



The Effect of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Affective Capital of Female Students with Depression

Mohsen Golparvar^{1,*} , Fatemeh Sadat Tabatabaienejad²

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Ph.D Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Mohsen Golparvar, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 03 May 2018

Accepted: 13 Nov 2018

Abstract

Introduction: Affective capital is one of the decisive variables that can be effective in improving the conditions of female students with depression. This study aimed to determine the effect of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive-behavioral therapy on affective capital in female students with depression.

Methods: The research method was semi-experimental, and the research design was four groups with two stages (pre-test and post-test design). To carry out the research, from first secondary school female students with depression in Naein city in 2017, 60 female students were selected and randomly assigned into three therapeutic groups (each group with 15 people) and a control group (with 15 people). Affective capital questionnaire (ACQ-Golparvar, 2016) was used to measure the dependent variable in the pre-test and post-test. The group of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive-behavioral therapy received 12 sessions of treatment. The data were analyzed with the use of multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that there is a significant difference between positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy with control group in affective capital ($F = 340.40, P < 0.001$) and their components (positive affect ($F = 292.90, P < 0.001$), feeling of energy ($F = 210.91, P < 0.001$), and happiness ($F = 186.59, P < 0.001$)) in post-test after controlling for pretest ($P < 0.001$). Also, there is not a significant difference between positive mindfulness therapy and mindfulness-based cognitive therapy in affective capital and their components, but there is a significant difference between positive mindfulness therapy with cognitive-behavioral therapy in total effective capital, positive affect, and feeling of energy.

Conclusions: According to the results of this research, positive mindfulness therapy and then mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy could be used to enhance the effective capital of female students with depression in educational and therapeutic settings.

Keywords: Affective Capital, Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Students with Depression.

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر افسرده

محسن گل پرور^{۱*}، فاطمه السادات طباطبایی نژاد^۲ ID

^۱ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: محسن گل پرور، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل:

drmgolparvar@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۳

چکیده

مقدمه: سرمایه عاطفی از زمره متغیرهای مثبتی است که می تواند در بهبود شرایط دختران دانش آموز افسرده مؤثر واقع شود. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر افسرده اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش چهار گروهی با دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. به منظور انجام پژوهش از میان دانش آموزان افسرده دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در سال ۱۳۹۶، ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به-طور تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۵ نفر برای هر گروه) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. از پرسشنامه سرمایه عاطفی (گل پرور، ۱۳۹۵ - ACQ) برای سنجش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. گروه درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری هر یک به مدت ۱۲ جلسه، تحت درمان قرار گرفتند. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل در پس آزمون، پس از کنترل پیش آزمون در سرمایه عاطفی ($F = 340/40, P < 0/001$) و سه مؤلفه آن (عاطفه مثبت ($F = 292/90, P < 0/001$) احساس انرژی ($F = 210/91, P < 0/001$) و شادمانی ($F = 186/59, P < 0/001$) تفاوت معنادار وجود دارد. در سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن بین گروه ذهن آگاهی مثبت محور با گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$) اما گروه ذهن آگاهی مثبت محور با گروه شناختی-رفتاری در سرمایه عاطفی، و دو مؤلفه عاطفه مثبت و احساس انرژی دارای تفاوت معنادار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می توان درمان ذهن آگاهی مثبت محور، سپس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری را برای ارتقاء سرمایه عاطفی دختران دانش آموز افسرده در محیط های آموزشی و درمانی استفاده نمود.

کلیدواژه ها: سرمایه عاطفی، درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی-رفتاری، دانش آموزان افسرده.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پسران است [۵]. در مطالعات بین المللی نیز مانند ایران، دختران اغلب بیش از پسران مستعد ابتلا به افسردگی معرفی شده اند [۶]. بروز علائم افسردگی در اغلب مواقع با بی انگیزگی، ناامیدی، فقدان انرژی، ایده پردازی با افکار خودکشی، تغییرات الگوی خواب و تغذیه، کاهش و یا افزایش وزن و از طریق رفتارهایی مانند انزوا و کناره گیری اجتماعی، افت عملکرد تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و تغییرات جدی در روابط اجتماعی با همسالان خود را نشان می دهد [۷، ۸].

نوجوانی در زندگی انسان مرحله ای جذاب با فراز و فرودها و مسائل مخصوص به خود است. از میان طیف آسیب های نوجوانی که در مواردی ممکن است تا بزرگسالی نیز ادامه یابد، افسردگی (depression) از جایگاه ویژه و برخوردار است [۱، ۲] بر اساس آمارهای موجود حاصل از مطالعات مقطعی، شیوع نشانه های افسردگی بین دانش آموزان ایرانی بین ۱۵ تا بالای ۷۰ درصد و شیوع قطعی افسردگی بر حسب معیارهای قابل قبول در نوجوانان ایرانی بین ۳/۲ تا ۸/۹ درصد گزارش شده است [۳، ۴]. در عین حال شیوع افسردگی در نوجوانان دختر اغلب بیش از

مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) موجب کاهش معنادار علائم افسردگی، افزایش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی و همزمان موجب کاهش نشخوار فکری در این گروه می‌شود [۲۳]. Volkmer در مطالعه فراتحلیلی خود نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی دارای تأثیر متوسط (اندازه اثر برابر با ۰/۳۲) هستند [۱۵].

درمان شناختی- رفتاری نیز یکی دیگر از درمان‌های پایه است که سوءگیری در افکار و باورها و به دنبال آن در رفتار را عامل اصلی در ایجاد علائم و نشانه‌های افسردگی معرفی می‌کند. به باور درمانگران شناختی- رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد و منفی عاملی برای ایجاد هیجان‌ها و رفتارهای ناکارآمد هستند [۲۴] Ebert و همکاران در یک مطالعه فراتحلیل با استفاده از سیزده مطالعه انجام شده بر روی درمان شناختی- رفتاری که به شیوه اینترنتی و آنلاین اجرا گشته، نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی دارای تأثیر معناداری است [۲۴]. علاوه بر درمان‌های اینترنتی و آنلاین شواهد مربوط به درمان شناختی- رفتاری حضوری نیز حاکی از تأثیر این نوع درمان بر کاهش علائم افسردگی است [۱۴، ۱۶]. مطالعه مروری Freire و همکاران حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری از زمره درمان‌هایی است که موجب ارتقاء حالات خلقی مثبت و عملکرد بهینه‌تر در نوجوانان می‌شود [۱۴].

فراتر از درمان‌های مورد اشاره، طی سال‌های اخیر، رشد روندهای نظری و درمانی مرکب و نوین را در میان برخی اندیشمندان شاهد هستیم. در راستای درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور مطرح شده در پژوهش حاضر، Hamilton و همکاران بیان داشته‌اند که ذهن- آگاهی در عمل شیوه و راهبردی برای ارتقاء عناصر و نقاط قوت مطرح در جنبش مثبت‌نگری است. به باور آن‌ها، مراقبه ذهن‌آگاهانه در انسان از طریق تقویت و نیرومندسازی تنظیم توجه، مهارت‌های فراشناختی و از طریق تغییر طرحواره‌های مربوط به هیجان، سلامتی و بیماری، سازگاری مثبت را ارتقاء می‌بخشد [۲۵] Cebolla و همکاران نیز با تأکید بر این‌که ذهن‌آگاهی چیزی فراتر از مراقبه است، بیان داشته‌اند که ارزش‌های مورد تأکید در ذهن‌آگاهی نظیر دوستی، هیجان‌های مثبت همراه با تأکید نسبی بر شفقت در عمل همپوشی زیادی با عناصر و ارزش‌های مطرح در مثبت‌نگری دارند [۲۶] Freire. و همکاران نیز از درمان متمرکز بر کارکرد بهینه برای نوجوانان (Optimal Functioning Therapy for Adolescents-OFTA) که در آن ترکیبی از فنون مثبت‌نگری و درمان شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی به کار گرفته شده سخن به میان آورده‌اند [۱۴] Ivztan و همکاران در دو مطالعه با استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی متمرکز بر نقاط قوت انسانی نشان دادند که این شیوه آموزشی موجب ارتقاء رضایت از زندگی، تمایل به شکوفایی و تعالی، ارتقاء سپاسگزاری و قدردانی، شفقت به خود، خودکارآمدی، معنا و خودمختاری می‌شود [۲۷، ۲۸]. این شواهد در دو مطالعه دیگر نیز به طور مفصل مورد بحث قرار گرفته است [۲۹، ۳۰].

بر پایه آخرین دست شواهد مرور شده مشخص است که کماکان اندیشمندان و درمانگران به دنبال بررسی و آزمودن روش‌ها و راهبردهایی برای درمان افسردگی و تبعات دیگر آن در نوجوانان افسرده هستند. به ویژه، به آرامی روندهای درمانی نوین و ترکیبی دو رویکرد شناختی و مثبت‌نگر در حال ظهور است که شواهد اولیه حاکی

در حین تجربه افسردگی در نوجوانان، افت انگیزه، احساس نشاط و انرژی و در مجموع افت علائم عاطفه مثبت و سرزندگی بسیار جدی است [۸]. بر اساس آخرین صورت‌بندی‌های نظری انجام شده، ترکیب سه عنصر عاطفه مثبت (Positive Affect)، احساس انرژی (Feeling of Energy) و شادمانی (Happiness) با یکدیگر عنصری سرمایه‌ای، موسوم به سرمایه عاطفی (Affective Capital) را شکل می‌دهند. سرمایه عاطفی حالتی از نشاط و انرژی درونی است که قابلیت هدایت و تأثیرگذاری بر رفتار انسان در موقعیت‌ها و شرایط مختلف را دارد و به همین جهت توان سرمایه‌افزایی رفتاری، عملکردی و مهارتی مورد نیاز برای ادامه بقاء در قالبی بهینه و اثربخش را برای انسان فراهم می‌آورد [۹]. شواهد پژوهشی نشان داده که سرمایه عاطفی با بهزیستی و سلامتی بالاتر، با شکایات جسمانی پائین‌تر، با موفقیت، و با استرس و فرسودگی کمتر در ارتباط است [۹، ۱۰]. دانش‌آموزان دختر افسرده از نظر شاخص‌های مطرح در سرمایه عاطفی نظیر عاطفه مثبت همراه با خوش بینی و امیدواری، که برای یک زندگی کارآمد ضروری هستند، با مشکلات و ضعف جدی مواجه هستند [۱۱-۱۳]. این مشکلات نیاز به یاری و کمک درمانی به نوجوانان دختر را برجسته می‌سازد.

طی سال‌های اخیر برای کمک به نوجوانان افسرده سه دسته درمان مثبت‌نگر (Positive Therapy)، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy) از میان درمان‌های دیگر، به شکل جدی‌تری مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۴-۱۶]. درمان‌های مثبت‌نگر با آموزش چگونگی تمرکز بر نقاط قوت و بر ایجاد و حفظ شادمانی فراگیر همراه با هیجان‌های مثبت و تغییر در هدف‌گذاری‌های ذهنی و رفتاری مثبت، نشان داده‌اند که راه‌حل‌های درمانی موثری را برای نوجوانان افسرده فراهم می‌آورند [۱۷-۲۰]. Snaf و Liau در پژوهش خود نشان دادند که مداخله درمانی مثبت مبتنی بر نقاط قوت انسانی و تمرکز بر شکوفایی و تعالی بیشتر، از یک طرف موجب ارتقاء شادمانی و از طرف دیگر موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود [۱۹]. Woodworth و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات درمانی مثبت این توان را دارند تا سطح عاطفه مثبت را ارتقاء دهند، ولی ممکن است سنجش‌های غیردقیق زمینه‌ساز کم نشان دادن تأثیرات درمان مثبت‌نگر بر عاطفه مثبت باشند [۲۰]. هنرمندزاده و سجادیان نیز در مطالعه خود نشان دادند که مداخله گروهی مثبت‌نگر موجب ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادمانی دختران بی‌سرپرست می‌شود [۲۱].

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز با تأکید بر تمرکز ذهنی بر زمان حال بدون پیش‌داوری و قضاوت با هدف ارتقاء تسلط هر چه بیشتر بر فرایندهای ذهنی، برنامه‌های درمانی مبتنی بر آرام سازی ذهنی را همراه با برخی فنون درمانی دیگر برای کنترل افت حالات خلقی و افسردگی و به تبع در راستای انرژی و احساس مثبت درونی مورد استفاده قرار می‌دهند [۲۲]. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن- آگاهی در واقع افراد فرا می‌گیرند تا از تبدیل افکار و باورهای منفی به حالات نشخوار ذهنی و فکری منفی جلوگیری نموده و از این طریق از پدیدآیی یا تشدید علائم افسردگی پیشگیری کنند [۲۳] Ames و همکاران در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان افسرده نشان دادند که شناخت درمانی

نیز بین ۵ تا ۲۵ است و افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن است. تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه بین ۰/۹۳۶ تا ۰/۹۷۸ گزارش شده است (۹). گل‌پرور و عنایتی در پژوهش خود از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس، روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مجدد مستند نموده و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۶۵ گزارش نموده و نشان داده امتیازات حاصل از پرسشنامه سرمایه عاطفی با امتیازات حاصل از سرمایه‌گذاری جمعی عاطفی و شکایات روان‌تنی رابطه معناداری دارد (۱۰). آلفای کرونباخ عاطفه مثبت، احساس انرژی، شادمانی و سرمایه عاطفی کلی در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۸۴، ۰/۹۷۷، ۰/۹۷ و ۰/۹۹۲ به‌دست آمد.

پس از گمارش تصادفی گروه نمونه در چهار گروه پژوهش، پیش‌آزمون در هر چهار گروه با استفاده از پرسشنامه سرمایه عاطفی اجرا شد، سپس درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری به‌صورت گروهی و طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان هر چهار گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه سرمایه عاطفی مجدد پاسخ دادند. درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برای اولین بار برای این پژوهش تهیه و تدوین گردید. ضریب توافق پنج داور در مورد ساختار، تناسب محتوایی بسته درمانی با نیازهای دختران افسرده، کفایت درمانی و کفایت زمانی بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. همچنین طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر این بسته درمانی در کاهش افسردگی و مشکلات وابسته به آن بررسی و تأیید گردید. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۲۲، ۲۳] و درمان شناختی-رفتاری [۱۷] نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده شده قبلی در این پژوهش اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات سه نوع درمان مورد استفاده در جداول ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است.

نتایج

در تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و سپس از آزمون تعقیبی بونفرونی و مقایسه دو به دو گروه‌ها استفاده شد. بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین سنی گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برابر با ۰/۸۳ ± ۱۴/۱۳ سال، میانگین سنی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با ۰/۶۸ ± ۱۴/۲ سال، میانگین سنی گروه شناختی-رفتاری برابر با ۰/۸۶ ± ۱۴/۸ سال و میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۰/۷۹ ± ۱۴/۰۷ بود. با توجه به پایه تحصیلی، در هر چهار گروه پژوهش اکثریت در پایه تحصیلی هشتم یا نهم قرار داشتند (گروه کنترل ۵۳/۳٪ در پایه هشتم، در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸۶/۷٪ در پایه هشتم، در گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور ۷۳/۳٪ در پایه هشتم و نهم و در گروه درمان شناختی-رفتاری ۶۰٪ در پایه نهم قرار داشتند). آزمون تحلیل واریانس برای متغیر سن و آزمون کای اسکور نیز برای تحصیلات نشان داد که چهار گروه از نظر این دو متغیر با هم تفاوت معناداری ندارند ($P > ۰/۰۵$).

از سودمندی نسبی این رویکردهای تلفیقی درمان و آموزش برای نوجوانان افسرده می‌باشد. انتخاب دختران دانش‌آموز در این مطالعه در راستای این واقعیت بوده که نسبت بیشتری از دختران در مقایسه با پسران، اغلب از افسردگی و علایم آن رنج می‌برند [۱، ۴، ۵، ۷]. در مجموع این پژوهش در راستای پر کردن خلاء و رفع ابهام جدی در خصوص اثر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور که در قالب کنونی برای اولین بار در این پژوهش معرفی شده، در کنار دو درمان پایه دیگر (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری) و برای ارائه پاسخ علمی به این سؤال که آیا درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در کنار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری قادر به تأثیر بر سرمایه عاطفی و مؤلفه‌های آن در دختران دانش‌آموز افسرده می‌باشند، طراحی و اجرا شده است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش شامل چهار گروه، یک گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یک گروه درمان شناختی-رفتاری و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش ۳۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در پائیز سال ۱۳۹۶ بودند که از میان آن‌ها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برحسب کسب امتیاز ۲۰ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک و دیگر معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند، افراد نمونه به‌طور تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه در این مطالعه با توجه به توصیه‌های مطرح برای درمان‌های روان‌شناختی جهت دستیابی به توان آماری قابل قبول بود [۱۵].

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، تحصیل در مقطع متوسطه اول، ابتلا به افسردگی بر اساس مصاحبه و اجرای پرسشنامه افسردگی بک، و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه درمان، تحت درمان بودن از طریق درمان‌های روان‌پزشکی و یا درمان روان‌شناختی موازی و غیبت دو جلسه و یا بیشتر در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی نیز شامل رعایت رازداری کامل، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. گروه کنترل که با همکاری خود در پژوهش، امکان اجرای آن را فراهم نمودند نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از درمان‌های سه‌گانه قرار گرفتند. ابزار سنجش متغیر وابسته (سرمایه عاطفی) به شرح زیر بود.

سنجش سرمایه عاطفی با استفاده از پرسشنامه بیست سوالی گل‌پرور که دارای سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است، انجام شد [۹]. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای در قالب هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ است و محاسبه امتیازات حاصل از این پرسشنامه در سطح کلی و در سطح سه مؤلفه آن به این صورت است که امتیازات هر فرد در گزینه پاسخ‌های انتخابی با یک دیگر جمع می‌شود. بنابراین دامنه نوسان امتیازات در سطح سرمایه عاطفی کلی بین ۲۰ تا ۱۰۰، در سطح عاطفه مثبت بین ۱۰ تا ۵۰ و در احساس انرژی و شادمانی

آزمون $Shapiro-Wilk (P > 0.05)$ همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون $Levene (P > 0.05)$ ، برابری ماتریس-کوواریانس از طریق آزمون $Box's M (P > 0.05)$ و برابری شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی تعامل پیش‌آزمون و عضویت گروهی نیز مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص گردید که از نظر پیش‌فرض‌های مورد اشاره در پژوهش حاضر مشکلی وجود ندارد.

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار سرمایه عاطفی و مؤلفه‌های آن برای گروه‌های پژوهش در دو مرحله پژوهش ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول ۴، در سه گروه درمانی پژوهش نسبت به گروه کنترل تغییرات از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون در سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن قابل توجه‌تر است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور	
جلسات درمان	فراپند، فنون و تکنیک‌های درمانی
جلسه اول	آشنایی درون‌گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن و در نهایت آشنایی با درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی.
جلسه دوم	آموزش فنون مراقبه بالاخص مراقبه کشمش و تمرکز بر تقویت ارزشمندی و رضایت از خود در متن امید و خوش‌بینی.
جلسه سوم	آموزش شناسایی هیجانهای مثبت و منفی، آموزش بازداري هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد و دانایی و ابعاد آن.
جلسه چهارم	آموزش فنون ذهن‌آگاهی پذیرش بدون قضاوت، حضور ذهن از افکار، هیجانات و احساسات، آموزش مهارت مدیریت هیجان و تنظیم هیجان از طریق تمرین مراقبه مهربانی، افزایش هیجان مثبت از طریق دستورالعمل لذت‌جشی، تمرکز بر اینجا و اکنون و زندگی در لحظه و جستجوی اهداف مثبت در زمان کنونی و عدم توجه به گذشته و آینده.
جلسه پنجم	آموزش مایندفول‌نس در حوزه خودآگاهی از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، باورها و افکار و ارزشهای خود همزمان با تلقین مثبت در زمینه توانمندپها، ارتقاء جنبه‌های مثبت زندگی.
جلسه ششم	آموزش فنون مراقبه واری بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف‌گذاری شناختی و فکری روی نقاط قوت و علائق و احساسات خود، افزودن ارزش‌های رایج (شجاعت، مهربانی، امیدواری و رعایت حقوق دیگران) به نقاط قوت، احساسات و علائق خود، لیست کردن اهداف.
جلسه هفتم	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، مورد بازخواست قراردادن خود، جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی، انجام آگاهانه فعالیت‌های لذت‌بخش، استفاده آگاهانه از واژه‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتماد به نفس، استفاده از واژه چگونه به جای چرا.
جلسه هشتم	معرفی ارزشهای درونی از جمله فضیلت انسانیت (عشق، مهربانی و هوش اجتماعی) و نقش عواطف و اندیشه‌های مثبت در موفقیت، سلامتی و خوشبختی و پیشگیری از افسردگی، تمرین آگاهانه نقاط قوت (آگاهی مبتنی بر انسانیت (دوستی و عشق و مهربانی).
جلسه نهم	آموزش آگاهانه قدم‌زدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش توجه آگاهانه، آموزش زندگی آگاهانه، استمرار طراحی اهداف و اهمیت آنها، تأکید بر توانمندپهای خود متناسب با نقاط قوت جهت مرتفع کردن توانمندپهای رفتاری و شناختی و انفعال هیجانی.
جلسه دهم	آموزش ایجاد رابطه مثبت با دیگران، آموزش آگاهانه جراتمندی و مهارت ارتباط مؤثر با دیگران و نقش آن در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، آموزش بیان آگاهانه احساسات، معرفی جایگزین‌های مثبت جهت مقابله با عاداتی از تباطلی منفی و تعیین روابط مثبت، معرفی روش حل مسئله، معرفی شوخ‌طبعی و تکنیک‌های آن و نقش آن بر ارتباطات بین فردی و سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر استرس‌های روزمره.
جلسه یازدهم	استمرار مراقبه نشسته و مراقبه واری بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل کردن بایدها و نبایدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ابهام موقعیت.
جلسه دوازدهم	انجام تمرینات کششی هاتایوگا و نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری، ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
جلسات	محور تمرکز درمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
درمان	
اول	آشنایی اولیه، شرح جلسات و اعلام قوانین گروه، تشکیل گروه دونفره و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضاء گروه، تمرین خوردن کشمش و اجرای پیش‌آزمون، تکلیف خانگی
دوم	تمرین خوردن کشمش، واری بدنی و تکلیف خانگی
سوم	تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، تمرین مراقبه نشسته و تکلیف خانگی
چهارم	توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات، تنفس با حضور ذهن، تکلیف خانگی
پنجم	تمرین "دیدن" یا "شنیدن" آگاهانه، مراقبه نشستن، بحث پیرامون بودن در لحظه حاضر و 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 و تکلیف خانگی
هفتم	نوشتن افکار و توجه به تنفس و بحث در خصوص 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 فکر کردن و تکلیف خانگی
نهم	مراقبه‌ی نشسته طولانی مدت، بحث در خصوص فکر بودن افکار نه واقعیت، آگاهی و شناسایی افکار منفی و راهبردهای مقابله‌ای با آنها و تکلیف خانگی
دهم	تمرین نوار در ذهن برای آگاهی از افکار، بحث و تمرین با افکار محدودکننده ذهن در افسردگی، تکلیف خانگی
یازدهم	مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین‌ها، شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با علائم افسردگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تکلیف خانگی
دوازدهم	واری بدنی، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی و اجرای پس‌آزمون و تکلیف خانگی

مؤلفه آن (عاطفه مثبت) $(F = 292/90, P < 0.001)$ احساس انرژی $(F = 186/59, P < 0.001)$ و شادمانی $(F = 210/91, P < 0.001)$

در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۵، در سرمایه عاطفی کلی $(F = 340/40, P < 0.001)$ و سه

بین گروه‌های درمانی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به معناداری ضرایب F در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن، برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌های چهارگانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن بین هر سه گروه درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه

آن بین درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور با شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری به دست نیامد ($P > 0/05$). ولی بین ذهن‌آگاهی مثبت‌محور با درمان شناختی-رفتاری در سرمایه عاطفی کلی، عاطفه مثبت و احساس انرژی تفاوت معناداری به دست آمد ($P < 0/01$). در شادمانی بین سه گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

جدول ۳. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	محور تمرکز درمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه بایکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یک دیگر و در نهایت اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا با یک دیگر و صحبت در مورد مسائل و احساسات شخصی
سوم	آموزش خودنظارتی.
چهارم	آموزش فعال سازی رفتاری.
پنجم	آموزش رابطه و تعامل سالم بین نوجوان و والدین و همسالان.
ششم	آموزش مهارت‌های سازشی اجتماعی.
هفتم	آموزش نظارت بر تفکرات 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 از عود و بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم‌گیری، حل تعارض و آموزش مهارت‌های اجتماعی و آماده سازی برای حل مشکلات زندگی.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار سرمایه عاطفی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های پژوهش

نوبت اجرا	گروه کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	درمان شناختی رفتاری
عاطفه مثبت	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۷/۵۳	۳/۹۴	۱۹/۳۳	۳/۳۷
پس‌آزمون	۱۸/۶۰	۳/۱۳	۴۴/۶۰	۳/۱۱
احساس انرژی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۹/۵۳	۲/۰۳	۹/۴۰	۱/۸۰
پس‌آزمون	۸/۵۳	۲/۱۰	۲۲/۱۳	۲/۴۷
شادمانی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۹	۳/۰۹	۱۰/۰۷	۲/۳۷
پس‌آزمون	۹/۶۰	۲/۲۹	۲۲/۶۷	۱/۴۰
سرمایه عاطفی کلی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳۶/۰۷	۷/۹۳	۳۸/۸۰	۵/۹۷
پس‌آزمون	۳۶/۷۳	۶/۴۰	۸۹/۴۰	۶/۱۰

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر سرمایه عاطفی و مؤلفه‌های آن در چهار گروه پژوهش

متغیرهای پژوهش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	اندازه اثر، اتا	توان آزمون
عاطفه مثبت	۷۱۵۵/۵۵	۳	۲۳۸۵/۲۰	۲۹۲/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
احساس انرژی	۲۰۰۷/۱۳	۳	۶۶۹/۰۴	۲۱۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
شادمانی	۱۸۰۷/۱۹	۳	۶۰۲/۴۰	۱۸۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
سرمایه عاطفی کلی	۲۹۵۳/۴۱	۳	۹۸۴۳/۴۷	۳۳۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
اثر پیلا	$P < 0/001, 0/07, 0/02$						
لامبدا و بیکس	$P < 0/001, 0/05, 0/03$						
اثر هتلینگ	$P < 0/05, 0/06, 0/09, 0/38$						
بزرگترین ریشه روی	$P < 0/05, 0/34, 0/19, 0/31$						

بحث

این پژوهش که با هدف تعیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر

سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن در دانش‌آموزان دختر افسرده اجرا شد، نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری هر سه نسبت به گروه کنترل در

می‌گردد. تمرین نقاط قوت مانند دانایی، شجاعت، انسانیت، تلاش برای شکوفایی و تعالی هر چه بیشتر، اعتدال و رهایی از نگاه سیاه یا سفید به پدیده‌ها و وقایع همگی از زمره مواردی هستند که حتی در حد نوشتن و نه عمل کردن نیز می‌توانند در انسان احساس شادمانی، احساس انرژی و عاطفه مثبت که از مولفه‌های اصلی سرمایه عاطفی هستند را پدید آورده و تقویت کنند.

در حوزه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری نیز بر سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه فراتحلیلی Volkmer در مورد تأثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی در تأثیر بر کاهش علائم افسردگی که در تقابل با سرمایه عاطفی قرار دارند [۱۵]، با نتایج مطالعه Ames و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی (MBCT) بر کاهش علائم افسردگی در نوجوانان [۲۳] و با نتایج فراتحلیل Ebert و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و ارتقاء برخی شاخص‌های مثبت نظیر عاطفه مثبت (۲۴)، همسویی نشان می‌دهد. درمان شناختی رفتاری و متعاقب آن درمان ذهن‌آگاهی و رویکردهای بسط یافته از این نوع درمان مانند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از نظر گرایش کلی بر نقش باورها، افکار و ذهنیات در ایجاد افسردگی تأکید ویژه‌ای می‌کنند [۱۶، ۲۲، ۲۳]. با توجه به نکات مورد تأکید در دو رویکرد درمانی شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تلاش برای تغییر شناخت‌های معیوب و تمرین آرامش و رهایی از قضاوت‌های مربوط به وقایع گذشته و آینده و تمرکز بیشتر بر زمان حال، فضای ذهنی غم آلود و افسرده نوجوانان را به فضایی سرشار از انرژی، عاطفه مثبت و احساس شادمانی تبدیل می‌کند. چنین نقشی برای درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مسیر ارتقاء سرمایه عاطفی دختران دانش آموز افسرده، دارای این تلویح مهم و ضمنی است که برای تقویت سرمایه عاطفی در افراد افسرده ضرورتی به تمرکز مستقیم بر سرمایه عاطفی و راهبردهای درمانی و آموزشی ارتقاء آن وجود ندارد. بلکه با رها ساختن ذهن و فضای ذهنی افراد افسرده از باورها و قضاوت‌های معیوب، سرمایه عاطفی و پویای انسان را از حالت سکون به جوشش درآورده و از این طریق بستر ساز تغییرات خلقی در نوجوانان افسرده می‌شود.

آخرین قسمت بحث و تبیین نتایج نیز به اثربخشی بالاتر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری و عدم تفاوت در اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری مربوط می‌گردد. در نگاهی گذرا، عدم اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سایه تفاوت معنادار درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور با درمان شناختی رفتاری و همزمان عدم تفاوت بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری و توجه به میانگین‌های سه نوع درمان (جدول ۴ را نگاه کنید)، تا اندازه‌ای نشان دهنده بالاتر بودن میانگین سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن در گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به دو درمان دیگر است. این تأثیر نسبی بالاتر، با احتمال زیاد به این دلیل است که در درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در کنار رهایی از باورها و ذهنیات ارزیابانه افسرده ساز، به فرد این فرصت را می‌دهد تا بر نقاط و چشم‌اندازهای مثبت خود و کنش و

ارتقاء سرمایه عاطفی و سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی دارای تأثیر معنادار مثبت هستند. با این حال، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری دارای تأثیرات معنادار نیرومندتری در سرمایه عاطفی کلی، عاطفه مثبت و احساس انرژی بود، ولی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان شناختی-رفتاری دارای تأثیرات برابر در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن بود. این نتایج به‌طور ضمنی موید این امر است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور ممکن است درمانی نیرومندتر از درمان‌های ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری صرف باشد.

تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به گروه کنترل در سرمایه عاطفی کلی، در عاطفه مثبت، در احساس انرژی و در شادمانی با جهت‌گیری یافته‌های ارائه شده در دو مطالعه Ivtzan و همکاران مبنی بر تأثیر ذهن‌آگاهی مبنی بر نقاط قوت انسانی در ارتقاء رضایت از زندگی، ارتقاء سیاست‌گذاری و قدردانی، شفقت به خود، خودکارآمدی، معنا و خودمختاری، تمایل به شکوفایی و تعالی [۲۷، ۲۸]، و با جهت‌گیری کلی در مطالعه مروری Niemiec [۲۹] و مطالعه Singh و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش‌های ذهن‌آگاهی متمرکز بر نقاط قوت یا همان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر بهزیستی، هدف در زندگی، روابط مثبت، استرس و رفتار نوجوانان [۳۰] دارای همسویی است. دو تفاوت بین پژوهش حاضر با پژوهش‌های مورد اشاره وجود دارد که نتایج این پژوهش را نسبت به پژوهش‌های قبلی متمایز و برجسته می‌سازد. تفاوت اول به گروه نمونه مطالعات مورد اشاره بر می‌گردد که افراد بزرگسال بوده‌اند، در حالی که نمونه پژوهش حاضر را دختران دانش آموز افسرده دارای افسردگی تشکیل دادند. به این لحاظ، این پژوهش از زمره اولین پژوهش‌هایی است که نشان از تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برای دانش‌آموزان دختر افسرده دارد. دومین تفاوت پژوهش حاضر به متغیر سرمایه عاطفی باز می‌گردد که در این پژوهش اولین بار در میان دانش‌آموزان دختر افسرده مورد بررسی قرار گرفته است.

اولین سازوکار تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر سرمایه عاطفی و مولفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر افسرده، به تمرکز و تمرین‌های درمان ذهن‌آگاهانه بر مراقبه همراه با آرامش، مواجهه غیرارزیابانه و غیرقضاوتی با افکار و باورهای منتهی به افسردگی، همزمان با تمرکز بر نقاط قوت و مثبت خود مربوط می‌شود. رویکرد درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در این پژوهش با الهام از دیدگاه‌های مطرح در باره نقاط مشترک دو درمان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری [۱۴، ۲۵، ۲۶]، بر اساس این ایده بنا و تدوین گردید که وقتی از طریق فنون درمانی ذهن‌آگاهی فرد امکان رهاسازی ذهنی خود از ارزیابی‌ها و باورهای معیوب و افسرده کننده را فراهم می‌کند، به دنبال آن این امکان برای وی فراهم می‌شود تا نیرو و توان ذهنی درگیر شده در نشخوار ذهنی در هنگام افسردگی را به مسیر تمرکز بر نقاط مثبت و توانمندی‌های انسانی و مثبت خود سوق داده و از این طریق به فراگیری استفاده بهینه‌تر از توان و نقاط مثبت خود بپردازد. تمرکز و استفاده از توان ذهنی و رفتاری خود در مسیر ارتقاء و شکوفایی توانایی‌ها، عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی و در قالبی کلی‌تر، سرمایه عاطفی سرکوب شده زیر بار عواطف و افکار منفی ناشی از افسردگی را رها ساخته و به این ترتیب بستر و زمینه برای ارتقاء سرمایه عاطفی فراهم می‌شود. ساز و کار بعدی به نقش تمرین نقاط قوت در متن درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور باز

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که به‌ترتیب درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، سپس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری در افزایش سطح سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن در دانش‌آموزان دختر افسرده متوسطه اول دارای اثربخشی هستند. بررسی‌های دقیق‌تر و جزئی نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور نسبت به درمان شناختی- رفتاری دارای تأثیر نیرومندتری بر ارتقاء سطح سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن در دانش‌آموزان دختر افسرده بود و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی- رفتاری تفاوت معناداری را نشان نداد. با توجه به نتایج به دست آمده، مشخص گردید که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور می‌تواند در کنار درمان‌های پایه دیگر و با اثربخشی بالاتر برای کمک به ارتقاء سرمایه عاطفی دختران دانش‌آموز افسرده مورد استفاده قرار گیرد. به همین جهت در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود در مدارس دخترانه در حوزه ارتقاء سرمایه عاطفی دختران دانش‌آموز افسرده بالاخص از درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و سپس از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری استفاده شود.

سپاسگزاری

این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) برابر با IR.IAU.KHUISF.REC. 1397.027 می‌باشد. بدین وسیله از دانش‌آموزان دختر و مدیران مدارس که در به سرانجام رساندن این پژوهش نقشی بی‌بدیل داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هیچگونه حمایت مالی از جانب مؤسسات و یا سازمانی خاص و با هزینه شخصی انجام شده است.

References

- Klasen F, Otto C, Kriston L, Patalay P, Schlack R, Ravens-Sieberer U, et al. Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(6):695-703. doi: 10.1007/s00787-014-0637-5 pmid: 25432629
- Cook SH, Heinze JE, Miller AL, Zimmerman MA. Transitions in Friendship Attachment During Adolescence are Associated With Developmental Trajectories of Depression Through Adulthood. *J Adolesc Health*. 2016;58(3):260-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.10.252 pmid: 26903426
- Bosak S. Prevalence of depression and associated factors in adolescents of Masjed-Soleyman. *J Pediatr Nurs*. 2016;2(4):22-7.
- Shakibaei F, Esmaeili M. Study of MDD epidemiology in students of middle school (11-16 yrs. old) Of Esfahan city in 2007-8. *J Res Behav Sci*. 1393(12):2.
- Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):37-44 e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.010 pmid: 25524788
- Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):6. doi: 10.1186/s12888-018-1591-4 pmid: 29320999
- Kordi M, Mohamadirizi S, Shakeri M, ModarresGharavi M, Salehi Fadardi J. The relationship between depression, anxiety, stress and health behaviors in high school girl students in Mashhad in year 2011-2012. *Tolooebehdasht*. 2015;13(5):56-67.
- Yue L. Meta-analysis of the Relationship between Life Events and Depression in Adolescents. *J Pediatr Care*. 2016;02(01). doi: 10.21767/2471-805x.100008
- Golparvar M. Affective capital Functions and essentials. Tehran: Jungle Javedaneh Press; 2016.
- Golparvar M, Enayati M. Structural model of the relationship between affective -collective investment with affective capital and psychosomatic complaints among nurses. *J Nurs Educ*. 2018;7(3):7(3):57-64.
- Kovacs M, Bylsma LM, Yaroslavsky I, Rottenberg J, George CJ, Kiss E, et al. Positive Affectivity is Dampened in Youths with Histories of Major Depression and Their Never-Depressed Adolescent Siblings. *Clin Psychol Sci*.

واکنش‌هایش با دنیای پیرامون تمرکز نموده و این تمرکز را تمرین نماید. البته این امکان در درمان شناختی- رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم به طور ضمنی فراهم می‌شود، ولی تردیدی نباید نمود که تمرکز بر تقویت و ارتقاء نقاط قوت و مثبت، در افراد افسرده که نظام شناختی و رفتاری آن‌ها تا زمان درمان بر مدار منفی‌نگری و خلق سطح پائین در چرخش و حرکت بوده، بدون تمرین و تمرکز ذهنی و رفتاری آشکار ممکن است کار چندان سهل و ساده‌ای نباشد. به همین جهت نیز بوده که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور که بخشی از درمان در آن بر تمرکز و تمرین در حوزه تقویت نقاط قوت و مثبت اختصاص داشته، سرمایه عاطفی و مولفه‌های آن را در سطح بیشتری ارتقاء بخشیده است.

به هر حال این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بوده است. اولین محدودیت این‌که در این پژوهش دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، مورد استفاده قرار نگرفته، لذا پایداری نتایج درمانی به دست آمده مشخص نشده است. محدودیت بعدی به جامعه آماری پژوهش که دختران مقطع متوسطه اول دارای افسردگی مربوط می‌شود. از این نظر تعمیم نتایج به پسران دانش‌آموز افسرده صحیح نیست. محدودیت دیگر این‌که در این پژوهش از پرسشنامه به شکل خودگزارش دهی استفاده شد. این شیوه سنجش نسبت به مصاحبه اطلاعات جامع و گسترده‌ای را به دست نمی‌دهد. با توجه به محدودیت‌های مورد اشاره، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی مرحله پیگیری نیز به مطالعاتی از این نوع افزوده شود، از مصاحبه برای دستیابی به اطلاعات عمیق و جامع‌تر در کنار پرسشنامه استفاده شود و علاوه بر دختران، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در کنار دیگر درمان‌ها برای پسران نوجوان افسرده نیز استفاده گردد تا از این طریق بتوان اطلاعات دقیق‌تری در باره درمان‌های مؤثر بر نوجوانان افسرده به دست آورد.

- 2016;4(4):661-74. **doi:** [10.1177/2167702615607182](https://doi.org/10.1177/2167702615607182) **pmid:** 27747139
12. Rezaee M, Hedayati A, Naghizadeh MM, Farjam M, Sabet HR, Paknahad M. Correlation between happiness and depression according to beck depression and oxford happiness inventory among university students. *Galen Med J*. 2016;5(2):75-81.
13. Yarcheski A, Mahon NE. Meta-Analyses of Predictors of Hope in Adolescents. *West J Nurs Res*. 2016;38(3):345-68. **doi:** [10.1177/0193945914559545](https://doi.org/10.1177/0193945914559545) **pmid:** 25421543
14. Freire T, Teixeira A, Silva E, Matias GP. Interventions for youth depression: From symptom reduction to well-being and optimal functioning. *J Behav Health Soci Issues*. 2014;6(2):9-19.
15. Depression AMIAM-AotEoAa. 2019 [cited 2020]. Available from: https://fisherpub.sjfc.edu/education_etd/255/.
16. A Meta-Analysis of School-Based Depression Prevention Programs for Children and Adolescents 2014 [cited 2020]. Available from: <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4969&context=etd>.
17. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59(4S):S49-S60. **doi:** [10.1016/j.jadohealth.2016.06.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020) **pmid:** 27664596
18. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, et al. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(5):804-16. **doi:** [10.1016/j.pec.2017.10.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015) **pmid:** 29103882
19. Senf K, Liao AK. The Effects of Positive Interventions on Happiness and Depressive Symptoms, with an Examination of Personality as a Moderator. *J Happi Stu*. 2012;14(2):591-612. **doi:** [10.1007/s10902-012-9344-4](https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4)
20. Woodworth RJ, O'Brien-Malone A, Diamond MR, Schuz B. Happy Days: Positive Psychology interventions effects on affect in an N-of-1 trial. *Int J Clin Health Psychol*. 2016;16(1):21-9. **doi:** [10.1016/j.ijchp.2015.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.006) **pmid:** 30487847
21. Honarmand Zadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. *Posit Psychol*. 2016;2(2):35-50.
22. Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Netherlands: Elsevier; 2015.
23. Ames CS, Richardson J, Payne S, Smith P, Leigh E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2013;19(1):74-8. **doi:** [10.1111/camh.12034](https://doi.org/10.1111/camh.12034)
24. Ebert DD, Zarski AC, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One*. 2015;10(3):e0119895. **doi:** [10.1371/journal.pone.0119895](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895) **pmid:** 25786025
25. Hamilton NA, Kitzman H, Guyotte S. Enhancing Health and Emotion: Mindfulness as a Missing Link Between Cognitive Therapy and Positive Psychology. *J Cogn Psychother*. 2006;20(2):123-34. **doi:** [10.1891/jcop.20.2.123](https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.123)
26. Cebolla A, Enrique A, Alvear D, Soler J, García-Campayo J. Psicología positiva contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo Psychol Papers*. 2017;37(1). **doi:** [10.23923/pap.psicol.2017.2816](https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2017.2816)
27. Ivtzan I, Niemiec RM, Briscoe C. A study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. *Int J Wellbeing*. 2016;6(2):1-13. **doi:** [10.5502/ijw.v6i2.557](https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.557)
28. Ivtzan I, Young T, Martman J, Jeffrey A, Lomas T, Hart R, et al. Integrating Mindfulness into Positive Psychology: a Randomised Controlled Trial of an Online Positive Mindfulness Program. *Mindfulness*. 2016;7(6):1396-407. **doi:** [10.1007/s12671-016-0581-1](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0581-1)
29. Niemiec RM. Mindful living: Character strengths interventions as pathways for the five mindfulness trainings. *Int J Wellbei*. 2012;2(1):22-33. **doi:** [10.5502/ijw.v2i1.2](https://doi.org/10.5502/ijw.v2i1.2)
30. Singh NN, Lancioni GE, Winton ASW, Karazsia BT, Myers RE, Latham LL, et al. Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) for Mothers of Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Effects on Adolescents' Behavior and Parental Stress. *Mindfulness*. 2014;5(6):646-57. **doi:** [10.1007/s12671-014-0321-3](https://doi.org/10.1007/s12671-014-0321-3)