MEJDS. 2019; 9:21.
Published online 2019 Jun. **Research Article**

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

Fatemeh Sadat Tabatabaienejad[1], *Mohsen Golparvar[2], Asghar Aghaie[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
2. Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
3. Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
***Corresponding Author E-mail:** drmgolparvar@gmail.com

Received: 2018 Apr 30; **Accepted:** 2018 Jul 14

Abstract

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

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

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

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

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۲۱.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

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

فاطمه‌سادات طباطبایی‌نژاد[۱]، *محسن گل‌پرور[۲]، اصغر آقایی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** drmgolparvar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۰اردیبهشت۱۳۹۷ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۳تیرماه۱۳۹۷

چکیده

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

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد در گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری درمقایسه با گروه کنترل، برای سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن (سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی) در پس‌آزمون، پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری در سازگاری تحصیلی و سازگاری اجتماعی کلی تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

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

کلیدواژه‌ها: سازگاری اجتماعی، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌رفتاری، دانش‌آموزان دختر افسرده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

۱ مقدمه

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

درمان‌های مثبت‌نگر با تمرکز هدفمند و هوشمندانه بر قوت و فضایل انسانی در قالب خردمندی، شجاعت، عدالت، اعتدال، شکوفایی و انسان‌بودن در معنای جزیی و بسیط آن، جهت مغلوب‌ساختن تمام تهدیدهای موجود برای انسان در سطح واقعی و شناختی، تأکید فزاینده‌ای دارند (۸). شواهد دردسترس، از مفید و مؤثربودن درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر برای کاهش افسردگی و افزایش سازگاری اجتماعی حمایت کرده‌اند (۹). جباری و همکاران نشان دادند آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی برای کودکان‌ونوجوانان به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و ارتباط مثبت با دیگران و زندگی و نیز افزایش عزت‌نفس و موفقیت تحصیلی آن‌ها، بسیار مفید و سودمند است. آموزش این مهارت‌ها به آنان کمک می‌کند تا درمقایسه با آنچه دیگران از کودک‌ونوجوان انتظار دارند، موفقیت بیشتری در زندگی و مدرسه و محیط کار به‌دست آورند (۱۰). در کنار درمان‌های مثبت‌نگر، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، راهبردی درمانی برای رهاسازی افراد از افکار خودکار و عادات و الگوهای رفتاری ناسالم است و ازاین‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند (۱۱). شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی همچنین با تمرکز غیرارزیابانه بر همهٔ رویدادهای هیجانی و شناختی، می‌تواند در کاهش تکانش‌وری و رفتارهای ناسازگارانه تأثیر گذارد و توان کنترل توجه بر زمان حال و نه گذشته و آینده را افزایش دهد و نیز مهارت تکمیل تکلیف‌های مهم را با دورکردن توجه از نگرانی‌ها و خاطرات یا خُلق منفی و نشانه‌های افسردگی بیشتر کند (۱۱). نتایج پژوهش استین‌برگ مشخص کرد سازگاری هیجانی و اجتماعی تحت‌تأثیر آموزش مهارت زندگی افزایش می‌یابد (۱۲). شانرت‌ـ‌ریچل و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند آموزش تمرینات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر شایستگی اجتماعی و هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی کودکان‌ونوجوانان مؤثر است (۱۳). نگاهی به تأکیدهای درمانی در حوزهٔ ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری، به‌خوبی این واقعیت را آشکار می‌سازد که بنیان‌های شناختی و ذهنی هم در ذهن‌آگاهی و هم در مثبت‌نگری، اهمیت ویژه‌ای دارند. شواهد پژوهشی گذشته نشان داده‌اند درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (۱۴) در کنار درمان‌های مثبت‌نگر (۹)، بر افسردگی و سازگاری اجتماعی تأثیرگذار هستند و نیز طبق باور برخی از اندیشمندان، ذهن‌آگاهی سازوکار و حلقهٔ اصلی اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر محسوب می‌شود (۱۵)؛ بنابراین از لحاظ نظری می‌توان از رویکرد درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر سخن به میان آورد. در حمایت از درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر، نایمیک و همکاران مروری گسترده و مستند دربارهٔ نقش ترکیبی ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی انجام داده و دریافتند هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی ترکیب درمان ذهن‌آگاهی و درمان مثبت‌نگری می‌تواند زمینه‌ساز تأثیرهای چشمگیر درمان باشد (۱۵). ایوتزان و همکاران نیز در پژوهشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر نقاط قوت انسانی (مثبت‌نگر) را بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود همراه با رضایت از زندگی، مؤثر گزارش کرده‌اند (۱۶).

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

(۱۵،۱۶)، آن‌گونه که شایسته بوده تاکنون در این زمینه، به‌خصوص در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر مدنظر پژوهشگران و درمانگران قرار نگرفته است؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد دربارهٔ اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌ها، برای مشکلات سازگاری دانش‌آموزان دختر در ایران خلأ دانش وجود دارد. در راستای مطالب اشاره‌شده، در این پژوهش برای اولین‌بار در ایران درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر متناسب با نیازهای دختران دانش‌آموز دارای افسردگی طراحی و استفاده شد؛ بنابراین، مطالعهٔ حاضر با هدفی همگام با روندهای نوین درمان نوجوانان افسرده، سه درمان را شامل درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر[1] (POMT) و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[2] (MBCT) و درمان شناختی‌رفتاری[3] (CBT) به‌عنوان درمان‌های کاربردی برای افزایش توان سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده بررسی کرد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی چهارگروهی شامل درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌رفتاری و نیز یک گروه کنترل با دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعهٔ آماری پژوهش را ۳۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطهٔ اول در شهر نائین در پائیز سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۶۰ نفر (هریک از گروه‌ها ۱۵ نفر) به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۵ نفر برای هریک از گروه‌های چهارگانهٔ پژوهش، باتوجه به منابع معتبر موجود جهت دستیابی به توان آماری پذیرفتنی در مطالعات آزمایشی روان‌شناختی، در نظر گرفته شد (۱۹). ملاک‌های ورود عبارت بود از: رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛ تحصیل در مقطع متوسطهٔ اول؛ ابتلا به افسردگی براساس مصاحبه؛ اجرای پرسشنامهٔ افسردگی بک. معیارهای خروج شامل تمایل‌نداشتن به ادامهٔ درمان و تحت درمان‌بودن ازطریق معالجات روان‌پزشکی یا درمان روان‌شناختی موازی و غیبت دو جلسه یا بیشتر در جلسات معالجه بود. افراد نمونهٔ انتخاب‌شده به‌طور تصادفی در چهار گروه، هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری طی دوازده جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه معالجه‌ای در این مدت دریافت نکرد. ملاحظات اخلاقی مطرح در پژوهش، رعایت رازداری کامل برای تک‌تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از تحقیق، اطلاع‌رسانی دقیق دربارهٔ پژوهش، کسب رضایت‌نامهٔ کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف مطالعه بود. برای گروه کنترل نیز در پایان دورهٔ اجرای پژوهش، به‌صورت آزادانه و به‌شکل فشرده و به‌انتخاب خود نمونه‌ها، یکی از درمان‌های ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی یا درمان شناختی‌رفتاری اجرا شد. پرسشنامهٔ سازگاری سینها و سینگ[4] برای سنجش متغیر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن به‌کار رفت.

پرسشنامهٔ سازگاری اجتماعی با ۵۳ سؤال توسط سینها و سینگ تهیه شده و شامل سه خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی با ۱۸ سؤال و سازگاری هیجانی با ۲۲ سؤال و سازگاری تحصیلی با ۱۳ سؤال است (۲۰). نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت صفر=خیر و یک=بلی انجام می‌شود و نمرهٔ زیاد، ناسازگاری و نمرهٔ کم، سازگاری را نشان می‌دهد. سینها و سینگ ضریب پایایی پرسشنامه را با روش‌های دونیمه‌کردن برای سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی عوامل اشاره‌شده را در این پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۹، ۰/۹۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ محاسبه کردند (۲۰). خوش‌کنش و همکاران با اجرای مقیاس مذکور بر دانش‌آموزان متوسطه در ایران در راستای روایی همگرای این پرسشنامه نشان دادند بین امتیازات حاصل از پرسشنامهٔ سازگاری سینها و سینگ با حمایت اجتماعی و ارضای نیاز به پیوندجویی همراه با دیگر نیازهای پایه رابطه وجود دارد (۲۱). همچنین خوش‌کنش و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ سازگاری اجتماعی را برابر با ۰/۸۳ و به‌نقل از مطالعات دیگر آلفای کرونباخ سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی را به‌ترتیب برابر با ۰/۶۵، ۰/۶۸، ۰/۷ و ۰/۸۲ گزارش کردند (۲۱). هرچه امتیازها در این پرسشنامه بهتر بوده، سازگاری اجتماعی بیشتر است.

پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک‌گروه کنترل، در هر چهار گروه با استفاده از پرسشنامهٔ سازگاری اجتماعی پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش، یعنی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری، به‌شکل گروهی و طی ۱۲ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه معالجه‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان، هر چهار گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون به پرسشنامهٔ سازگاری اجتماعی به‌طور مجدد پاسخ دادند. لازم به‌ذکر است که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برای اولین‌بار در این پژوهش متناسب با نیازها و موقعیت دانش‌آموزان ایرانی دارای افسردگی تهیه و تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، باتوجه به توصیه دربارهٔ استفاده از دست‌کم پنج داور برای ارزیابی محتوایی و تناسب درمان‌های استفاده‌شده در مطالعات روان‌شناختی، دربارهٔ ساختار، تناسب محتوایی بستهٔ درمانی با نیازهای دختران افسرده، کفایت درمانی، کفایت زمانی کل بسته و کفایت زمانی هر جلسه از درمان بین ۰/۸۹تا۰/۹۴ در نوسان بود. علاوه‌براین طی مطالعه‌ای مقدماتی (پایلوت) تأثیر این بستهٔ درمانی در کاهش افسردگی و مشکلات وابسته به آن ارزیابی و تأیید شد. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناختی و درمان شناختی‌رفتاری نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده‌شدهٔ قبلی (۱،۱۴) در این پژوهش صورت گرفت. خلاصهٔ محتوای جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری در سه جدول ۱ و ۲ و ۳ ارائه شده است.

[1]. Positive mindfulness therapy (POMT)
[2]. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)
[3]. Cognitive behavior therapy (CBT)
[4]. Sinha & Sing

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

جدول ۱. جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور

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

جدول ۲. جلسات درمان شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

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

جدول ۳. جلسات درمان شناختی‌رفتاری

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

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

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، تعداد افراد در پایه‌های تحصیلی به این صورت بود.

درگروه کنترل، چهار نفر معادل ۲۶/۷ درصد در پایهٔ هفتم و هشت نفر معادل ۵۳/۳درصد در پایهٔ هشتم و ۳ نفر معادل۲۰ درصد در پایهٔ نهم شرکت کردند؛

در گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، سیزده نفر معادل ۸۶/۷درصد در پایهٔ هشتم و دو نفر معادل ۱۳/۳ درصد در پایهٔ نهم قرار داشتند؛

درگروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، چهار نفر معادل۲۶/۳۷درصد در پایهٔ هفتم و پنج نفر معادل ۳۳/۳درصد در پایهٔ هشتم و شش نفر معادل ۴۰درصد در پایهٔ نهم بودند؛

درگروه درمان شناختی‌رفتاری، شش نفر معادل ۴۰ درصد در پایهٔ هشتم و ۹ نفر معادل ۶۰درصد در پایهٔ نهم حضور داشتند.

نتایج آزمون کای‌اسکور (خی‌دو برابر با ۱۸/۷۵ و p=۰/۰۰۵) نشان داد

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

از نظر پایهٔ تحصیلی بین اعضای نمونهٔ چهارگروه پژوهش تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بر همین اساس تصمیم گرفته شد در تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام‌شده، علاوه‌بر پیش‌آزمون، پایهٔ تحصیلی نیز کنترل شود. میانگین سنی گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برابر با ۱۴/۲±۰/۶۸ سال، میانگین سنی گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور برابر با ۱۴/۱۳±۰/۸۳ سال، میانگین سنی گروه شناختی‌رفتاری برابر با ۱۴/۸±۰/۸۶ سال و میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۱۴/۰۷±۰/۷۹ بود. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با F برابر با ۰/۷۰۲ و p=۰/۰۵۴ مشخص کرد بین چهار گروه پژوهش از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در مطالعهٔ حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی و سازگاری اجتماعی کلی به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱۳، ۰/۸۹۶، ۰/۹۲۹ و ۰/۹۶۹ به‌دست آمد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی کلی و سه مؤلفهٔ آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون، همراه با مقایسهٔ چهار گروه پژوهش ازطریق تحلیل واریانس یک‌طرفه ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین، انحراف معیار، نتایج مقایسهٔ سازگاری اجتماعی و سه مؤلفهٔ آن در چهار گروه پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون ازطریق تحلیل واریانس

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

همان‌طورکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در سازگاری کلی و سه مؤلفهٔ سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی بین چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). باتوجه به تفاوت معنادار سازگاری کلی و سه مؤلفهٔ آن در پیش‌آزمون، جهت مقایسهٔ نتایج پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس برای کنترل پیش‌آزمون و پایهٔ تحصیلی استفاده شد. لازم به‌ذکر است پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها ازطریق آزمون شاپیرو–ویلک، ارزیابی همگنی واریانس‌های خطا با آزمون لوین، بررسی برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس به‌کمک آزمون ام‌باکس و شیب خطوط رگرسیون ازطریق مقایسهٔ شیب خط در گروه‌های چهارگانهٔ پژوهش بررسی شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از آماره‌های اثر پیلای، لامبدای ویلکس، هتللینگ و بزرگترین ریشه روی حاکی‌از اختلاف معنادار یافته‌های چهار گروه در پایان مطالعه بود (p<۰/۰۰۱). در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

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

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار و مقایسهٔ سازگاری اجتماعی و سه مؤلفهٔ آن در چهار گروه پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون ازطریق تحلیل کوواریانس

گروه‌های پژوهش	گروه‌های پژوهش	پس‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آزمون
سازگاری اجتماعی	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۱/۹۳	۱/۷۵	۱۳۲/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۴	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۰/۶۰	۰/۵۱				
	درمان گروه شناختی‌رفتاری	۱/۸۷	۱/۳۵				
	گروه کنترل	۱۱/۴۷	۴/۶۵				
سازگاری هیجانی	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۴/۶۳	۱/۷۷	۹۶/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۳/۲۰	۰/۸۶				
	درمان گروه شناختی‌رفتاری	۵	۱/۷۳				
	گروه کنترل	۱۵/۱۳	۳/۰۴				
سازگاری تحصیلی	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۰/۶۰	۰/۷۴	۱۴۳/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۲	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۰/۱۰	۰/۱۱				
	درمان گروه شناختی‌رفتاری	۰/۶۷	۰/۹۷				
	گروه کنترل	۸/۲۷	۱/۹۸				
سازگاری کلی	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۷/۱۷	۲/۲۲	۲۷۲/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
	درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۳/۸۰	۱/۰۱				
	درمان شناختی‌رفتاری	۷/۵۳	۲/۷۵				
	گروه کنترل	۳۴/۸۷	۴/۹۹				

براساس جدول ۵ ملاحظه می‌شود، سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بین گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان شناختی‌رفتاری با گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون، پس از کنترل پیش‌آزمون و پایهٔ تحصیلی، تفاوت معنادار دارد (p<۰/۰۰۱). در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بیان شده است.

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

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای معیار	مقدار احتمال
سازگاری اجتماعی	گروه MBCT	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۱/۷۲	۰/۷۵	۰/۱۴۹
	گروه MBCT	گروه شناختی‌رفتاری	۰/۰۸	۰/۵۸	۱/۰۰۰
	گروه MBCT	گروه کنترل	-۹/۳۴	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی‌رفتاری	-۱/۶۴	۰/۷۷	۰/۲۱۹
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	-۱۱/۰۵	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	-۹/۴۲	۰/۵۸	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

سازگاری هیجانی	گروه MBCT	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۰/۵۶	۰/۹۳	۱/۰۰۰
	گروه MBCT	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۰/۷۸	۰/۷۳	۱/۰۰۰
	گروه MBCT	گروه کنترل	ـ۱۰/۸۸	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۱/۳۴	۰/۹۵	۰/۹۷۹
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	ـ۱۱/۴۴	۰/۸۶	<۰/۰۰۱
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	ـ۱۰/۰۹	۰/۷۳	<۰/۰۰۱
سازگاری تحصیلی	گروه MBCT	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۱/۴۴	۰/۵۳	۰/۰۵۴
	گروه MBCT	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۰/۳۱	۰/۴۱	۱/۰۰۰
	گروه MBCT	گروه کنترل	ـ۷/۵۹	۰/۴۱	<۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۱/۷۴	۰/۵۴	<۰/۰۴۸
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	ـ۹/۰۳	۰/۴۹	<۰/۰۰۱
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	ـ۷/۲۸	۰/۴۱	<۰/۰۰۱
سازگاری کلی	گروه MBCT	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	۳/۷۱	۱/۴۸	۰/۸۹۹
	گروه MBCT	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۱/۰۱	۱/۱۶	۱/۰۰۰
	گروه MBCT	گروه کنترل	ـ۲۷/۸۱	۱/۱۴	<۰/۰۰۱
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه شناختی‌رفتاری	ـ۴/۷۲	۱/۵۲	<۰/۰۴۹
	گروه ذهن‌آگاهی مثبت‌محور	گروه کنترل	ـ۳۱/۵۲	۱/۳۸	<۰/۰۰۱
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	ـ۲۶/۸	۱/۱۶	<۰/۰۰۱

مطابق با جدول ۶ مشاهده می‌شود، در سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بین شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان شناختی‌رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین بین گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور با گروه درمان شناختی‌رفتاری در سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی تفاوت معنادار یافت می‌شود (p<۰/۰۵). باتوجه به میانگین‌های پس‌آزمون ارائه‌شده در جدول ۵، هر سه نوع درمان درمقایسه با گروه کنترل دارای تأثیر معناداری در افزایش سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بوده و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری تأثیر نیرومندتری بر افزایش سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی داشته است.

۴ بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سهٔ مؤلفهٔ آن یعنی سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی و سازگاری هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شد. نتایج نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری درمقایسه با گروه کنترل دارای تأثیر معناداری در افزایش سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن بوده و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری، تأثیر نیرومندتری بر افزایش سازگاری تحصیلی و سازگاری کلی دارد. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی نیز درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن، تأثیر معنادار متفاوتی نداشت. نتایج اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌های آن با یافته‌ها و ایده‌های مطرح‌شده توسط نایمیک و همکاران مبنی‌بر وجود بنیان‌های نظری و عملی دررابطه با اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر (۱۵)، همخوان است. همچنین با نتایج پژوهش ایوتزان و همکاران درخصوص تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر نقاط قوت انسانی بر بهزیستی روانی انسان و شاخص‌های مربوط به آن (۱۶) همسویی نشان می‌دهد. وجه تمایز پژوهش حاضر با دو تحقیق مذکور این است که در این پژوهش بستهٔ درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور به‌طور خاص برمبنای نیازهای دختران افسرده در جامعهٔ ایران طراحی و اجرا شده است. البته تمرکز محتوایی اصلی در این بستهٔ درمانی با جهت‌گیری‌های کلی ذهن‌آگاهی (۱۴) و مثبت‌نگری (۱۶) هر دو دارای همسویی است. درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر از نظر ساختار و محتوای نظری و عملی از دو حوزهٔ هم‌زمان رهاسازی ذهن از ارزیابی حوادث و وقایع گذشته و آینده و تمرکز بر نقاط قوت و مثبت کنونی خود، استفاده می‌کند. این بهرهٔ هم‌زمان از توقف تمرکز و نشخوار بر رخدادهای منفی در کنار توجه و تمرکز بیشتر برای بهره‌برداری هرچه مطلوب‌تر از نقاط قوت انسانی در قالب خردمندی، دانایی، شجاعت، عدالت، انسانیت و حرکت در مسیر رشد و تعالی هرچه بیشتر خود، منجربه آزادسازی نیرو و توان شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان افسرده می‌شود و از این طریق ظرفیت آن‌ها را برای سازگاری هیجانی و تحصیلی و اجتماعی افزایش می‌دهد. در معنایی وسیع‌تر، زمانی‌که نوجوانان ارزیابی‌های منفی را درقبال خود و دنیای اطراف، از طریق روش‌ها و فنون درمانی ذهن‌آگاهی متوقف می‌کنند، مهمترین عنصر اصلی درگیر در افسردگی را تحت کنترل و مدیریت در می‌آورند که همان عناصر ذهنی متمرکز بر منفی‌نگری و نشخوار ارزیابانهٔ وقایع گذشته و حال است. چنین روندی هنگامی‌که با تقویت ظرفیت‌های مثبت فضیلت‌محور انسانی مانند شجاعت، اعتدال، تمایل به تعالی و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

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

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

در بخش دیگری از نتایج پژوهش مشخص شد درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌رفتاری درمقایسه با گروه کنترل بر سازگاری اجتماعی و سه مؤلفهٔ اجتماعی و هیجانی و تحصیلی آن تأثیر معناداری داشته و موجب افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر افسرده شده است. این نتایج با مطالعات متعدد دیگری نظیر مطالعهٔ زاترگرین و همکاران، مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیل نوجوانان (۱۸)، پژوهش استین‌برگ و همکاران در بررسی تأثیر آموزش مهارت زندگی بر سازگاری هیجانی و اجتماعی (۱۲)، مطالعهٔ شانرت‌ـ‌ریچل و همکاران در ارزیابی تأثیر تمرینات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر شایستگی اجتماعی و هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی کودکان‌ونوجوانان (۱۳) و نیز با نتایج مطالعهٔ جباری و همکاران مبنی‌بر تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی برای کودکان‌ونوجوانان به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود و ارتباط مثبت با دیگران و زندگی و نیز افزایش عزت‌نفس (۱۰)، همسویی نشان می‌دهد. باوجود همسویی یافته‌های حاصل از این تحقیق با پژوهش‌های اشاره‌شده، گروه نمونهٔ مطالعهٔ حاضر را دختران دانش‌آموز افسرده تشکیل دادند. در تبیین نتایج این بخش از پژوهش باید بر این نکته تمرکز کرد که در مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری هدف اصلی، کاهش رفتارهای ناسازگارانه ازطریق تغییر فرآیندهای شناختی است. مبنای رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، مهار ارزیابی و افکار منفی مربوط به گذشته و آینده و رهاسازی اشخاص از افکار خودکار و عادات و الگوهای رفتاری ناسالم در راستای تنظیم رفتاری است (۱۴). در این نوع درمان همچنین با تمرکز غیرارزیابانه بر وقایع هیجانی و شناختی سطح تکانشوری و رفتارهای ناسازگارانه گواه می‌شوند (۱۳). این نقش‌آفرینی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر مهار افکار خودکار و تکانشوری ناشی‌از آن که هم در سطح شناختی و هم در سطح رفتاری نمود می‌یابد، می‌تواند تبعات مختلفی ازجمله افزایش سازگاری اجتماعی بیشتر، برای دانش‌آموزان دختر افسرده به‌همراه آورد. در درمان شناختی و رفتاری نیز که نظریات و ایده‌های مطرح در آن مبنای بسیاری از رویکردهای درمانی مدرن و پست‌مدرن بوده، بازنگری و ارزیابی افکار منفی خود نقش محوری و اساسی دارد (۱۷). از دیدگاه شناختی‌رفتاری، ناسازگاری دانش‌آموزان در محیط‌های اجتماعی مانند محیط مدرسه بیشتر به‌علت فقدان تجربه در حوزهٔ رفتارها و واکنش‌های جایگزین با رفتاری است که در لحظه درمقابل افراد و موقعیت‌های مختلف از این دانش‌آموزان سر می‌زند (۱۸). ارزیابی و بازنگری افکار منفی با محوریتی که در درمان شناختی و رفتاری دارد، انعطاف‌پذیری اجتماعی و هیجانی و تحصیلی و در کلامی کلی‌تر سازگاری بیشتر را ازطریق رجوع به ارزیابی‌های ذهنی و شناختی در دانش‌آموزان دختر افسرده فراهم می‌آورد. به بیانی دیگر در نوجوانان ناسازگار، باورهای بنیادین ناکارآمد به‌طرز چشمگیری زیاد است و هیچ باور جایگزین سازگارانه و دردسترس دیگری، وجود ندارد (۱۷). به‌همین دلیل درمان شناختی‌رفتاری با امکان جایگزینی افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر در نوجوانان افسرده، می‌تواند سازگاری آن‌ها را افزایش دهد. در پایان بحث لازم است نظر جامعهٔ علمی را به محدودیت اصلی در این پژوهش در راستای احتیاط در تفسیر و تعمیم نتایج جلب کرد. این مطالعه برای دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شد؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به پسران دانش‌آموز عادی و افسرده و نیز دختران دارای سازگاری کم غیرافسرده احتیاط شود. بر پایهٔ یافته‌های پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد در مدارس دخترانه، در حوزهٔ امکان رفع مشکلات سازگاری اجتماعی در دختران دانش‌آموز افسرده، اطلاع‌رسانی دقیقی به مدیران، معلمان، مشاوران و خانواده‌ها صورت گیرد و در مراکز درمان روان‌شناختی نیز درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌ها برای دختران افسرده دارای مشکل سازگاری استفاده شود که ازطریق مدارس یا خانواده‌ها به این مراکز رجوع می‌کنند.

۵ نتیجه‌گیری

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

و رفتاری، برای کمک به دختران دانش‌آموز افسرده و خانواده‌های آن‌ها و به‌خصوص در ارتقای سازگاری اجتماعی این دختران، مؤثر است. با این حال بررسی‌های دقیق‌تر و در سطح جزیی مشخص کرد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری، تأثیر نیرومندتری بر ارتقای سطح سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان دختر افسرده دارد؛ بنابراین برای رفع مشکلات سازگاری دختران دانش‌آموزان افسرده می‌توان از این درمان بهرهٔ بیشتری برد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]

References

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.42.4]