

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 were 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

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر افسرده

فاطمه سادات طباطبائی نژاد: 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.

واژگان کلیدی

اضطراب اجتماعی

مهارت‌های ارتباطی

درمان ذهن آگاهی

روانشناسی مثبت‌نگر

درمان شناختی رفتاری

دانش آموزان دختر
افسرده

چکیده

مقدمه: اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی ضعیف از زمره مشکلاتی است که دختران دانش آموز افسرده از آن رنج می‌برند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور PDMT، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT و درمان شناختی رفتاری CBT بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر افسرده اجرا شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، چهار گروهی با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به منظور انجام پژوهش از میان سی صد دانش آموز دختر مقطع متوسطه اول در شهر نائین در سال ۱۳۹۶، شصت نفر به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۵ نفر برای 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 ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی 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 ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. ($p < 0/01$) همچنین درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان شناختی رفتاری در مهارت‌های ارتباطی دارای تفاوت معنادار بود.

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

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۵

فاطمه سادات طباطبائی نژاد، محسن گل پرور و اصغر آقایی. مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر افسرده. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۷؛ ۷ (۳): ۱۶-۰۵

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

در طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، نشانگان افسردگی شامل خلق افسرده به صورت احساس غمگینی، پوچی، ناامیدی و خلق تحریک‌پذیر در نوجوانان می‌باشد. همچنین کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها، کاهش یا افزایش وزن و اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، سراسیمگی، خستگی، 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، ناسازگاری، 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، ۴ و ۵)

یکی از مشکلات مرتبط و یا همراه با افسردگی در نوجوانان، اضطراب اجتماعی است. (۶) این اختلال با ترس شدید از مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا موقعیت‌هایی که فرد در حال انجام عمل یا فعالیتی است، 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 مسائل همراه در این اختلال است. در واقع در افراد مبتلا به سطوح بالای اضطراب اجتماعی، احتمال خطرات نهفته در موقعیت‌های اجتماعی، بیش از حد طبیعی بها داده شده و برآورد می‌شود. (۷) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تقریباً همیشه 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 نسبت به همسالان خود، مشکلاتی را در زمینه روابط اجتماعی، رشد شغلی و پیشرفت تحصیلی تجربه می‌کنند. (۹، ۱۰ و ۱۱) تقریباً دو سوم افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به یک یا چند اختلال اضطرابی دیگر نیز در مقطعی از زندگی خود مبتلا هستند و در حدود پنجاه درصد به‌طور همزمان از اختلال افسردگی نیز رنج می‌برند. (۱۲) البته تفاوت‌های جنسیتی نیز در میزان همبودی اضطراب اجتماعی با افسردگی وجود دارد، به ترتیبی که همبودی دو اختلال در میان دختران ۵۱/۷٪ و در پسران ۲۷/۹٪ گزارش شده است. (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. (۱۴)

از طرف دیگر با وجود این که مهارت‌های ارتباطی جز بزرگترین پیشرفت‌های بشر به حساب می‌آید، اما بیشتر نوجوانان قادر به برقراری یک رابطه خوب و موثر نیستند، و این فقدان مهارت‌های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل بین فردی باعث بروز ناسازگاری‌ها و تعارضات بین فردی 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، کسب کند. (۱۶) پژوهش لیزینس کین و همکاران ۲۰۱۸ نشان داده که دلبستگی به والدین و همسالان که در روابط بین فردی از جایگاه حساسی 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 همکاران ۲۰۱۳ 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 افسردگی در نوجوانان با مشکلاتی نظیر اضطراب اجتماعی و ایجاد تداخل خلق افسرده در روابط بین فردی نوجوانان، از سال‌ها پیش درمانگران را بر آن داشته تا به دنبال درمان‌های موثر برای افسردگی و مشکلات مرتبط با آن باشند. مروری بر متون علمی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون برای درمان اختلال افسردگی طیف متنوعی از درمان‌های شناخته شده و از آن جمله درمان‌شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، در سال‌های اخیر مداخله‌های روانشناسی مثبت‌نگر در کنار دیگر درمان‌های مورد اشاره برای کمک به نوجوانان افسرده مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. روانشناسی مثبت‌نگر رویکردی متمرکز بر افزایش توانایی‌ها و نقاط قوت انسانی است و این امکان را برای انسان‌ها فراهم می‌آورد تا در مسیر موفقیت هرچه بیشتر حرکت کنند. (۱۹ و ۲۰) در کنار درمان‌های مثبت‌نگر، درمان ذهن آگاهی با تمرکز بر آگاهی برخاسته از توجه هدفمند و غیر قضاوتی در لحظه کنونی

به شرایط همانگونه که هستند، می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا با پذیرش خود، در مسیر شکوفایی توان و استعداد نهفته‌شان گام بردارند. ذهن آگاهی، روشی برای تغییر از حالت انجام دادن به حالت بودن ذهن است. به عبارت دیگر در این روش درمانی بایستی نوجوان با گشودگی به موقعیت‌ها نزدیک شود، حتی اگر متوجه شود که چنین موقعیت‌هایی احساساتی مثل ترس را در وی به وجود می‌آورند. (۲۱) پژوهش‌های گذشته اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی نشان داده‌اند. نتایج پژوهش بیچمین و همکاران ۲۰۰۸ نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر ارتباط اجتماعی و اضطراب نوجوانان اثر بخش است. (۲۱) همچنین نتایج مطالعه شمرتز ۲۰۱۳ حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و نگرش ناکارآمد دانشجویان افسرده بوده است. (۲۲) نتیجه پژوهش هافمن و همکاران ۲۰۱۰ گویای تاثیر درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان است. (۲۳) پژوهش هوپرت و همکاران ۲۰۱۰ حاکی از تاثیر آموزش ذهن آگاهی در مدارس در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان می‌باشد. (۲۴) مطالعه کاویانی و همکاران ۱۳۸۷ از تاثیر درمان ذهن آگاهی بر کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب در دانشجویان دختر حکایت می‌کند. (۲۵) در مطالعه شونرت ریچل و همکاران تاثیر درمان ذهن آگاهی بر مهارت‌های ارتباطی و توانش هیجانی و اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان نشان داده شده است. (۲۶) در کنار درمان‌های متمرکز بر ذهن آگاهی، یکی از درمان‌های سنتی مطرح در زمینه افسردگی، درمان شناختی رفتاری است. در این نوع درمان، تشخیص، ارزیابی، کنترل و تغییر افکار منفی وابسته به رفتارهای فردی، به منظور بازسازی شناختی، به نوجوان آموزش داده می‌شود. (۲۷) در همین راستا پژوهش گلدین و همکاران ۲۰۰۹ نشان داد که ترکیب مواجهه و بازسازی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان موثر است. (۲۸) نتایج پژوهش هافمن و همکاران ۲۰۰۶ نشان داد که درمان شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی، اضطراب اجتماعی و مشکلات ارتباطی اثربخش است. (۲۹) پژوهش داداش زاده و همکاران ۲۰۰۹ حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان است. (۳۰) پژوهش ویلکینسون و همکاران ۲۰۰۸ حاکی از تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری و حالات خلقی پایین نوجوانان افسرده می‌باشد. (۳۱) همچنین پژوهش یاهاو و همکاران ۲۰۰۸ نیز حاکی از تاثیر مداخله شناختی رفتاری بر افزایش مهارت ارتباط بین فردی و کاهش اضطراب در نوجوانان می‌باشد. (۳۲)

نگاهی به نتایج پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان‌های مثبت‌نگر، (۱۹ و ۲۰) درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۳ و ۳۴) و درمان

شناختی رفتاری، (۲۷) حاکی از تاثیر مثبت این نوع درمان‌ها بر طیف متنوعی از مسائل مختلف نوجوانان است. با این حال، از لحاظ نظری و از لحاظ پژوهشی، طی سال‌های اخیر برخی از اندیشمندان با هدف بسط و گسترش ظرفیت‌های درمانی برای نوجوانان و حتی افراد بزرگسال و کودکان، از حلقه‌های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی سخن به میان آورده‌اند. امکان تلفیق برخی درمان‌ها با یکدیگر بیشتر از این نظر مطرح شده که امکان استفاده از نقاط قوت درمان‌ها در کنار یکدیگر را فراهم می‌کند. برای نمونه سبولا و همکاران ۲۰۱۷ با مروری عمیق و جامع نشان داده‌اند که ذهن آگاهی خود یک سازه مثبت‌نگر است که با ادغام عمیقتر در درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر دیگر، امکان بهره بردن از ظرفیت دو درمان ذهن آگاهی و مثبت‌نگری در کنار یکدیگر را فراهم می‌کنند. (۳۵) این ادعا با مجموعه شواهدی که طی سال‌های اخیر از رابطه و استفاده همزمان مثبت‌نگری و ذهن آگاهی به دست آمده همسویی قابل توجهی نشان می‌دهد. بررسی گارلند و همکاران ۲۰۱۷ و نیمیک و همکاران ۲۰۱۲ بر امکان ترکیب ذهن آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی نشان داده که هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی، ترکیب ذهن آگاهی و مثبت‌نگری می‌تواند زمینه ساز تاثیرات چشمگیر درمان باشد. (۳۶ و ۳۷) پیننگ و همکاران ۲۰۱۳ نشان دادند که ذهن آگاهی موجب افزایش هرچه بیشتر عزت نفس که در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر از جایگاه مهمی برخوردار است، می‌شود. (۳۸) سبولا و همکاران ۲۰۱۷ در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن آگاهی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان موثر است. (۳۵) بررسی‌های واترز و همکاران ۲۰۱۳، انگ ۲۰۱۳ و پژوهش ایوترزین و همکاران ۲۰۱۶ نشان

دادند که ترکیب ذهن آگاهی با مثبت نگری در آموزش و درمان بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود در دانش‌آموزان موثر است. (۳۹، ۴۱ و ۴۰)

به‌طور خلاصه در منطق ترکیب میان ذهن آگاهی و مثبت نگری می‌توان گفت که فنون ذهن آگاهی 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. (۳۹ و ۴۰)

توجه به نکات یاد شده، و با توجه به این که تا کنون در ایران درمان ذهن آگاهی مثبت محور مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، در این پژوهش برای اولین بار در ایران درمان ذهن آگاهی مثبت نگر 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 ذهن آگاهی به کار گرفته شد. بنابراین در راستای رفع کمبودهای موجود در حوزه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور، مطالعه حاضر با تمرکز بر این سوال که آیا درمان ذهن آگاهی مثبت محور در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده متوسطه اول دارای اثربخشی متفاوتی است؟ اجرا شده است.



روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در قالب طرح چهار گروهی (کنترل، MBCT، PMT، CBT) اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه اول سه مدرسه شهر نائین بود که به گزارش آموزش و پرورش، مدیران و مشاوران مدارس دارای تعداد قابل توجهی دانش‌آموز دختر دارای علائم افسردگی بودند. تعداد کل آن‌ها در پائیز سال ۱۳۹۶، ۳۰۰ نفر بود که از میان آن‌ها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری 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

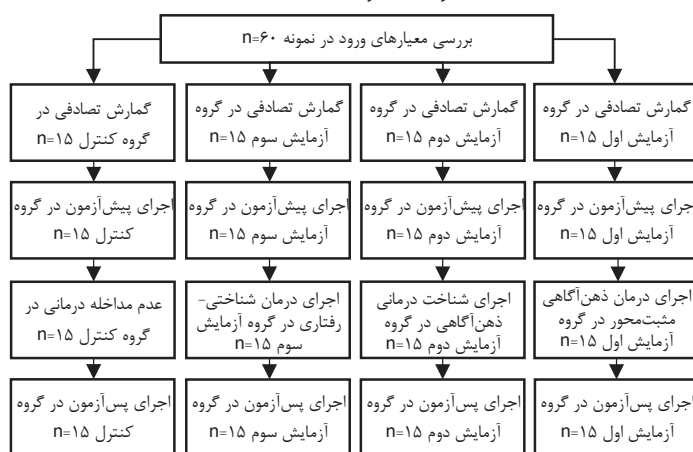
افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید تلقی می‌شود. لازم به ذکر است که نمرات افسردگی شدید و بسیار شدید در این مطالعه به دلیل وقوع اثر سقف و همچنین غیراخلاقی بودن در انتظار درمان قرار دادن افراد مورد مطالعه، استفاده نشده است. سپس نمونه انتخاب شده به‌طور تصادفی در چهار گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه‌های PMT، MBCT و CBT طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای 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 مجدداً از طریق پرسشنامه‌های پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند. اجرای پژوهش در مجموع ۳ ماه به طول انجامید.

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 ذهن آگاهی مثبت محور، گروه درمان ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی مثبت محور برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط دانش‌آموزان ایرانی تهیه و

نمودار (۱) نمودار CONSORT



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 ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی و درمان شناختی رفتاری نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده شده قبلی (۱۳، ۲۵ و ۳۰) 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 عین حال 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 ذهن آگاهی مثبت محور، درمان ذهن آگاهی و یا درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. این پژوهش همچنین دارای کد

جدول (۱) جلسات درمان ذهن آگاهی مثبت محور	
جلسات	جلسه // اهداف // شرح جلسات و تکنیکها (زمان هر جلسه نود دقیقه)
اول	آشنایی درون گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن و در نهایت آشنایی با درمان ذهن آگاهی مثبت محور و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی. // اجرای پیش‌آزمون، معرفی افسردگی و علایم آن. معرفی درمان ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی 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 بازسازی هیجانی جهت غلبه بر تکنگرایی هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد 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 دانش آموزان، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ دانش آموزان به سولات به فضیلت خرد و یاور به این توانایی در خود، جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	آموزش فنون مراقبه ذهن آگاهی، 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 لذت‌جشی، 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 سوسای و احساس ناامنی رفتاری، آموزش روابط بین فردی و کنترل ذهنی هیجان‌ها، بحث درمورد احساسات و اهمیت هیجان‌های مثبت، جمع‌بندی مباحث و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	آموزش ذهن آگاهی 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 اجرا آن به دانش آموزان، همچنین به شرکت‌کنندگان گفته شد در ضمن انجام مراقبه‌های ذهن آگاهانه بر نقاط قوت خود از طریق تصویرسازی ذهنی توانمندی‌ها تمرکز کنند و تلقین به نفس مثبت داشته باشند، ارائه تکلیف خانگی.
ششم	آموزش فنون مراقبه واریس بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف‌گذاری شناختی و فکری روی نقاط قوت و علائق و احساسات خود، افزودن ارزش‌های رایج (شجاعت، مهربانی، امیدواری و رعایت حقوق دیگران) به نقاط قوت، احساسات و علائق خود 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 علائق و تهیه فهرستی از اهداف خویش، همچنین مراقبه واریس بدن به دانش آموزان، 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 واره‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتماد به نفس و استفاده از واره چگونه به چار. // توضیح در زمینه استمرار در تمرین افکار مثبت و فرصت‌های تفکر مثبت از طریق سازگاری با مشکلاتی که دانش آموزان نمی‌توانند حل کنند، تفکر و اندیشه مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی از طریق شناسایی الگوهای فکری و توجه به آن‌ها و جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی برای دانش آموزان 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 دانش آموزان بیان شد و به آن‌ها گفته شد که همزمان بر ارتقای فضیلت عدالت تمرکز کنند، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ به سولات 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 جرأت‌مندی و 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 فردی و 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 دانش آموزان توضیح داده شد، ارائه تکلیف خانگی.
یازدهم	استمرار مراقبه نشسته و مراقبه واریس بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل کردن یادها و ناپیدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ایجاد موقعیت. // به دانش آموزان گفته شد که ضمن انجام مراقبه واریس بدن و مراقبه نشسته به ثبت رویادهای خوشایند و همچنین رویادهای ناخوشایند زندگی بپردازند، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل در حوزه مهربانی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
دوازدهم	انجام تمرینات کششی ماتا یوگا نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری و ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی. // تمرینات کششی هاتا یوگا برای دانش آموزان شرح داده شد و ضمناً این تمرین همراه با تمرکز بر تعالی و شکوفایی انجام شد، اجرای پرسشنامه ارزش‌های فعال در عمل و پاسخ به سولات مربوط به فضیلت انسانیت و باور دانش آموزان نسبت به داشتن این توانایی، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات، درنهایت از دانش آموزان برای شرکت در گروه نشر کرده و پس‌آزمون اجرا شد.

اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه می‌باشد.

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

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: پرسشنامه اضطراب اجتماعی نخستین بار توسط کانور و همکاران ۲۰۰۰ به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. تلو یحات 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 کارایی دقت تشخیص هشتاد درصد و نقطه برش پنجاه با کارایی 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 با هشتاد و پنج صدم به‌دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: این پرسشنامه دارای نوزده سوال است و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباط بین فردی 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

آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شود. این امتیاز دامنه نوزده تا نود و پنج را در بر می گیرد و نمره های بالاتر نشان دهنده مهارت ارتباط بین فردی بالاتر در شخص پاسخ دهنده خواهند بود و برعکس. منجمی زاده ۱۳۹۱ 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 مهارت های ارتباطی در پژوهش حاضر برابر با نود و نه به دست آمد.

پس از این که شرکت کنندگان به صورت تصادفی در چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، در هر چهار گروه پیش آزمون با استفاده از دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی و مهارت های ارتباطی اجرا شد، سپس گروه های آزمایش، یعنی درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی و طی دوازده جلسه نود دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ گونه درمانی دریافت نمود. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس آزمون، به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه محتوای جلسات درمان ذهن آگاهی مثبت محور، درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در سه جدول شماره یک، دو و سه ارائه شده است.

در تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS20 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پس از بررسی پیش فرض های این تحلیل و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری یا مانکوا، نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون آزمون شاپیرو ویلکزن، ($P > 0/05$)

جدول (۲) جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
جلسات	اهداف // شرح جلسات و تکنیک ها (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 اعضا گروه، تمرین خوردن کشمش و اجرای پیش آزمون // 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 ویژگی های سن نوجوانی و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	تمرین خوردن کشمش و تمرین مراقبه و آرسی بدنی // آموزش مراقبه کشمش و مراقبه و آرسی بدن به دانش آموزان، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند و تمرین مراقبه نشسته // آموزش مراقبه نشسته به دانش آموزان، توضیح درمورد اینکه دانش آموزان به بررسی افکار و احساسات خود پرداخته و وقایع خوشایند خویش را فهرست کنند، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات و تنفس با حضور ذهن // آموزش مراقبه تنفس به نوجوانان همراه با حضور ذهن، توضیح در زمینه پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	تمرین بدین یا شنیدن آگاهانه، تمرین 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 فعالیت های انجام شده در زمان کنونی و رهاسازی ذهن از افکار منفی، جمع بندی 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 تکرار شوند، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	نوشتن افکار و توجه به تنفس و بحث در خصوص مدلسازی ذهن آگاهی از افکار 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 برداش افکار و احساسات و شناخت های خود، دانش آموزان آن ها را بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهند، جمع بندی بحث های 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 دانش آموزان درمورد افکار و پذیرش بدون قضاوت آن، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه نهم	مراقبه نشسته طولانی مدت، بحث در خصوص فکر بودن افکار نه واقعیت داشتن آن ها و آگاهی و شناسایی افکار منفی و راهبردهای مقابله ای با آن ها // توضیح در زمینه اینکه افکار فقط فکر هستند و واقعیت نیستند و اینکه افکار تاثیر زیادی بر عواطف و احساسات جمعی داشته و خود افکار نیز از عواطف و احساسات جسمی تاثیر می پذیرند، همچنین به شناسایی اهداف منفی و راهبردهای مقابله با آن از طریق روش پذیرش بدون قضاوت پرداخته شد، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دهم	تمرین نوار در ذهن برای آگاهی از افکار و بحث و تمرین با افکار محدود کننده 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 می کند تا هروقت که مطرح می شوند آن ها را بشناسند. از یک طرف افکار به مرحله عمل گذارده شده و از سوی دیگر آتقنر ادامه می یابد تا خاموش شوند، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه یازدهم	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین ها، شناسایی کارهای درمورد نیاز 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، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوازدهم	تمرین مراقبه و آرسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی اجرای پس آزمون (دادخواه، ۱۳۹۵)، آموزش و تمرین مراقبه و آرسی بدن و آرامش در تمامی اعضای بدن نوجوانان و مشاهده و پذیرش بدون قضاوت افکار منفی مربوط به افسردگی، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.

جدول (۳) جلسات درمان شناختی- رفتاری	
جلسات	اهداف // شرح جلسات و تکنیک ها (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 پیش آزمون // تلاش برای ایجاد انگیزه و ارتباط افزایش همبستگی آن ها به دانش آموزان گوشه در، همچنین به آن ها گفته شد که درمورد مسائل و احساسات شخصی با یکدیگر صحبت کنند و اجرای پیش آزمون.
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، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آموزش خود نظارتی // آموزش های روان شناختی در زمینه افسردگی و عوامل زمینه ساز آن به دانش آموزان، افزایش سطح فعالیت های فرد افسرده و افزایش علاقه و تمرین های رفتاری و ایجاد افکار مثبت، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	آموزش فعال سازی رفتاری // افزایش احتمال پاداش دهی به رفتارهای ضد افسردگی، افزایش فعالیت های جسمانی دانش آموزان مثل ورزش های هوازی، پیاده روی، استخر و دوچرخه سواری، آموزش تکنیک حواس پرتی و یا توقف فکر و تمرینات تن آرامی، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	آموزش رابطه و تعامل سالم بین نوجوان و والدین و همسالان // مهارت های مهم برای برقراری ارتباط اساسی به دانش آموزان آموزش داده شد، همچنین نکاتی در زمینه حل تعارض نوجوانان با والدین، دوستان و اولیا مدرسه برای ایشان بیان شد، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	آموزش مهارت های سازشی اجتماعی // در زمینه حل تعارض و مدیریت خشم، توضیح داده شد که به لیست کارهایی که از نظرشان خوب است و همچنین لیست کارهایی که برای دیگران مشکل ساز است را به طور مکتوب فهرست کنند، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	آموزش نظارت بر فکر و اصلاح فکر // توضیح درمورد تاثیر افکار روی احساس و احساس روی عمل، بررسی افکار منفی دانش آموزان در طول هفته و مشخص کردن بارهای غیر منطقی ایشان، تغییر شناخت و ذهنیت نوجوان، ارزیابی افکار منفی و عادت های غلط، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	آموزش حل تعارض // آموزش اصول درست گوش دادن به دانش آموز، توضیح درمورد اینکه نوجوانان روی مشکل تاکید کنند نه روی شخص و اینکه مستقیم و رویارویی با یکدیگر صحبت کنند، آموزش استفاده از تکنیک وقت اضافه (قدم رذن، راه رفتن و بیرون رفتن) در هنگام خشم و ناگهی، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه نهم	آموزش مثلث شناختی افسرده ها // معرفی مثلث شناختی افسرده ها به صورت اشتغال ذهنی با تجربیات گذشته، ناتوانی تمرکز و تصمیم گیری، و سردرگمی در آینده و مایه های فکری احساس بی ارزشی، درماندگی، ناامیدی، احساس گناه و یادآوری افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دهم	آموزش مدیریت افکار منفی خودکار و تشخوار // به دانش آموزان گفته شد که به منظور مدیریت افکار منفی خودکار و تشخوار جدولی تنظیم کرده و به یادداشت فکر، باور، شواهد، باید تایید کنند، شواهد رد کنند، شرح موقعیت ناراحت کننده، افکار منفی و شیوه های جایگزین این موقعیت بپردازند، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه یازدهم	آموزش تکنیک های ابطال سازی // درمورد تجدید نظر نوجوانان در اسنادهای خود، بازسازی رفتاری و کلامی آن ها و بحث درمورد فرض های ناکارآمد و ایجاد افکار جایگزین مثبت توضیح داده شد، جمع بندی مطالب و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوازدهم	آموزش پیشگیری از عود بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم گیری، حل تعارض و آموزش مهارت های اجتماعی و آماده سازی برای حل مشکلات زندگی (مهاون سگر، ۲۰۱۵) // آموزش پیشگیری از عود و بازگشت بیماری، جمع بندی مطالب آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم گیری و حل تعارض و آموزش مهارت های اجتماعی و آماده سازی برای حل مسائل زندگی و اجرای پس آزمون.

همگنی واریانس ها از طریق آزمون لوین، ($P > 0/05$) و برابری شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی تعامل آزمون و عضویت گروهی نیز مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص گردید که از نظر پیش فرض های مورد اشاره در پژوهش حاضر مشکلی وجود ندارد.

یافته ها

ویژگی های دموگرافیک نمونه: بر اساس یافته های توصیفی پژوهش، در گروه کنترل، اکثریت معادل ۵۳/۳٪ در پایه تحصیلی هشتم، در گروه درمان ذهن آگاهی نیز اکثریت معادل ۸۶/۷٪ در پایه تحصیلی هشتم، در گروه درمان ذهن آگاهی مثبت محور و گروه درمان شناختی و رفتاری، اکثریت معادل ۴۷/۴٪ و شصت درصد در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. میانگین سنی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برابر با ۱۴/۲۰±۰/۶۸ 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 مهارت های ارتباطی گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شده است.

چنانکه در جدول شماره چهار مشاهده می شود، در مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی در گروه درمان ذهن آگاهی، گروه درمان ذهن آگاهی 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. همان طور که در جدول شماره پنج مشاهده می شود، حداقل بین دو گروه از گروه های پژوهش در مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. ($P < 0/001$) در جدول شماره شش، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه پس از مزمون مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی، پس از کنترل نمرات پیش از مزمون این متغیرها ارائه شده است. چنانکه در جدول شماره شش مشاهده می شود، مهارت های ارتباطی ($P < 0/001$ و $F = 351/35$) و اضطراب اجتماعی ($P < 0/001$ و $F = 584/02$) بین گروه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان ذهن آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس از مزمون پس از کنترل پیش از مزمون دارای تفاوت معناداری است. برای تعیین تفاوت دو به دو گروه های پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن را در جدول شماره هفت مشاهده می کنید.

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مهارت های ارتباطی در چهار گروه پژوهش

گروه های پژوهش	متغیر	پیش از مزمون	پس از مزمون
گروه شناخت درمانی	مهارت های ارتباطی	۳۵/۹۳	۳/۹
مبتنی بر ذهن آگاهی	اضطراب اجتماعی	۶۴/۴۷	۶/۷۵
گروه ذهن آگاهی	مهارت های ارتباطی	۲۶/۸۷	۴/۳۷
مثبت محور	اضطراب اجتماعی	۷۸/۸	۳/۶
گروه شناختی و رفتاری	مهارت های ارتباطی	۳۶/۳۳	۳/۷
	اضطراب اجتماعی	۶۳/۳۳	۴/۳۴
گروه کنترل	مهارت های ارتباطی	۳۴/۰۷	۳/۰۶
	اضطراب اجتماعی	۶۸/۹۳	۴/۸۸

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی پس از کنترل پیش از مزمون

نام آزمودنی	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلای	۱/۰۵	۶	۱۰۸	۱۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۲	۶	۱۰۶	۹۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳۷/۷۳	۶	۱۰۴	۲۳۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳۷/۶۵	۳	۵۴	۶۷۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی

متغیر و منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
مهارت های ارتباطی							
پیش از مزمون	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	۰/۱	۰/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۰۶
عضویت گروهی	۲۸۰۰۹/۵۱	۳	۹۳۳۶/۵۰	۳۵۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
خطا	۱۴۳۴/۹۴	۵۴	۲۶/۵۷				
کل	۳۴۵۴۳۸	۶۰					
اضطراب اجتماعی							
پیش از مزمون	۳/۴۸	۱	۳/۴۸	۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۰۸
عضویت گروهی	۲۳۱۳۵/۶۴	۳	۷۷۱۱/۸۸	۵۸۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
خطا	۷۱۳/۰۵	۵۴	۱۳/۲۰				
کل	۸۶۶۰۲	۶۰					

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

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین های تعدیل شده	خطای معناداری	سطح معناداری
مهارت های ارتباطی	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	-۵/۶۱	۲/۴۸	۰/۱۷
	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه شناختی رفتاری	۷/۵۱	۱/۸۷	۰/۰۱
	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	۵۰/۵۲	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه شناختی رفتاری	۱۳/۱۱	۲/۵۳	۰/۰۰۱
	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه کنترل	۵۶/۱۳	۲/۲۷	۰/۰۰۱
	گروه شناختی رفتاری	گروه کنترل	۴۳/۰۱	۱/۹۱	۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	۱/۴۵	۰/۹۱	۰/۷
	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه شناختی رفتاری	-۱/۲۲	۰/۶۵	۰/۴
	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	-۱۸/۵۴	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه شناختی رفتاری	-۲/۶۷	۰/۹۶	۰/۰۴
	گروه ذهن آگاهی مثبت محور	گروه کنترل	-۱۹/۹۳	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	گروه شناختی رفتاری	گروه کنترل	-۱۷/۳۲	۰/۶۸	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول هفت مشاهده می شود، در مهارت های ارتباطی و اضطراب اجتماعی بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان ذهن آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0/001$) در مهارت های ارتباطی بین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان ذهن آگاهی مثبت محور با درمان شناختی رفتاری نیز تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و

با درمان ذهن آگاهی مثبت محور و بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P > 0/05$) بنابراین هر سه نوع درمان نسبت به گروه کنترل بر کاهش اضطراب اجتماعی موثر بوده است. اما درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر نیرومندتری بر کاهش اضطراب اجتماعی داشت.

درمان ذهن آگاهی مثبت محور با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P > 0/05$) در اضطراب اجتماعی نیز بین گروه درمان ذهن آگاهی مثبت محور با درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد، ($P < 0/05$) اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای تاثیر نیرومندتری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی بوده‌اند. همچنین در اضطراب اجتماعی، هر سه نوع درمان نسبت به گروه کنترل و درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای تاثیر نیرومندتری بر کاهش اضطراب اجتماعی بوده‌اند. اما بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مثبت محور و همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری، تفاوت معناداری در اضطراب اجتماعی به دست نیامد. نتایج اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت نگر بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی با ایده‌های مطرح شده توسط گارلند و همکاران ۲۰۱۷، نیمیک و همکاران ۲۰۱۳ و اونگ ۲۰۱۳ مبنی بر امکان ترکیب فنون و راهبردهای درمانی ذهن آگاهی و مثبت‌نگری در راستای بهره‌گیری از ظرفیت‌های درمانی دو رویکرد درمانی ذهن آگاهی و مثبت‌نگری، به‌طور همزمان همسویی نشان می‌دهد. (۳۶، ۳۷، ۳۸) همچنین اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در پژوهش حاضر با توجه به رابطه‌ای که این دو متغیر با بهزیستی دارند، (۱۲ و ۲۰) با نتایج پژوهش سبولا و همکاران ۲۰۱۷، واترز ۲۰۱۳ و ایوتزین و همکاران ۲۰۱۶ در خصوص تاثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر نقاط قوت انسانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، همسویی نشان می‌دهد. (۳۵، ۳۹، ۴۱) وجه تمایز پژوهش حاضر با پژوهش‌های مطرح شده این است که در این پژوهش، بسته درمانی ذهن آگاهی مثبت محور بر مبنای نیازهای دختران افسرده در جامعه ایران طراحی و اجرا شده است. البته تمرکز محتوایی اصلی در بسته درمانی ذهن آگاهی مثبت محور با جهت‌گیری کلی ذهن آگاهی (۲۱ و ۲۲) و مثبت‌نگری (۱۹ و ۲۰) هردو دارای همسویی است. درمان ذهن آگاهی مثبت محور از نظر ساختار و محتوای نظری و عملی، بر دو حوزه همزمان ذهن آگاهی و تقویت نقاط قوت مثبت انسانی نظیر خرد و دانایی، شجاعت، انسانیت، شکوفایی، اعتدال تمرکز دارد. که در درمان ذهن آگاهی مثبت محور ارائه و استفاده شده در این پژوهش و توجه همراه با قصد و بدون قضاوت در هر لحظه به اوضاع و شرایط به همان صورت که هستند و خارج شدن از محدوده‌ی افکار خود و یاد گرفتن تجربه جهان به‌طور مستقیم و ادراک آن بدون تفسیر دائمی افکار و رهاسازی تفکر از قید عادت‌های خودکار و تمرکز بر نقاط قوت و مثبت فعلی خود به‌صورت جدی دنبال شده است. بهره‌گیری از عدم قضاوت و عدم ارزیابی در مورد نشخوارها و افکار منفی در کنار توجه و تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود، ساز و کاری بوده که منجر به افزایش توان مقابله دانش‌آموزان افسرده با حالات افسردگی خود شده و از این طریق ظرفیت آن‌ها را برای روابط بین فردی افزایش و اضطراب اجتماعی را کاهش داده است. مهمترین وجه تمایز ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری و درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که همزمان با رهاسازی تفکر از قید عادات منفی خودکار، بر نقاط قوت و توانمندی‌های دانش‌آموز افسرده تمرکز نموده و این وجه تمایز باعث اثربخشی بیشتر درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی رفتاری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان افسرده شده است. البته درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای تاثیر معنادار متفاوتی بر مهارت‌های ارتباطی نبود. به این معنی که این دو نوع درمان را می‌توان دو درمان قابل جایگزین با یکدیگر برای ارتقا مهارت‌های ارتباطی در دانش‌آموزان دختر افسرده در نظر گرفت.

در کنار درمان ذهن آگاهی مثبت محور، مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی و رفتاری نسبت به گروه کنترل بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر، دارای اثربخشی معناداری بودند. این نتایج با مطالعات متعدد دیگر نظیر مطالعات شمترز ۲۰۱۳، هافمن ۲۰۱۲ و کاویانی و همکاران ۱۳۸۷ مبنی بر اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب نوجوانان (۲۲، ۲۵ و ۲۶) و بالاخره با نتایج پژوهش مطالعه بیچمین و همکاران ۲۰۰۸ و شونرت ریچل و همکاران ۲۰۱۰ در خصوص اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر روابط اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی (۲۱ و ۲۳) همسو است. نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی و رفتاری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی تاثیر داشته است. این یافته با نتایج مطالعات گلدین و همکاران ۲۰۰۹، هافمن و همکاران ۲۰۰۶، داداش زاده و همکاران ۲۰۰۹، یاه و و همکاران ۲۰۰۸ در خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در نوجوانان، (۳۲) همسویی دارد. (۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۲) در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ضمن انجام تمرینات مراقبه تنفس، مراقبه وارسی بدن و مراقبه کشمکش، افکار منفی به ذهن دانش آموز افسرده می آیند و دانش آموز با این افکار در خلال انجام تمرینات مواجه می شود، اما در مورد آن‌ها ارزیابی و قضاوت نمی کند و به تمرین بر اساس اشکال مختلف مراقبه ادامه می دهد. همین کار باعث می شود که پس از مدتی ذهن نوجوان از افکار منفی خالی شود. در درمان شناختی و رفتاری نیز دانش آموز افسرده، بایستی افکار منفی خود را یادداشت کرده و از طریق چالش کلامی افکار مذکور را از ذهن بیرون کشیده و با افکار مثبت جایگزین کند. به عبارت دیگر در درمان شناختی رفتاری، دانش آموز افسرده به مبارزه با افکار منفی خود می پردازد. مواجهه بدون ارزیابی و قضاوت با افکار منفی از طریق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و تلاش برای جایگزینی افکار منفی در باره خود و دنیای پیرامون از طریق درمان شناختی و رفتاری، مسیرها و سازوکارهایی بوده که نسبت به گروه کنترل بستر ساز ارتقا مهارت‌های ارتباطی و تضعیف اضطراب اجتماعی در دانش آموزان دختر افسرده شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مانند درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی و رفتاری بر افزایش مهارت‌های ارتباطی اثر نیرومندتری داشته است. تاثیر قوی تر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه درمانی شناختی و رفتاری، با احتمال زیاد به این دلیل است که برای ارتقا مهارت‌های ارتباطی، علاوه بر جایگزینی افکار و نگرش‌های منفی نسبت به خود و دنیای پیرامون، مواجهه شجاعانه بدون قضاوت و ارزیابی نیز از ضرورت‌ها است. مواجهه بدون قضاوت و شجاعانه با افکار و نگرش‌های منفی در درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

وجود دارد، اما به طور جدی و محسوس در درمان شناختی و رفتاری دنبال نمی شود. در اضطراب اجتماعی هر سه نوع درمان نسبت به گروه کنترل و درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به درمان شناختی و رفتاری دارای تاثیر نیرومندتری بر کاهش اضطراب اجتماعی بودند. البته در عین حالی که بین درمان ذهن آگاهی مثبت محور با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تاثیر بر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری به دست نیامد، اما بین درمان ذهن آگاهی مثبت محور با درمان شناختی و رفتاری (این نوع درمان با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای تفاوت معناداری نبود) در تاثیر بر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری به دست آمد. به این جهت می توان گفت که درمان ذهن آگاهی مثبت محور نسبت به دو درمان دیگر دارای بیشترین تاثیر بر کاهش اضطراب اجتماعی بوده است. در تبیین نتایج این بخش از پژوهش باید بر این نکته تمرکز نمود که در درمان ذهن آگاهی مثبت محور علاوه بر کاهش اضطراب اجتماعی از طریق فرآیندهای شناختی که با دو نوع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری مشترک است، همزمان بر تقویت توانمندی‌های مثبت خود در مسیر خرد، عقلانیت، اعتدال، شجاعت، شکوفایی، انسانیت و عدالت، نسبت به خود و دنیای اطراف نیز کار و تمرین درمانی انجام می شود. این کار همزمان بر فرایندهای شناختی و نقاط قوت و مثبت انسانی، توان مواجهه با قوت و شجاعانه با خود و دنیای اطراف را ارتقا می بخشد و از این طریق موجب کاهش جدی اضطراب اجتماعی می شود. ذهن آگاهی مثبت محور این امکان را برای فرد به وجود می آورد تا شرایط را همانگونه که در لحظه است، درک کند و به دنبال تغییر شرایط نباشد، ظرفیت و نقاط قوت خود را همزمان مورد تقویت قرار داده و زندگی موثرتر

و شادمانه‌تری را دنبال کند. (۳۶، ۳۷، ۳۹ و ۴۰)
این ویژگی‌ها، درمان ذهن آگاهی مثبت محور را بر کاهش اضطراب اجتماعی در کنار و در مواردی فراتر از درمان شناختی و رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی 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.

پیشنهادهای: به پژوهشگران علاقمند به حوزه مثبت‌نگری همراه با ذهن آگاهی توصیه می‌شود بسته درمانی ذهن آگاهی

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 به نظر می‌رسد که درمان ذهن آگاهی مثبت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند در کنار درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی رفتاری و با اثربخشی بالاتر برای کمک به دانش‌آموزان دختر افسرده بالاختصاص 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، بالاختصاص در خصوص استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ذهن آگاهی مثبت محور و در درجه نخست در مورد این درمان‌ها اطلاع‌رسانی شود. همچنین به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی نیز توصیه می‌شود جهت افزایش مهارت‌های ارتباطی نوجوانان افسرده و کاهش اضطراب اجتماعی آنان از درمان ذهن آگاهی مثبت محور در کنار درمان‌های دیگر استفاده کنند.

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



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

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. Ivztan, 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]