Compare Effectiveness of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Social Anxiety and Communication Skills of Female Students with Depression

Fatemeh Sadat Tabatabaienejad: Ph.D. student of psychology, department of psychology, school of psychology and educational sciences, Islamic Azad university, Isfahan, Khorasgan branch, Isfahan, Iran.

Mohsen Golparvar*: Associate professor, department of psychology, school of psychology and educational sciences, Islamic Azad university, Isfahan, Khorasgan branch, Isfahan, Iran. drmgolparvar@gmail.com

Asghar Aghaei: Professor, department of psychology, school of psychology and educational sciences, Islamic Azad university, Isfahan, Khorasgan branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Depressed female students suffer many problems such as social anxiety and poor communication skills. The aim of this study was to compare the effectiveness of positive directed mindfulness therapy(PDMT), mindfulness-based cognitive therapy(MBCT) and cognitive-behavioral therapy(CBT) on social anxiety and communication skills of female students with depression.

Methods: This was a semi-experimental study with pretest and posttest stages which applied on four groups. Based on criteria of entry and exit; from three-hundred, lower secondary school depressed female students in Nain 2017; sixty persons were selected and randomly assigned in three therapeutic and a control groups; fifteen people per groups. For measuring the dependent variables; social anxiety and communication skills questionnaires where applied in the pretest and posttest stages. Three groups of positive directed mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive-behavioral therapy received twelve sessions of therapy; while the control group did not receive any. Then data were analyzed by analysis of multivariate analysis of covariance.

Results: After controlling four groups with pretest; the results of posttest showed that there is a significant difference in social anxiety and communication skills of the positively directed mindfulness, mindfulness-based cognitive, and cognitive-behavioral therapy groups and the control group.($p<0.001$)

Also, there is a significant difference between positive directed mindfulness therapy and mindfulness-based cognitive therapy with cognitive-behavioral therapy in communication skills.

Conclusions: The findings of this research showed that positive directed mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive-behavioral therapy are an effective treatment to decrease social anxiety and increase of communication skills of female students with depression. However positive directed mindfulness therapy can be used to reduce the social anxiety of these students more than other therapies.

Keywords

Social Anxiety

Communication Skills

Mindfulness Therapy

Positive Psychology

Cognitive-Behavioral Therapy

Female Students with Depression

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 12 May 2018
Accepted: 27 Oct 2018

Please cite this article as follows: Tabatabaienejad FS, Golparvar M, and Aghaei A. Compare effectiveness of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on social anxiety and communication skills of female students with depression. Quarterly journal of social work. 2018; 7 (3); 05-16

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

مقایسه‌اثربخشی‌درمان‌ذهن‌آگاهی‌مثبت‌محور،شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی‌و‌درمان‌شناختی‌رفتاری‌بر‌اضطراب اجتماعی‌و‌مهارت‌های‌ارتباطی‌دانش‌آموزان‌دختر‌افسرده

فاطمه‌سادات طباطبائی‌نژاد: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

محسن گل پرور*: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران.
drmgolparvar@gmail.com

اصغر آقایی: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی ضعیف از زمره مشکلاتی است که دختران دانش‌آموز افسرده از آن رنج می‌برند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محورPDMT، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهیMBCT و درمان شناختی رفتاری CBT بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده اجرا شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش، چهارگروهی با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به‌منظور انجام پژوهش از میان سی صد دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در سال ۱۳۹۶، شصت نفر به‌صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش(۱۵ نفربرای هر گروه) و یک گروه کنترل (پانزده نفر) گمارده شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش پرسشنامه اضطراب اجتماعی و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری هر یک به مدت دوازده جلسه، تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری مانکوا تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که بین درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.($p<۰/۰۱$) همچنین درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان شناختی و رفتاری در مهارت‌های ارتباطی دارای تفاوت معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش مهارت‌های ارتباطی دختران دانش‌آموز افسرده درمان‌های موثری هستند. با این حال درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور را می‌توان برای کاهش اضطراب اجتماعی این دانش‌آموزان بیشتر از دیگر درمان‌ها استفاده نمود.

واژگان کلیدی

اضطراب اجتماعی

مهارت‌های ارتباطی

درمان ذهن‌آگاهی

روانشناسی مثبت‌نگر

درمان شناختی رفتاری

دانش‌آموزان دختر افسرده

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۵

نحوه استناد به مقاله:
فاطمه‌سادات طباطبائی‌نژاد، محسن گل پرور و اصغر آقایی. مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۷؛ ۷ (۳): ۱۶-۰۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

مقدمه

در طبقه‌بندی آماری و تشـخیصی اختلال‌های روانی، نشـانگان افسردگی شامل خلق افسرده به‌صورت احساس غمگینی، پوچی، ناامیدی و خلق تحریک‌پذیر در نوجوانان می‌باشـد. همچنین کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها، کاهش یا افزایش وزن و اشـتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، سراسیمگی، خسـتگی، کاهش توانایی تمرکز در افراد مبتلا وجود دارد.(۱) افسردگی با شروع زودرس بالاخص در دوران کودکی و نوجوانی در صورت عدم مداخله به هنگام موثر می‌تواند ادامه یافته و در زندگی بعدی نوجوانان نیز پیامدهای زیانباری را ایجاد نماید.(۲) این پدیده می‌تواند باعث کناره‌گیری اجتماعی، ناسـازگاری، طرد و ارتباط ضعیف با همسالان، ارزیابی منفی غیر واقع بینانه، نشخوار فکری با شکست‌های گذشته، احساس مسئولیت اغراق آمیز در مورد وقایع ناگوار و ناتوانی در تصمیم‌گیری بسیاری از نوجوانان شود.(۳، ٤و٥)

یکی از مشـکلات مرتبط و یا همراه با افسـردگی در نوجوانان، اضطراب اجتماعی اسـت.(٦) این اختلال با ترس شـدید از مـورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌هـای اجتماعی یا موقعیت‌هایی که فرد در حال انجام عمل یا فعالیتی اسـت، قابل تشخیص است. سوگیری در توجه همراه با تحریف در تفسیر نشانه‌های درونی مانند افکار و تصویر بدنی و نشانه‌های بیرونی مانند ابراز چهره‌ای دیگران از زمره مسـائل همراه در این اختلال اسـت. در واقع در افراد مبتلا به سـطوح بالای اضطراب اجتماعی، احتمال خطرات نهفته در موقعیت‌های اجتماعی، بیش از حد طبیعی بها داده شـده و برآورد می‌شـود.(۷) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تقریبا همیشـه نشانه‌های اضطراب نظیر ضربان قلب بالا، تعریق، اختلال‌های گوارشی، گرفتگی عضلات و سرخ شدن را تجربه می‌کنند.(۸) این نوجوانان به دلیل تعامل و روابط اجتماعی ضعیفتر و توانایی سازگاری پایین‌تر نسـبت به همسالان خود، مشکلاتی را در زمینه روابط اجتماعی، رشد شغلی و پیشرفت تحصیلی تجربه می‌کنند.(۹، ۱۰و۱۱) تقریبا دو سـوم افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به یک یا چنـد اختلال اضطرابی دیگر نیز در مقطعی از زندگی خود مبتلا هسـتند و در حدود پنجاه درصد به‌طور همزمان از اختلال افسـردگی نیز رنج می‌برند.(۱۲) البته تفاوت‌های جنسیتی نیز در میزان همبودی اضطراب اجتماعی با افسـردگی وجود دارد، به ترتیبی که همبودی دو اختلال در میان دختران ۵۱/۷٪ و در پسـران ۲۷/۹٪ گزارش شـده اسـت.(۱۳) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور معمول از موقعیت‌های ترس آور اجتناب کرده، ولی اگر مجبور به رویارویی با این موقعیت‌ها شوند اضطراب شدیدی را در خود احساس خواهند کرد.(١٤)

از طرف دیگر با وجود این‌که مهارت‌های ارتباطی جز بزرگترین پیشرفت‌های بشر به‌حساب می‌آید، اما بیشتر نوجوانان قادر به برقراری یک رابطه خوب و موثر نیستند، و این فقدان مهارت‌های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل بین‌فردی باعث بروز ناسازگاری‌ها و تعارضات بین‌فردی در نوجوانان می‌شود.(۱۵) از نظر تحولی، روابط اولیه فرد با افراد مراقبت کننده در زمان کودکی و نوجوانی باعث می‌شود فرد مهارت برقراری روابط صمیمانه درازمدت را که با اعتماد متقابل همراه می‌شود، کسـب کند.(١٦) پژوهش لیزینس‌کین و همکاران۲۰۱۸ نشـان داده که دلبسـتگی به والدین و همسالان که در روابط بین فردی از جایگاه حساسـی برخوردار است، دارای سه مولفه ضروری یعنی اعتماد، برقراری رابطه و بیگانگی است.(۱۷) این سه مولفه روابط نزدیک و صمیمانه را از روابط غیرصمیمانه که چندان هم برای بهزیستی و سلامتی نوجوانان مفید نیستند را از یک دیگر متمایز می‌کنند. در تایید ضرورت توجه به مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان، کاستیلو و همکاران۲۰۱۳ نیز نشان دادند که آموزش هوش هیجانی مبتنی بر مهارت ارتباط بین فردی با سطح بالایی از خشنودی در روابط شخصی رابطه دارد و زمینه‌ساز سلامتی بالاتر است.(۱۸)

به هرحال همراهی افسـردگی در نوجوانان با مشـکلاتی نظیـر اضطراب اجتماعی و ایجاد تداخل خلق افسـرده در روابط بین‌فردی نوجوانان، از سـال‌ها پیش درمانگران را بر آن داشـته تا به‌دنبال درمان‌های موثر برای افسردگی و مشکلات مرتبط با آن باشـند. مروری بر متون علمی در دسـترس نشـان می‌دهد که تاکنون برای درمان اختلال افسـردگی طیف متنوعی از درمان‌های شـناخته شـده و از آن جمله درمان‌شـناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، در سـال‌های اخیر مداخله‌های روانشناسـی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌های مورد اشـاره برای کمک به نوجوانان افسـرده مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. روانشناسـی مثبت‌نگر رویکردی متمرکز بر افزایش توانایی‌ها و نقاط قوت انسـانی اسـت و این امکان را برای انسان‌ها فراهم می‌آورد تا در مسـیر موفقیت هرچه بیشتر حرکت کنند.(۱۹و۲۰) در کنار درمان‌هـای مثبت‌نگـر، درمان ذهن‌آگاهی با تمرکز بر آگاهی برخاسـته از توجه هدفمند و غیـر قضاوتی در لحظه کنونی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

بـه شـرایط همانگونه که هسـتند، می‌توانـد به نوجوانـان کمک کند تا با پذیرش خود، در مسـیر شـکوفایی توان و اسـتعداد نهفته‌شان گام بردارند. ذهن‌آگاهی، روشـی برای تغییر از حالت انجام دادن به حالت بودن ذهن اسـت. به‌عبارت دیگر در این روش درمانی بایسـتی نوجوان با گشـودگی بـه موقعیت‌ها نزدیک شـود، حتی اگر متوجه شـود که چنین موقعیت‌هایی احساسـاتی مثل تـرس را در وی به‌وجود می‌آورند. (۲۱) پژوهش‌های گذشـته اثربخشـی درمان ذهن‌آگاهی را بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی نشـان داده‌اند. نتایج پژوهـش بیچمین و همکاران۲۰۰۸ نشـان داد که درمان ذهن‌آگاهی بر ارتبـاط اجتماعی و اضطراب نوجوانان اثر بخش اسـت.(۲۱) همچنین نتایج مطالعه شـمرتز۲۰۱۳ حاکی از اثربخشـی درمـان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و نگرش ناکارآمد دانشجویان افسرده بوده اسـت.(۲۲) نتیجه پژوهش هافمن و همکاران۲۰۱۰ گویای تاثیر درمان ذهن‌آگاهی بـر کاهش اضطراب و افسـردگی نوجوانان اسـت.(۲۳) پژوهش هوپرت و همکاران۲۰۱۰ حاکی از تاثیر آموزش ذهن‌آگاهی در مدارس در افزایش بهزیسـتی روان‌شناختی دانش‌آموزان می‌باشد.(۲٤) مطالعه کاویانی و همکاران۱۳۸۷ از تاثیر درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش افـکار خـود آیند منفـی، نگرش ناکارآمـد افسـردگی و اضطراب در دانشـجویان دختر حکایت می‌کند.(۲۵) در مطالعه شـونرت ریچل و همکاران تاثیر درمان ذهن‌آگاهی بر مهارت‌های ارتباطی و توانش هیجانی و اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان نشان داده شده است.(۲٦) در کنار درمان‌های متمرکز بر ذهن‌آگاهی، یکی از درمان‌های سـنتی مطرح در زمینه افسـردگی، درمان شـناختی رفتاری است. در این نوع درمان، تشخیص، ارزیابی، کنترل و تغییر افکار منفی وابسته به رفتارهای فردی، به‌منظور بازسازی شناختی، به نوجوان آموزش داده می‌شود.(۲۷) در همین راسـتا پژوهش گلدین و همکاران۲۰۰۹ نشـان داد که ترکیب مواجهه و بازسـازی شـناختی در کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان موثر اسـت.(۲۸) نتایج پروژهـش هافمن و همکاران۲۰۰٦ نشـان داد که درمان شـناختی رفتاری برای کاهش افسردگی، اضطراب اجتماعی و مشـکلات ارتباطـی اثربخش اسـت.(۲۹) پژوهـش داداش زاده و همکاران۲۰۰۹ حاکی از اثربخشـی درمان شـناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر اضطراب اجتماعی دانشـجویان است.(۳۰) پژوهش ویلکینسون و همکاران۲۰۰۸ حاکی از تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر نشـخوار فکری و حالات خلقی پایین نوجوانان افسـرده می‌باشد.(۳۱) همچنیـن پژوهش یاهاو و همـکاران۲۰۰۸ نیز حاکـی از تاثیر مداخله شناختی رفتاری بر افزایش مهارت ارتباط بین فردی و کاهش اضطراب در نوجوانان می‌باشد.(۳۲)

نگاهـی بـه نتایـج پژوهش‌هـای گذشـته در حـوزه درمان‌هـای مثبت‌نگر،(۱۹و۲۰) درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی(۳۳و۳٤) و درمان شـناختی رفتاری،(۲۷) حاکی از تاثیر مثبت این نوع درمان‌ها بر طیف متنوعی از مسـائل مختلف نوجوانان است. با این حال، از لحاظ نظری و از لحاظ پژوهشی، طی سال‌های اخیر برخی از اندیشمندان با هدف بسط و گسترش ظرفیت‌هـای درمانی بـرای نوجوانان و حتی افراد بزرگسال و کودکان، از حلقه‌های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی سـخن به میـان آورده‌اند. امکان تلفیق برخی درمان‌ها با یکدیگر بیشـتر از این نظر مطرح شـده که امکان اسـتفاده از نقاط قوت درمان‌هـا در کنار یک‌دیگـر را فراهم می‌کند. برای نمونه سـبولا و همکاران۲۰۱۷ بـا مروری عمیـق و جامع نشـان داده‌اند که ذهن‌آگاهی خود یک سـازه مثبت‌نگر است که با ادغام عمیقتر در درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر دیگـر، امکان بهره بردن از ظرفیت دو درمـان ذهن‌آگاهـی و مثبت‌نگـری در کنار یک‌دیگـر را فراهم می‌کننـد.(۳۵) این ادعا با مجموعه شـواهدی که طی سـال‌های اخیر از رابطه و اسـتفاده همزمان مثبت‌نگری و ذهن‌آگاهی به‌دسـت آمده همسویی قابل توجهـی نشـان می‌دهـد. بررسـی گارلند و همـکاران۲۰۱۷ و نیمیـک و همکاران۲۰۱۲ بر امکان ترکیـب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز برنقاط قوت انسـانی نشـان داده که هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشـی، ترکیب ذهن‌آگاهـی و مثبت‌نگری می‌تواند زمینه سـاز تاثیرات چشـمگیر درمان باشـد.(۳٦و۳۷) پیینـگ و همـکاران۲۰۱۳ نشـان دادند کـه ذهن‌آگاهی موجب افزایش هرچه بیشـتر عزت‌نفس که در حوزه روانشناسـی مثبت‌نگر از جایگاه مهمی برخوردار اسـت، می‌شـود.(۳۸) سـبولا و همـکاران۲۰۱۷ در پژوهشـی نشـان دادنـد کـه درمـان ذهن‌آگاهـی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیسـتی روان‌شـناختی نوجوانـان موثر اسـت.(۳۵) بررسی‌های واترز و همکاران۲۰۱۳، انگ۲۰۱۳ و پژوهـش ایوتزیـن و همکاران۲۰۱٦ نشـان

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

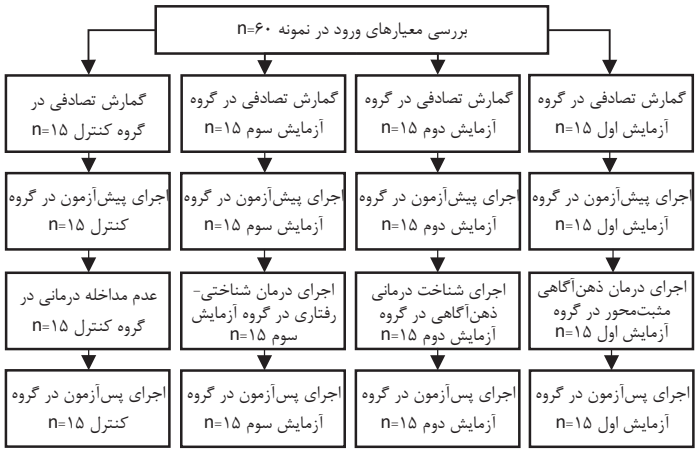
دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت نگری در آموزش و درمان بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود در دانش‌آموزان موثر است.(۳۹، ۴۰و۴۱)

به‌طور خلاصه در منطق ترکیب میان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری می‌توان گفت که فنون ذهن‌آگاهی نظیر تمرکز زدایی، مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش با بارگذاری در متن مثبت‌نگری این امکان را فراهم می‌کند تا نوجوانان بتوانند همزمان از فشار باورها، نگرش‌ها و افکار ناکارآمد معطوف به گذشته و آینده، خود را رها ساخته و با تمرکز بر نقاط قوت کنونی خود نظیر خرد، دانایی، انسانیت، خودشکوفایی، شجاعت، عدالت و اعتدال مسیری کارآمدتر را برای خود در زندگی باز کنند.(۳۹و۴۰) با توجه به نکات یاد شده، و با توجه به این که تا کنون در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت محورمورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، در این پژوهش برای اولین بار در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر را متناسب با نیاز دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی طراحی و برای بررسی اعتبار مقایسه‌ای، این درمان در کنار دو درمان شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌کار گرفته شد. بنابراین در راستای رفع کم بودهای موجود در حوزه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، مطالعه حاضر با تمرکز بر این سوال که آیا درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده متوسطه اول دارای اثربخشی متفاوتی است؟ اجرا شده است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و در قالب طرح چهار گروهی (کنترل، MBCT، PMT و CBT) اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول سه مدرسه شهر نائین بود که به گزارش آموزش‌وپرورش، مدیران و مشاوران مدارس دارای تعداد قابل توجهی دانش آموز دختر دارای علائم افسردگی بودند. تعداد کل آن‌ها در پائیز سال ۱۳۹۶، ۳۰۰ نفر بود که از میان آنها ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. مهم‌ترین ملاک ورود به مطالعه حاضر برای اعضای نمونه کسب نمره متوسط ۲۰ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II یا BDI-II) بوده است. در BDI-II نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشانه افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ به‌عنوان افسردگی شدید تلقی می شود. لازم به ذکر است که نمرات افسردگی شدید و بسیار شدید در این مطالعه به دلیل وقوع اثر سقف و همچنین غیراخلاقی بودن در انتظار درمان قرار دادن افراد مورد مطالعه، استفاده‌نشده است. سپس نمونه انتخاب‌شده به‌طور تصادفی در چهار گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه های PMT، MBCT و CBT طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی در این مدت دریافت ننمود. در آغاز دوره درمان و سپس در پایان دوره درمان هر چهار گروه مجدد از طریق پرسشنامه های پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند. اجرای پژوهش درمجموع ۳ ماه به طول انجامید.

نمودار(۱) نمودار CONSORT



ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش

ملاک‌های ورود: رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، تحصیل در مقطع متوسطه اول، ابتلا به افسردگی بر اساس مصاحبه و اجرای پرسشنامه افسردگی بک.

ملاک‌های خروج: 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. گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، گروه درمان ذهن‌آگاهی و گروه درمان شناختی رفتاری طی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی در این مدت دریافت ننمود. لازم به ذکر است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط دانش‌آموزان ایرانی تهیه و

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

تدوین گردید. ضریب توافق پنج داور، در مورد این بسته درمانی نوین به‌طور میانگین در سطح مطلوبی (نود و یک صدم) به‌دست آمد. علاوه بر این طی یک مطالعه مقدماتی تاثیر این بسته درمانی در کاهش افسردگی و مشکلات وابسته به آن بررسی و تایید گردید. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناختی و درمان شناختی رفتاری نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده شده قبلی (۱۳، ۲۵و۳۰) در این پژوهش اجرا شده است. در جداول شماره یک، دو و سه خلاصه جلسات درمانی برای سه نوع درمان مورد استفاده در پژوهش ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی: رعایت راز داری کامل برای تک تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش، کسب رضایت نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش. در عین‌حال گروه کنترل که زحمت شرکت در پژوهش را بر خود هموار کرده بودند، در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به‌شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از درمان‌های ذهن‌آگاهی مثبت محور، درمان ذهن‌آگاهی و یا درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. این پژوهش همچنین دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه می‌باشد.

جدول(۱) جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور

جلسات	جلسه/// اهداف/// شرح جلسات و تکنیک‌ها (زمان هر جلسه نود دقیقه)
اول	آشنایی درون‌گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن و در نهایت آشنایی با درمان ذهن‌آگاهی مثبت محورو نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی./// اجرای پیش‌آزمون، معرفی افسردگی و علایم آن، معرفی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و چگونگی استفاده از آن برای مقابله با افسردگی با تمرکز بر عواطف مخرب و منفی مرتبط با افسردگی، تمرکز بر نقاط مثبت زندگی در سطح ذهن و رفتار نوجوان، تاکید بر اینجا و اکنون و جمع‌بندی و ارائه مطالب و تکالیف خانگی.
دوم	آموزش فنون مراقبه بالاخص مراقبه کشمش و تمرکز بر تقویت ارزشمندی و رضایت از خود در متن امید و خوش‌بینی./// معرفی فنون شش‌گانه ذهن‌آگاهی از نگاه مثبت محور و تناسب آن با مشکلات مربوط به افسردگی، اهداف و محورهای اصلی آن، آموزش مراقبه کشمش همراه با تمرکز بر نقاط قوت خود و احساس ارزشمندی و امیدواری و خوش‌بینی، جمع‌بندی مباحث و ارائه تکالیف خانگی.
سوم	آموزش شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش بازداری هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خردو دانایی و ابعاد آن./// توضیح در زمینه خود تنظیمی خلق و هیجان و یادگیری مهارت‌های انجام آن همراه با تاکید بر فضیلت خرد و معرفی ابعاد آن، مراقبه تنفس آگاهانه همزمان با تمرکز بر توانمندی‌های خردورزی، تنوع دوستی و عشق و مهربانی، عدالت جویی، شجاعت، تعالی و شکوفایی به دانش‌آموزان، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ دانش‌آموزان به سوالات به فضیلت خرد و باور به این توانایی در خود، جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی.
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 دستور العمل لذت‌چشی، تمرکز بر اینجا و اکنون و زندگی در لحظه و جستجوی اهداف مثبت در زمان کنونی و عدم توجه به گذشته و آینده./// معرفی ذهن آگاهی برای ورود به نقش تجارت ذهنی بهینه و جاری بودن مثبت و فعال در زندگی توضیح در زمینه شادی و تکنیک‌های مرتبط با آن، معرفی معنا و مفهوم تغییر رابطه خود با تجارت درونی خود نظیر اضطراب اجتماعی، کشمکش‌های وسواسی و احساس ناتوانی رفتاری، آموزش روابط بین فردی بر کنترل ذهنی هیجان‌ها، بحث درمورد احساسات و اهمیت هیجان‌های مثبت، جمع‌بندی مباحث و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	آموزش ذهن‌آگهی در حوزه خودآگاهی از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، باورها، افکار و ارزش‌های خود همزمان با تلقین مثبت در زمینه توانمندی‌ها و ارتقا جنبه‌های مثبت زندگی./// توضیح در زمینه خود آگاهی و اجزا آن به دانش‌آموزان، همچنین به شرکت‌کنندگان گفته شد درضمن انجام مراقبه‌های ذهن‌آگاهانه برنقاط قوت خود ازطریق تصویرسازی ذهنی توانمندی‌ها تمرکز کنند و تلقین به نفس مثبت داشته باشند، ارائه تکلیف خانگی.
ششم	آموزش فنون مراقبه وارسی بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف‌گذاری شناختی و فکری روی نقاط قوت‌و علائق و احساسات خود، افزودن ارزش‌های رایج (شجاعت، مهربانی، امیدواری و رعایت حقوق دیگران) به نقاط قوت، احساسات و علائق خود و لیست کردن اهداف./// توضیح در زمینه هدف‌گذاری شناختی و فکری در زمینه، احساسات، علائق و نقاط قوت خود، اضافه کردن فهرستی از ارزش‌های خود به احساسات و علایق و تهیه فهرستی از اهداف خویش، همچنین مراقبه وارسی بدن به دانش‌آموزان، آموزش داده شد، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل مربوط به فضیلت شجاعت و باور داشتن به این توانایی خود، ارائه تکالیف خانگی.
هفتم	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، مورد باز خواست 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 و استفاده از واژه چگونه به جای چرا./// توضیح در زمینه استمرار در تمرین افکار مثبت و فرصت‌های تفکر مثبت از طریق سازگاری با مشکلاتی که دانش‌آموزان نمی‌توانند حل کنند، تفکر و اندیشه مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی ازطریق شناسایی الگوهای فکری و توجه به آن‌ها و جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی برای دانش‌آموزان شرح داده شد، ارائه تکلیف خانگی.
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)./// توضیح درمورد اینکه توانایی‌های انسان در شش گروه خرد و دانایی، شجاعت، تنوع‌دوستی، عدالت جویی، اعتدال و تعالی قرار می‌گیرد و تمرکز بر ارزش‌های درونی در عمل، تمرین مراقبه تنفس همراه با تمرکز بر تصویرسازی آرامش و ابعاد انسانیت و تمرین مجدد تکنیک‌های امیدواری و شادی و خوش‌بینی، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
نهم	آموزش آگاهانه قدم‌زدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش توجه آگاهانه، آموزش زندگی آگاهانه، استمرار طراحی اهداف و اهمیت آن‌ها، تاکید بر توانمندی‌های خود متناسب با نقاط قوت جهت مرتفع کردن مشکلات رفتاری و شناختی و انفعال هیجانی./// مراقبه قدم زدن و مراقبه نشستن و مراقبه در زندگی روزمره برای دانش‌آموزان بیان شد و به آن‌ها گفته شد که همزمان بر ارتقای فضیلت عدالت تمرکز کنند، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ به سوالات مربوط به فضیلت عدالت و باور این توانایی در خود، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
دهم	آموزش ایجاد رابطه مثبت با دیگران، آموزش آگاهانه جراتمندیو مهارت ارتباط موثر با دیگران و نقش آن در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، معرفی جایگزین‌های مثبت جهت مقابله با عادت‌های ارتباطی منفی و تعیین روابط مثبت، معرفی شوخ طبعی و تکنیک‌های آن و نقش آن بر ارتباطات بین فردیو سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر استرس‌های روزمره./// مهارت برقراری روابط خوب و مثبت آگاهانه با اطرافیان به آن‌ها آموزش داده شد، همچنین شوخ‌طبعی و تکنیک‌های آن و اهمیت آن در روابط بین فردی برای دانش‌آموزان توضیح داده شد، ارائه تکلیف خانگی.
یازدهم	استمرار مراقبه نشسته و مراقبه وارسی بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل‌کردن بایدها و نبایدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ابهام موقعیت./// به دانش‌آموزان گفته شد که ضمن انجام مراقبه وارسی بدن و مراقبه نشسته به ثبت رویدادهای خوشایند و همچنین رویدادهای ناخوشایند زندگی بپردازند، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل در حوزه میانه‌روی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
دوازدهم	انجام تمرینات کششی هاتایوگاو نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری و ارتباط ذهن‌و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی./// تمرینات کششی هاتا یوگا برای دانش‌آموزان شرح داده شد و ضمنا این تمرین همراه با تمرکز بر تعالی و شکوفایی انجام شد، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ به سوالات مربوط به فضیلت انسانیت و باور دانش‌آموز نسبت به داشتن این توانایی، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات. درنهایت از دانش‌آموزان برای شرکت در گروه تشکر کرده و پس‌آزمون اجرا شد.

ابزار پژوهش: از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرهای وابسته پژوهش استفاده شده است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: پرسشنامه اضطراب اجتماعی نخستین بار توسط کانور و همکاران۲۰۰۰ به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه در سه حیطه نشانه‌های بالینی ترس، اجتناب و نشانه‌های فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های عملی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره گذاری است.(۴۲) پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. پایایی آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطرابی اجتماعی برابر با هفتاد و هشت صدم تا هشتاد و نه صدم و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار نود و چهار صدم گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (صفر= به هیچ وجه، یک=کم، دو= تا اندازه‌ای، سه= زیاد، چهار= خیلی زیاد) است و بر اساس نتایج به‌دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش چهل با کارآیی دقت تشخیص هشتاد درصد و نقطه برش پنجاه با کارآیی دقت تشخیص هشتاد و نه درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند.(۴۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر باهشتاد و پنج صدم به‌دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: این پرسشنامه دارای نوزده سوال است و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباط بین‌فردی در افراد می‌باشد. مقیاس پاسخگویی آن از نوع لیکرت پنج درجه‌ای (بسیار پایین=یک، پایین=دو، رضایت بخش=سه، خوب=چهار و بسیار خوب=پنج)است. برای به‌دست

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه نوزده تا نود و پنج را در بر می‌گیرد و نمره‌های بالاتر نشان دهنده مهارت ارتباط بین فردی بالاتر در شخص پاسخ دهنده خواهند بود و برعکس. منجمی‌زاده۱۳۹۱ در راستای روایی همزمان این پرسشنامه همبستگی برابر با ۰/۶۹۸ را بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط موثر گزارش نموده است. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با هفتاد و سه صدم گزارش شده است.(۴۳) آلفای کرونباخ پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی در پژوهش حاضر برابر با نود و نه به‌دست آمد.

پس از این‌که شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، در هر چهار گروه پیش‌آزمون با استفاده از دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی اجرا شد، سپس گروه‌های آزمایش، یعنی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری به‌صورت گروهی و طی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه محتوای جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در سه جدول شماره یک، دو و سه ارائه شده است.

در تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS20 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی میانگین و انحراف‌معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پس از بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. لازم به‌ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری یا مانکوا، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو ویلکز،(P>۰/۰۵)

جدول(۲) جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	اهداف/// شرح جلسات و تکنیک‌ها (زمان هر جلسه نود دقیقه)
جلسه اول	آشنایی اولیه، شرح جلسات و اعلام قوانین گروه، تشکیل گروه دو نفره و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضاء گروه، تمرین خوردن کشمش و اجرای پیش‌آزمون./// معرفی درمان MBCT و تناسب آن با مشکلات مربوط به افسردگی، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره افسردگی و ویژگی‌های سن نوجوانی و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	تمرین خوردن کشمش و تمرین مراقبه وارسی بدنی./// آموزش مراقبه کشمش و مراقبه وارسی بدن به دانش‌آموزان، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند و تمرین مراقبه نشسته./// آموزش مراقبه نشسته به دانش‌آموزان، توضیح درمورد اینکه دانش‌آموزان به بررسی افکار و احساسات خود پرداخته و وقایع خوشایند خویش را فهرست کنند، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکارو احساسات و تنفس با حضور ذهن./// آموزش مراقبه تنفس به نوجوانان همراه با حضور ذهن، توضیح در زمینه پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	تمرین دیدن یا شنیدن آگاهانه، مراقبه نشستن و بحث پیرامون بودن در لحظه حاضر./// آموزش مراقبه نشستن و زندگی در لحظه و عدم توجه به گذشته و آینده، تمرین زندگی آگاهانه و تمرکز به فعالیت‌های انجام شده در زمان کنونی و رهاسازی ذهن از افکار منفی، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	تمرین تماس با افکار اجتنابی، انجام مراقبه نشسته و همزمان ارتباط با افکار خوشایند و ناخوشایند و نوشتن افکار و توجه به تنفس./// اجرای مراقبه نشسته همزمان با برقراری ارتباط با افکار خوشایند و ناخوشایند و عدم قضاوت در مورد افکار، یادداشت افکار و اجرای مراقبه تنفس جهت مدیریت اشتغالات ذهنی منفی تکرارشونده، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	نوشتن افکار و توجه به تنفس و بحث در خصوص مدلسازی ذهن‌آگاهی ازافکار مربوط به افسردگی./// استمرار در انجام مراقبه تنفس و تمرکز بر آن و آگاهی از احوال خود در هر لحظه و توجه به این نکته که در زمان پردازش افکار و احساسات و شناخت‌های خود، دانش‌آموزان آن‌ها را بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهند، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	تمرین نشستن آگاهانه، گسترش آگاهی از افکار، بحث و تمرین پذیرش افکار، مراقبه نشسته متضاد و تمرین فکر کردن./// اجرای مراقبه نشسته آگاهانه، همچنین بحث با دانش‌آموزان درمورد افکار و پذیرش بدون قضاوت آن، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه نهم	مراقبه نشسته طولانی مدت، بحث در خصوص فکر بودن افکار نه واقعیت داشتن آن‌ها و آگاهی و شناسایی افکار منفی و راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها./// توضیح در زمینه اینکه افکار فقط فکر هستند و واقعیت نیستند و اینکه افکار تاثیر زیادی بر عواطف و احساسات جسمانی داشته و خود افکار نیز از عواطف و احساسات جسمی تاثیر می‌پذیرند، همچنین به شناسایی اهداف منفی و راهبردهای مقابله با آن ازطریق روش پذیرش بدون قضاوت پرداخته شد، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی
جلسه دهم	تمرین نوار در ذهن برای آگاهی از افکار و بحث و تمرین با افکار محدودکننده ذهن در افسردگی./// توضیح این مورد که چنانچه نوجوانان افکار مربوط به افسردگی خود را بارها و بارها در ذهن خود تکرار کنند، نامیدن الگوهای ذهنی روشی است که به ایشان کمک می‌کند تا هروقت که مطرح می‌شوند آن‌ها را بشناسند. از یک طرف افکار به مرحله عمل گذارده شده و از سوی دیگر آنقدر ادامه می یابند تا خاموش شوند، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه یازدهم	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین‌ها، شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با علائم افسردگی و تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق./// تمرین مراقبه نشسته و مراقبه تنفس در جلسه آموزشی، توضیح بیشتر در زمینه فعالیت و خلق افراد افسرده و مدیریت کردن افکار منفی از طریق تمرینات مذکور، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوازدهم	تمرین مراقبه وارسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی‌و اجرای پس‌آزمون(دادخواه، ۱۳۹۵)./// آموزش و تمرین مراقبه وارسی بدن و آرامش در تمامی اعضای بدن نوجوانان و مشاهده و پذیرش بدون قضاوت افکار منفی مربوط به افسردگی، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.

جدول(۳) جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	اهداف///شرح جلسات و تکنیک‌ها (زمان هر جلسه نود دقیقه)
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر و اجرای پیش‌آزمون./// تلاش برای ایجاد انگیزه و ارتباط افزایش همبستگی آن‌ها به دانش آموزان گوشزد شد، همچنین به آن‌ها گفته شد که درمورد مسائل و احساسات شخصی با یکدیگر صحبت کنند و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا با یکدیگر و صحبت درمورد مسائل و احساسات شخصی./// معرفی درمان CBT و تناسب آن با مشکلات مربوط به افسردگی، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان،جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آموزش خود نظارتی./// آموزش‌های روان‌شناختی در زمینه افسردگی و عومل زمینه ساز آن به دانش‌آموزان، افزایش سطح فعالیت‌های فرد افسرده و افزایش علائق وی، تمرین‌های رفتاری و ایجاد افکار مثبت، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	آموزش فعال سازی رفتاری./// افزایش احتمال پاداش‌دهی به رفتارهای ضد افسردگی، افزایش فعالیت‌های جسمانی دانش‌آموزان مثل ورزش‌های هوازی، پیاده‌روی، استخر و دوچرخه سواری، آموزش تکنیک حواس پرتی و یا توقف فکر و تمرینات تن آرمیدگی، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	آموزش رابطه و تعامل سالم بین نوجوان و والدین و همسالان./// مهارت‌های مهم برای برقراری ارتباط اساسی به دانش‌آموزان آموزش داده شد، همچنین نکاتی در زمینه حل تعارض نوجوانان با والدین، دوستان و اولیا مدرسه برای ایشان بیان شد، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های سازشی اجتماعی./// در زمینه حل تعارض و مدیریت خشم، توضیح داده شد. همچنین به دانش‌آموزان گفته شد که لیست کارهایی که از نظرشان خوب است و همچنین لیست کارهایی که برای دیگران مشکل‌ساز است را به‌طور مکتوب فهرست کنند، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	آموزش نظارت بر فکر و اصلاح فکر./// توضیح درمورد تاثیر افکار روی احساس و احساس روی عمل، بررسی افکار منفی دانش‌آموزان در طول هفته و مشخص کردن باورهای غیر منطقی ایشان، تغییر شناخت و ذهنیت نوجوان، ارزیابی افکار منفی و عادت‌های غلط، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	آموزش حل تعارض./// آموزش اصول درست گوش دادن به دانش‌آموز، توضیح درمورد اینکه نوجوانان روی مشکل تاکید کنند نه روی شخص و اینکه مستقیم و رویاروی با یکدیگر صحبت کنند، آموزش استفاده از تکنیک وقت اضافه (قدم زدن، راه رفتن و بیرون رفتن) در هنگام خشم و ناکامی، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه نهم	آموزش مثلث شناختی افسرده‌ها./// معرفی مثلث شناختی افسرده‌ها به‌صورت اشتغال ذهنی با تجربیات گذشته، ناتوانی تمرکز و تصمیم‌گیری، و سردرگمی در آینده و مایه‌های فکری احساس بی‌ارزشی، درماندگی، ناامیدی، احساس گناه و یادآوری افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دهم	آموزش مدیریت افکار منفی خودکار و نشخوار./// به دانش‌آموزان گفته شد که به منظور مدیریت افکار منفی خودکار و نشخوار جدولی تنظیم کرده و به یادداشت فکر، باور، شواهد تایید کننده، شواهد رد کننده، شرح موقعیت ناراحت کننده، افکار منفی و شیوه‌های جایگزین این موقعیت بپردازند. جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه یازدهم	آموزش تکنیک‌های ابطال‌سازی./// درمورد تجدید نظر نوجوانان در اسنادهای خود، بازسازی رفتاری و کلامی آن‌ها و بحث درمورد فرض‌های ناکارآمد و ایجاد افکار جایگزین مثبت توضیح داده شد، جمع‌بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوازدهم	آموزش پیشگیری ازعودو بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم‌گیری، حل تعارض وآموزش مهارت‌های اجتماعی وآماده‌سازی برای حل مشکلات زندگی. (مهتاو سگر، ۲۰۱۵)/// آموزش پیشگیری از عود و بازگشت بیماری،جمع‌بندی مطالب آموزش تکنیک حل مسئله،تصمیم‌گیری و حل تعارض و آموزش مهارت‌های اجتماعی و آماده سازی برای حل مسائل زندگی و اجرای پس آزمون.

همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین،(P>۰/۰۵) و برابری شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی تعامل آزمون و عضویت گروهی نیز مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص گردید که از نظر پیش‌فرض‌های مورد اشاره در پژوهش حاضر مشکلی وجود ندارد.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

یافته ها

ویژگی‌های دموگرافیک نمونه: بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، در گروه کنترل، اکثریت معادل ۵۳/۳٪ در پایه تحصیلی هشتم، در گروه درمان ذهن‌آگاهی نیز اکثریت معادل ۸۶/۷٪ در پایه تحصیلی هشتم، در گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و گروه درمان شناختی و رفتاری، اکثریت معادل چهل و شصت درصد در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. میانگین سنی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با ۱۴/۲±۰/۶۸ سال، میانگین سنی گروه ذهن‌آگاهی مثبت محور برابر با ۱۴/۱۳±۰/۸۳ سال، میانگین سنی گروه شناختی و رفتاری برابر با ۱۴/۸±۰/۸۶ سال و میانگین سنی گروه گواه برابر با ۱۴/۰۷±۰/۷۹ بود. در جدول شماره چهار میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شده است.

چنانکه در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود، در مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی در گروه درمان ذهن‌آگاهی، گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل تغییرات قابل توجه بوده است. در جدول شماره پنج نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره پنج مشاهده می‌شود، حداقل بین دو گروه از گروه‌های پژوهش در مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد.(P<۰/۰۰۱) در جدول شماره شش، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه پس‌آزمون مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون این متغیرها ارائه شده است. چنانکه در جدول شماره شش مشاهده می‌شود، مهارت‌های ارتباطی (P<۰/۰۰۱ و F=۳۵۱/۳۵) و اضطراب اجتماعی (P<۰/۰۰۱ و F=۵۸۴/۰۲) بین گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون دارای تفاوت معناداری است. برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌های پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن را در جدول شماره هفت مشاهده می‌کنید. همان‌طور که در جدول هفت مشاهده می‌شود، در مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.(P<۰/۰۱) در مهارت‌های ارتباطی بین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور با درمان شناختی رفتاری نیز تفاوت معناداری وجود دارد،(P<۰/۰۱) اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و

جدول(٤) میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در چهار گروه پژوهش

گروه‌های پژوهش	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	مهارت‌های ارتباطی	۳۵/۹۳	۳/۹	۸۵/۳۳	۵/۱۲
	اضطراب اجتماعی	۶۴/۴۷	۶/۷۵	۲۰/۱۳	۲/۱
گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	مهارت‌های ارتباطی	۲۶/۸۷	۴/۳۷	۹۱/۵۳	۲/۸۲
	اضطراب اجتماعی	۷۸/۸	۳/۶	۱۸/۱۳	۱/۱۲
گروه شناختی و رفتاری	مهارت‌های ارتباطی	۳۶/۳۳	۳/۷	۷۷/۸	۶/۴۴
	اضطراب اجتماعی	۶۳/۳۳	۴/۳۴	۲۴/۱۳	۲/۷
گروه کنترل	مهارت‌های ارتباطی	۳۴/۰۷	۳/۰۶	۳۴/۹۳	۵/۲
	اضطراب اجتماعی	۶۸/۹۳	۴/۸۸	۶۶/۴	۶/۱۸

جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی پس از کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۱/۰۵	۶	۱۰۸	۱۹/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۲	۶	۱۰۶	۹۶/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳۷/۷۳	۶	۱۰۴	۲۳۶/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳۷/۶۵	۳	۵۴	۶۷۷/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷	۱

جدول(۶)نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی

متغیر و منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
مهارت‌های ارتباطی							
پیش‌آزمون	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	۰/۱	۰/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۰۶
عضویت گروهی	۲۸۰۰۹/۵۱	۳	۹۳۳۶/۵۰	۳۵۱/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵	۱
خطا	۱۴۳۴/۹۴	۵۴	۲۶/۵۷				
کل	۳۴۵۴۳۸	۶۰					
اضطراب اجتماعی							
پیش‌آزمون	۳/۴۸	۱	۳/۴۸	۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۰۸
عضویت گروهی	۲۳۱۳۵/۶۴	۳	۷۷۱۱/۸۸	۵۸۴/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷	۱
خطا	۷۱۳/۰۵	۵۴	۱۳/۲۰				
کل	۸۶۶۰۲	۶۰					

جدول(۷) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مهارت‌های ارتباطی و اضطراب اجتماعی

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای معیار	سطح معناداری
مهارت‌های ارتباطی	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	-۵/۶۱	۲/۴۸	۰/۱۷
	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه شناختی-رفتاری	۷/۵۱	۱/۸۷	۰/۰۱
	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	۵۰/۵۲	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی-رفتاری	۱۳/۱۱	۲/۵۳	۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	۵۶/۱۳	۲/۲۷	۰/۰۰۱
	گروه شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۴۳/۰۱	۱/۹۱	۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۱/۴۵	۰/۹۱	۰/۷
	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه شناختی-رفتاری	-۱/۲۲	۰/۶۵	۰/۴
	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	-۱۸/۵۴	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی-رفتاری	-۲/۶۷	۰/۹۶	۰/۰۴
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	-۱۹/۹۳	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	گروه شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۱۷/۳۲	۰/۶۸	۰/۰۰۱

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

درمـــان ذهن‌آگاهی مثبت محـــور با یکدیگر تفاوت معنـــاداری وجود نـــدارد.(P>۰/۰۵) در اضطـــراب اجتماعی نیز بین گـــروه درمان ذهن‌آگاهی مثبـــت محور با درمان شـــناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد، (P<۰/۰۵) اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بـــا درمـــان ذهن‌آگاهی مثبت محور و بین شـــناخت درمانـــی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شـــناختی رفتاری تفـــاوت معناداری وجود ندارد. (P>۰/۰۵) بنابراین هر ســـه نوع درمان نسبت به گروه کنترل بر کاهش اضطراب اجتماعی موثر بوده است. اما درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شـــناختی رفتاری تاثیر نیرومندتری بر کاهش اضطراب اجتماعی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایســـه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور با شـــناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده اجرا شد. نتایج نشان داد که هر سه نوع درمان نسبت به گروه کنترل و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای تاثیر نیرومندتری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی بوده‌اند. همچنین در اضطراب اجتماعی، هر سه نوع درمان نســـبت به گروه کنترل و درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نســـبت به درمان شناختی رفتاری دارای تاثیر نیرومندتری بر کاهش اضطراب اجتماعی بوده اند. اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و همچنین شـــناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شـــناختی رفتاری، تفاوت معناداری در اضطراب اجتماعی به‌دســـت نیامد. نتایج اثربخشـــی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی با ایده‌های مطرح شـــده توســـط گارلنـــد و همـــکاران۲۰۱۷، نیمیک و همـــکاران۲۰۱۳ و اونـــگ۲۰۱۳ مبنی بر امـــکان ترکیب فنـــون و راهبردهای درمانی ذهن‌آگاهـــی و مثبت‌نگری در راســـتای بهره‌گیری از ظرفیت‌های درمانی دو رویکـــرد درمانی ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری، به‌طور همزمان همســـویی نشـــان می‌دهد.(۳۶،۳۷و۳۸) همچنین اثربخشـــی درمان ذهن‌آگاهی مثبـــت محور بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در پژوهش حاضر با توجه به رابطه‌ای که این دو متغیر با بهزیســـتی دارند،(۱۲و۲۰) با نتایج پژوهش ســـبولا و همـــکاران۲۰۱۷، واترز۲۰۱۳ و ایوتزین و همـــکاران۲۰۱۶ در خصوص تاثیر درمـــان ذهن‌آگاهی مبتنی بر نقاط قوت انســـانی بر افزایش بهزیســـتی روان‌شـــناختی، همسویی نشـــان می‌دهد.(۳۵،۳۹و۴۱) وجه تمایز پژوهش حاضر با پژوهش‌های مطرح شـــده این اســـت که در این پژوهش، بســـته درمانی ذهن‌آگاهی مثبت محور بر مبنای نیازهای دختران افســـرده در جامعه ایران طراحی و اجرا شـــده است. البته تمرکز محتوایی اصلی در بســـته درمانی ذهن‌آگاهی مثبت محور با جهت‌گیری کلی ذهن‌آگاهی(۲۱و۲۲) و مثبت‌نگری(۱۹و۲۰) هردو دارای همسویی است. درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور از نظـــر ســـاختار و محتوای نظری و عملـــی، بر دو حوزه همزمان ذهن‌آگاهی و تقویت نقاط قوت مثبت انســـانی نظیر خرد و دانایی، شـــجاعت، انســـانیت، شـــکوفایی، اعتدال تمرکز دارد. که در درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور ارائه و استفاده شده در این پژوهش و توجه همراه با قصد و بدون قضاوت در هر لحظه به اوضاع و شـــرایط به همان صورت که هســـتند و خارج شـــدن از محدوده‌ی افکار خود و یاد گرفتن تجربه جهان به‌طور مســـتقیم و ادراک آن بدون تفسیر دائمی افکار و رها سازی تفکر از قید عادت‌های خودکار و تمرکز بر نقاط قوت و مثبت فعلی خود به‌صورت جدی دنبال شـــده اســـت. بهره‌گیری از عدم قضاوت و عدم ارزیابی در مورد نشـــخوارها و افکار منفی در کنـــار توجه و تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود، ســـاز و کاری بوده که منجر به افزایش توان مقابله دانش‌آموزان افسرده با حالات افسردگی خود شده و از این طریق ظرفیت آن‌هـــا را بـــرای روابط بین فردی افزایش و اضطراب اجتماعی را کاهش داده اســـت. مهمترین وجه تمایز ذهن‌آگاهی مثبت محور نســـبت به درمان شناختی رفتاری و درمانی شـــناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که همزمان با رهاسازی تفکر از قید عادات منفی خودکار، بر نقاط قوت و توانمندی‌های دانش‌آموز افســـرده تمرکز نموده و این وجه تمایز باعث اثربخشـــی بیشـــتر درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان افسرده شده است. البته درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارای تاثیر معنادار متفاوتی بـــر مهارت‌های ارتباطی نبود. بـــه این معنی که این دو نوع درمان را می‌توان دو درمان قابـــل جایگزین با یکدیگر برای ارتقا مهارت‌های ارتباطی در دانش‌آموزان دختر افسرده در نظر گرفت.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

در کنار درمان ذهن‌آگاهی مثبت محـور، مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری نسبت به گروه کنترل بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعـی دانش‌آموزان دختر، دارای اثربخشـی معنـاداری بودند. این نتایج با مطالعات متعدد دیگر نظیر مطالعات شـمرتز۲۰۱۳، هافمن۲۰۱۲ و کاویانـی و همکاران۱۳۸۷ مبنی بر اثر بخشـی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهـش اضطراب نوجوانـان(۲۲، ۲۵و۲۶) و بالاخره بـا نتایج پژوهش مطالعه بیچمین و همکاران۲۰۰۸ و شـونرت ریچل و همکاران۲۰۱۰ در خصوص اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر روابط اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی(۲۱و۲۳) همسو است. نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی و رفتاری بر افزایـش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی تاثیر داشته اسـت. این یافته با نتایج مطالعات گلدین و همکاران۲۰۰۹، هافمـن و همـکاران۲۰۰۶، داداش‌زاده و همـکاران۲۰۰۹، یاهـا و و همـکاران۲۰۰۸ در خصـوص اثربخشـی درمـان شـناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در نوجوانان،(۳۲) همسـویی دارد.(۲۸، ۲۹، ۳۰و۳۲) در شـناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ضمن انجام تمرینات مراقبه تنفـس، مراقبه وارسـی بدن و مراقبه کشـمکش، افـکار منفی به ذهن دانش‌آموز افسـرده می‌آیند و دانش آموز با ایـن افکار در خلال انجام تمرینات مواجه می‌شـود، اما در مورد آن‌هـا ارزیابی و قضاوت نمی‌کند و به تمرین بر اسـاس اشـکال مختلف مراقبه ادامه می‌دهد. همین کار باعث می‌شود که پس از مدتی ذهن نوجوان از افکار منفی خالی شود. در درمان شـناختی و رفتاری نیز دانش‌آموز افسرده، بایستی افکار منفی خود را یادداشـت کرده و از طریق چالش کلامـی افکار مذکور را از ذهن بیرون کشـیده و با افکار مثبت جایگزین کند. به‌عبارت دیگر در درمان شناختی رفتاری، دانش‌آموز افسرده به مبارزه با افکار منفی خود می‌پـردازد. مواجهه بدون ارزیابـی و قضاوت با افـکار منفی از طریق شـناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تـلاش برای جایگزینی افکار منفی در باره خود و دنیای پیرامون از طریق درمان شـناختی و رفتاری، مسـیرها و سـازوکارهایی بوده که نسـبت به گروه کنترل بسترساز ارتقا مهارت‌های ارتباطی و تضعیف اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر افسرده شده است. شـناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مانند درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسـبت به درمان شناختی و رفتاری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی اثر نیرومندتری داشـته است. تاثیر قوی‌تر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه درمانی شناختی و رفتاری، بـا احتمال زیاد به این دلیل اسـت که برای ارتقـا مهارت‌های ارتباطی، عـلاوه بر جایگزینی افکار و نگرش‌های منفی نسـبت به خود و دنیای پیرامون، مواجهه شـجاعانه بدون قضاوت و ارزیابـی نیز از ضرورت‌ها است. مواجهه بدون قضاوت و شجاعانه با افکار و نگرش‌های منفی در درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود دارد، اما به‌طور جدی و محسـوس در درمان شناختی و رفتاری دنبال نمی‌شود.

در اضطـراب اجتماعی هر سـه نوع درمان نسـبت به گروه کنترل و درمان ذهن‌آگاهی مثبـت محور نسـبت بـه درمان شـناختی و رفتـاری دارای تاثیر نیرومندتـری بر کاهش اضطراب اجتماعی بودند. البته در عین‌حالی که بین درمـان ذهن‌آگاهی مثبـت محور با شـناخت درمانی مبتنی بـر ذهن‌آگاهی در تاثیر بر اضطـراب اجتماعی تفاوت معناداری به‌دسـت نیامد، اما بین درمـان ذهن‌آگاهی مثبت محـور با درمـان شـناختی و رفتاری (این نوع درمان با شـناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارای تفاوت معناداری نبود) در تاثیر بر اضطـراب اجتماعی تفاوت معناداری به‌دسـت آمد. بـه این جهـت می‌توان گفت که درمـان ذهن‌آگاهی مثبت محور نسـبت بـه دو درمان دیگـر دارای بیشـترین تاثیر بر کاهـش اضطراب اجتماعی بوده اسـت. در تبیین نتایج این بخـش از پژوهش باید بر این نکته تمرکز نمود کـه در درمان ذهن‌آگاهی مثبـت محـور علاوه بـر کاهـش اضطراب اجتماعی از طریق فرآیندهای شـناختی که با دو نوع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شـناختی رفتاری مشـترک اسـت، همزمان بر تقویـت توانمندی‌های مثبت خود در مسـیر خرد، عقلانیت، اعتدال، شجاعت، شکوفایی، انسانیت و عدالت، نسبت به خود و دنیـای اطرف نیـز کار و تمریـن درمانی انجام می‌شود. این کار همزمان بر فرایندهای شـناختی و نقاط قوت و مثبت انسـانی، توان مواجهه با قوت و شـجاعانه بـا خود و دنیای اطراف را ارتقا می‌بخشد و از این طریق موجب کاهش جدی اضطراب اجتماعی می‌شـود. ذهن‌آگاهی مثبت محـور این امکان را برای فرد به وجود می آورد تا شـرایط را همانگونه که در لحظه است، درک کند و به دنبال تغییر شرایط نباشـد، ظرفیت و نقاط قوت خود را همزمان مورد تقویت قرار داده و زندگی موثرتر

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

و شادمانه‌تری را دنبال کند.(۳۶،۳۷،۳۹و۴۰) این ویژگی‌ها، درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور را بر کاهش اضطراب اجتماعی در کنار و در مواردی فراتر از درمان شناختی و رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار می‌دهد.

محدودیت‌ها: این پژوهش روی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شده، بنابراین در تعمیم نتایج به پسران دانش‌آموز عادی و افسرده و همچنین به دختران دارای اضطراب اجتماعی بالا و مهارت ارتباطی پایین غیر افسرده، لازم است احتیاط شود. همچنین متغیرهای وابسته این پژوهش اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی بوده، بنابراین تعمیم نتایج به متغیرهای دیگر منطقی نیست.

پیشنهادات: به پژوهشگران علاقمند به حوزه مثبت‌نگری همراه با ذهن‌آگاهی توصیه می‌شود بسته درمانی ذهن‌آگاهی مثبت محور را در کنار برخی درمان‌های دیگر بر روی متغیرهای مختلف رفتاری و اجتماعی در دانش‌آموزان پسر و دختر عادی و افسرده با یکدیگر مورد مقایسه قرار دهند تا دانش درمان‌های روان‌شناختی بسط و گسترش بیشتری پیدا کند. در سطح کاربردی نیز به‌نظر می‌رسد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند در کنار درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی رفتاری و با اثربخشی بالاتر برای کمک به دانش‌آموزان دختر افسرده بالاخص در ارتقا مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در همین راستا لازم است به مربیان تربیتی، مشاوران و خانواده‌ها در مدارس، بالاخص در خصوص استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی مثبت محور و در درجه نخست در مورد این درمان‌ها اطلاع رسانی شود. همچنین به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و کلینیک های مددکاری اجتماعی نیز توصیه می‌شود جهت افزایش مهارت‌های ارتباطی نوجوانان افسرده و کاهش اضطراب اجتماعی آنان از درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور در کنار درمان‌های دیگر استفاده کنند.

سپاسگزاری: در پایان نیز از کلیه دانش‌آموزان دختر و مدیران مدارسی که با همکاری خود در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

References:

1. A. P. Association, diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American psychiatric pub, 2013.
2. F. Anyan and O. Hjemdal. Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: resilience explains and differentiates the relationships. Journal of affective disorders, vol. 203, pp. 213-220, 2016.
3. H. Sajjadi, S. H. M. Kamal, H. Rafiey, M. Vameghi, A. S. Forouzan, and M. Rezaei. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. Global journal of health science, vol. 5, p. 16, 2013. [Persian]
4. S. K. Praharaj. Overestimation of depression prevalence among adolescent students. Indian journal of psychological medicine, vol. 39, p. 831, 2017.
5. M. M. Singh, M. Gupta, and S. Grover. Prevalence and factors associated with depression among school-going adolescents in Chandigarh, north India. The Indian journal of medical research, vol. 146, p. 205, 2017.
6. J. Wild, D. M. Clark, A. Ehlers, and F. McManus. Perception of arousal in social anxiety: effects of false feedback during a social interaction. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, vol. 39, pp. 102-116, 2008.
7. S. Asakura. Diagnosis and treatment of social anxiety disorder, Seishin Shinkeigaku Zasshi=Psychiatria et neurologia Japonica, vol. 117, pp. 413-430, 2015.
8. P. Goldin, M. Ziv, H. Jazaieri, K. Hahn, and J. J. Gross. "MBSR vs aerobic exercise in social anxiety: fMRI of emotion regulation of negative self-beliefs. Social cognitive and affective neuroscience, vol. 8, pp. 65-72, 2012. [Persian]
9. E. Leigh and D. M. Clark. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells(1995). Clinical child and family psychology review, pp. 1-27, 2018.
10. J.-M. Väänänen, S. Fröjd, K. Ranta, M. Marttunen, M. Helminen, and R. Kaltiala-Heino. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. Journal of affective disorders, vol. 133, pp. 97-104, 2011.
11. A. A. Rheingold, J. D. Herbert, and M. E. Franklin. Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. Cognitive therapy and research, vol. 27, pp. 639-655, 2003.
12. M. T. Dryman, S. Gardner, J. W. Weeks, and R. G. Heimberg. Social anxiety disorder and quality of life: how fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. Journal of

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

anxiety disorders, vol. 38, pp. 1-8, 2016.
13. S. G. Hofmann, J. Q. Wu, and H. Boettcher. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. Journal of consulting and clinical psychology, vol. 82, p. 375, 2014.
14. M. B. MacKenzie and N. L. Kocovski. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. Psychology research and behavior management, vol. 9, p. 125, 2016.
15. Parsamehr M and H. E. The relationship between emotional intelligence and social adjustment of students. Quarterly journal of social development, vol. 11, pp. 65-94, 2017. [Persian]
16. M. Chambers. Interpersonal relationships and communication as a gateway to patient and public involvement and engagement. Health expectations, vol. 21, pp. 407-408, 2018.
17. A. Lisinskiene, T. Guetterman, and S. Sukys. Understanding adolescent–parent interpersonal relationships in youth sports: a mixed-methods study. Sports, vol. 6, p. 41, 2018.
18. R. Castillo, J. M. Salguero, P. Fernández-Berrocal, and N. Balluerka. Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. Journal of adolescence, vol. 36, pp. 883-892, 2013.
19. M. H. Gerami, M. Saeidmanesh, and M. Niknam. The effectiveness of positive group therapy on self-esteem among young girl's in Yazd. Self, 2017. [Persian]
20. C. Dimitropoulou and S. Leontopoulou. A positive psychological intervention to promote well-being in a multicultural school setting in Greece. The European journal of counselling psychology, vol. 6, 2017.
21. J. Beauchemin, T. L. Hutchins, and F. Patterson. Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities,. Complementary health practice review, vol. 13, pp. 34-45, 2008.
22. S. K. Schmertz, A. Masuda, and P. L. Anderson. Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. Journal of clinical psychology, vol. 68, pp. 362-371, 2012.
23. S. G. Hofmann, A. T. Sawyer, A. A. Witt, and D. Oh. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology, vol. 78, p. 169, 2010.
24. F. A. Huppert and D. M. Johnson. A controlled trial of mindfulness training in schools: the importance of practice for an impact on well-being. The journal of positive psychology, vol. 5, pp. 264-274, 2010.
25. K. H. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy in qualitative live of depressive people. Journal of new cognitive science, vol. 10, pp. 39-48, 2008.
26. K. A. Schonert-Reichl and M. S. Lawlor. The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence, mindfulness, vol. 1, pp. 137-151, 2010.
27. M. Mehta and R. Sagar. A practical approach to cognitive behaviour therapy for adolescents. Springer, 2015.
28. P. R. Goldin, T. Manber, S. Hakimi, T. Canli, and J. J. Gross. Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. Archives of general psychiatry, vol. 66, pp. 170-180, 2009.
29. S. G. Hofmann and L. A. Scepkowski. Social self-reappraisal therapy for social phobia: preliminary findings. Journal of cognitive psychotherapy, vol. 20, p. 45, 2006.
30. Y. R. Dadash Zade H, Azaei B, Asghar Nejad A. Comparing the effect of cognitive behavior therapy and exposure therapy in social anxiety Journal of psychology, vol. 4, pp. 1-15, 2009. [Persian]
31. P. O. Wilkinson and I. M. Goodyer. The effects of cognitive-behavioural therapy on mood-related ruminative response style in depressed adolescents. Child and adolescent psychiatry and mental health, vol. 2, p. 3, 2008.
32. R. Yahav and M. Cohen. Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for adolescents. International journal of stress management, vol. 15, p. 173, 2008.
33. K. Weare. Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context. Journal of children's services, vol. 8, pp. 141-153, 2013.
34. S.-L. Keng, M. J. Smoski, and C. J. Robins. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. Clinical psychology review, vol. 31, pp. 1041-1056, 2011.
35. A. Cebolla, A. Enrique, D. Alvear, J. Soler, and J. García-Campayo. Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. Papeles del psicólogo, vol. 38, pp. 12-18, 2017.
36. E. L. Garland, A. W. Hanley, P. R. Goldin, and J. J. Gross. Testing the mindfulness-to-meaning theory: evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. PLOS one, vol. 12, p. e0187727, 2017.
37. R. Niemiec, T. Rashid, and M. Spinella. Strong mindfulness: integrating mindfulness and character strengths. Journal of mental health counseling, vol. 34, pp. 240-253, 2012.
38. C. A. Pepping, A. O'Donovan, and P. J. Davis. The positive effects of mindfulness on self-esteem. The journal of positive psychology, vol. 8, pp. 376-386, 2013.
39. I. Ivtzan, Ryan M. Niemiec, and Charlie Briscoe. A study investigating the effects of mindfulness-based strengths practice(MBSP) on wellbeing. International journal of wellbeing, vol. 6, 2016.
40. C. L. Ong. (Dissertation) Towards positive education: a mindful school model, Philadelphia, University of Pennsylvania, 2013.
41. W. L. Positive education and mindfulness in schools, Melbourne graduate school of education. Shaping minds, shaping the world, 2013.
42. A. Fathi-Ashtiani and M. Dastani. Psychological tests: personality and mental health, Tehran: Besat, vol. 46, 2009. [Persian]
43. M. A. Study of the relationship between interpersonal communication skills and social acceptance among students of Khorasgan Peyamnour university, (Dissertation) Peyamnour university, Khorasgan branch, 2012. [Persian]

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]