adjustment inventory for school students. Karami A. (Persian translator). First edition. Tehran, Iran: Ravansanji; 2018. [Persian]
21. Khoshkonesh A, Asadi M, Shiralipour A, Keshavarz Afshar H. The role of essential needs and social support in social adjustment among high school students. *Journal of Applied Psychology.* 2010; 4(1):82-94. [Persian]