

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر بر سرمایه روان شناختی دانش آموزان دختر دارای افسردگی

آذر کاظمی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، سید حمید آتش پور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۳

خلاصه

مقدمه: افسردگی از جمله اختلالاتی است که می تواند نوجوانان دختر را با مشکلات جدی مواجه کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود با روان درمانی مثبت نگر بر سرمایه روان شناختی دانش آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. نمونه مطالعه، ۵۴ دانش آموز دختر دارای افسردگی در مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که با انتساب تصادفی در سه گروه درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، روان درمانی مثبت نگر و گروه کنترل گمارده شدند. ابزار سنجش، پرسشنامه سرمایه روان شناختی Nguyen و همکاران بود. گروه های آزمایش به مدت ده جلسه تحت درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. داده ها توسط آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

یافته ها: تفاوت معنی داری بین درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر با گروه کنترل در سرمایه روان شناختی ($p < 0/001, F = 25/049$) و مؤلفه های امید ($p < 0/001, F = 5/012$) و تاب آوری ($p < 0/001, F = 4/867$) وجود داشت، اما بین تأثیر دو درمان بر سرمایه روان شناختی و مؤلفه های آن تفاوت معنی دار نبود.

نتیجه گیری: درمان های پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر، در افزایش سرمایه روان شناختی دانش آموزان دختر دارای افسردگی مؤثر هستند. بنابراین، با آموزش آن ها می توان توانمندی های مثبت افراد جهت مقابله با افسردگی را ارتقا بخشید. **واژه های کلیدی:** درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، روان درمانی مثبت نگر، سرمایه روان شناختی، افسردگی، دختران

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: drmgolparvar@gmail.com، تلفن: ۰۳۱ ۳۵۳۵۴۰۰۱ - ۹

مقدمه

ویژگی‌های مثبت را به شکل بازدارنده شده دارند. از این رو، مداخلات مثبت‌نگر که توانمندی‌های مثبت بازدارنده را تقویت می‌کنند [۷]، مانند درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر ممکن است بتوانند در بهبود افسردگی مؤثر باشند.

درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود (MSAT: Mindful Self-Acceptance Therapy) درمانی مبتنی بر ترکیب فنون درمانی ذهن آگاهی و پذیرش خود و متمرکز بر فنون درمانی عدم قضاوت درباره خود در گذشته، حال و آینده بدون توجه به ارزیابی‌های مثبت یا منفی است. پذیرش خود به عنوان تمایل به پذیرش مالکیت و مسئولیت احساسات، نظرات و رفتارها بدون انکار آن‌ها و بدون محکوم کردن خود تعریف می‌شود و ایده‌آل‌ترین روش بازسازی و ارتقای هویت فرد و مبنایی برای بهبودی است [۱۵] و به عنوان پذیرش کامل خود بدون توجه به هوش یا رفتار درست و شایسته و بدون توجه به تأیید، احترام یا علاقه دیگران توصیف می‌شود [۱۶]. فردی که به جای پذیرش خود، با ارزیابی و قضاوت درباره خود درگیر شده، ممکن است خیلی نیازمند توجه باشد و منابع فردی قابل توجهی را صرف خود بزرگ‌بینی به منظور جبران نقایص فردی درک شده کند [۱۷]. در حالی که پذیرش خود اجازه می‌دهد مراجع به دیدگاه وسیع‌تری قدم بگذارد و تاب‌آورتر باشد [۱۸]. پذیرش خود از طریق ذهن-آگاهی تسهیل می‌شود و می‌تواند متغیرهای مثبت مانند هیجانات مثبت را ارتقا دهد [۱۷]. از این رو، مطابق با مطالعات قبلی جهت تأمل، توجه، نظارت، اصلاح رفتار و تغییر دیدگاه و در نتیجه، تغییر رفتارهای مقابله به سمت منطقی و ثبات [۱۹]، همچنین کاهش خودارزیابی و جایگزینی آن با پذیرش، می‌تواند از ذهن آگاهی در درمان پذیرش خود استفاده کرد [۱۷]. چنین امری منجر به طرح رویکردی نوین موسوم به پذیرش ذهن آگاهانه خود که در این پژوهش معرفی و استفاده شد، گردید.

رویکرد دیگری که امروزه برای کاهش نشانه‌های افسردگی استفاده می‌شود، روان‌درمانی مثبت‌نگر است. روان‌درمانی مثبت‌نگر یک رویکرد نوظهور است که به جای بررسی ضعف‌ها، آسیب‌پذیری‌ها و بیماری‌های روانی، بر ایجاد و ارتقای

افسردگی یک مشکل سلامت روان متداول در بین نوجوانان در سراسر جهان می‌باشد [۱]. مطالعاتی که شیوع افسردگی در نوجوانان را ترسیم می‌کنند، درصد بالایی از شروع نشانه‌های این اختلال را در این گروه سنی گزارش می‌کنند [۲] و این دوره را یک دوره بحرانی در رشد افسردگی می‌دانند [۳]. ارزیابی یک‌ساله، شیوع ۸/۸ تا ۹/۶ درصدی این اختلال را در میانه و اواخر نوجوانی نشان می‌دهد [۴]. این شاخص در دختران به‌طور قابل توجهی در انتهای نوجوانی افزایش می‌یابد [۵]. شیوع این اختلال در نوجوانان دختر ایرانی برابر ۵۲/۶ درصدی و میانگین سنی این دختران ۱۶/۲ ارزیابی شده است [۶].

کاهش منابع مثبت باعث بی‌حسی، بی‌توجهی، فقدان علاقه، فقدان اعتماد به نفس و غمگینی که ویژگی اصلی افسردگی هستند، می‌شود [۷]. یکی از این منابع مثبت سرمایه روان‌شناختی (psychological capital) است که منبع درونی شادمانی و رضایت از زندگی تعریف شده و شامل چهار خرده‌مقیاس اصلی تاب‌آوری (resiliency)، به مفهوم انعطاف پذیر بودن در دستیابی به موفقیت و اهداف در زمان رو برو شدن با مشکلات؛ خودکارآمدی (self-efficacy)، شامل داشتن اعتماد به نفس برای به عهده گرفتن و صرف تلاش برای موفقیت در وظایف چالش‌برانگیز؛ امید (hope)، به مفهوم حفظ اهداف و تغییر مسیر به منظور موفقیت؛ و خوش‌بینی (optimism)، به معنی داشتن نگرش مثبت نسبت به موفقیت‌های حال و آینده می‌شود [۸].

میزان سرمایه روان‌شناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی با افزایش سن کاهش می‌یابد [۹] و هر چهار مؤلفه آن نیز به طور منفی با پاسخ سازگاران به افسردگی مرتبط هستند [۱۰]. به گونه‌ای که افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی در نوجوانان با کاهش در نشانه‌شناسی افسردگی ارتباط دارند [۱۱-۱۲] و امید و خوش‌بینی در دختران نقش حفاظتی در برابر افسردگی بازی می‌کنند [۱۳-۱۴].

افراد با ظرفیت ذاتی برای شادمانی و پتانسیل بالقوه برای رشد مداوم به دنیا می‌آیند و حتی افرادی که از اختلالات روانی مانند افسردگی رنج می‌برند این توانمندی‌ها و

و ۲۷]. مروری بر نوین‌ترین شواهد در دسترس که بخشی از آن در مقدمه مرور گردید، به خوبی نشان می‌دهد که ضرورت توجه هم‌زمان به فرایندهای درمانی ذهن آگاهانه و پذیرش خود، تاکنون چندان جدی گرفته نشده است. بر همین اساس، مطالعه حاضر برای اولین بار با توجه به نیازها و ضرورت‌های اشاره شده، با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح سه گروهی (گروه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و گروه کنترل) و دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر دارای علائم افسردگی در منطقه چهار آموزش و پرورش شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸ بودند. طی فراخوان در مدارس دخترانه مقطع متوسطه در مورد سنجش برخی نشانه‌های خلق و انرژی پائین (برای پیشگیری از هر گونه سوگیری نامی از افسردگی آورده نشد)، ۳۰۷ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل نمودند. از این تعداد پس از غربالگری اولیه مطابق با مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher [۳۰]، ۲۱۲ نفر دارای افسردگی بودند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس استفاده از انحراف معیار حاصل از مطالعه قبلی [۲۸] که برابر با ۴/۷۷ بود، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد (مقدار Z برابر با ۱/۹۶) و توان آزمون ۹۰ (مقدار Z برابر با ۱/۲۸) و مقدار حداقل اختلاف معنی‌دار (مقدار d در فرمول) برابر با ۶/۱ برای هر گروه (۱۲/۸۴) تقریباً ۱۳ نفر و با توجه به سه گروه بودن ۱۷ نفر نمونه برآورد شد. فرمول استفاده شده به شرح زیر بود

$$n = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{d^2}$$

که با توجه به احتمال ریزش در طول دوره پژوهش، برای هر یک از سه گروه پژوهش ۱۸ نفر (در مجموع ۵۴ نفر) از طریق مصاحبه ساختار یافته (Structured) و بررسی معیارهای ورود و خروج، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) در سه گروه

شادمانی در زندگی روزانه متمرکز است و درک انسان از فضایل و قوت‌ها مانند خلاقیت، امید، بخشش و شجاعت را بهبود می‌بخشد [۲۰]. این رویکرد بر این فرض استوار است که افسردگی می‌تواند به طور مؤثری نه‌تنها با کاهش نشانه‌های منفی بلکه با ایجاد نشانه‌های مثبت، توانمندی‌های منشی و معنا و با تمرکز بر پرورش و افزایش شناخت و هیجانات مثبت، ابزار خوش‌بینی، ایجاد قدردانی و پایه‌ریزی مجدد زندگی هدفمند درمان شود [۲۱]. اجرای این درمان بر روی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی خفیف تا متوسط، حاکی از کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی حداقل برای ۶ ماه می‌باشد [۲۲].

مطالعات انجام شده مبتنی بر تأثیر درمان‌های حوزه مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی در ایران حاکی از تأثیر مثبت این درمان‌ها بر افزایش سرمایه روان‌شناختی در نمونه‌های مختلف است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش‌های Mohseni و Aghili [۲۳] و Zolfkhani و Dabiri [۲۴] اشاره کرد. در خارج از ایران پژوهشی که به طور مستقیم تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی را بررسی کرده باشد یافت نشد، اما نتایج پژوهش Himani و Rohtash [۲۵] مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی حاکی از افزایش هر چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی بود.

در مجموع، به دلیل شیوع قابل توجه علائم افسردگی در نوجوانان و مسئله آفرین بودن این علائم و نشانه‌ها در این دوره که در مطالعات مختلفی تأکید شده است [۵-۲] همراه با این یافته که متغیری مانند سرمایه روان‌شناختی به دلیل ماهیت مثبتی که دارد، در سطح ذهنی و شناختی و حتی رفتاری در تقابل با علائم و نشانه‌های افسردگی است [۷]، تلاش برای ارتقای این متغیر سرمایه‌ای، ضرورتی جدی در میان دختران نوجوان دارای علائم افسردگی دارد. از طرف دیگر، ترکیب نشانه شناختی علائم افسردگی، حاکی از دخالت عوامل حوزه ذهن آگاهی نظیر قضاوت مخرب و منفی درباره خود همراه با عدم پذیرش خود برای افراد افسرده دارد. چنین دخالت هم‌زمانی، این ضرورت و نیاز را مطرح می‌کند که در درمان مؤثر و کارآمد نوجوانان افسرده، ترکیب درمان و آموزش پذیرش خود و ذهن آگاهی امری حیاتی است [۱۷، ۲۶]

پژوهش بر حسب متون درمان پذیرش خود و ذهن آگاهی با استفاده از تحلیل شبکه‌های موضوعی (مضمونی) قیاسی نظریه محور مبتنی بر رویکرد Attride- Stirling [۲۹] طی یک فرآیند پیچیده و طولانی چندماهه (به صورت محقق ساخته) تهیه و تدوین شد. درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، که در این پژوهش طراحی و اجرا شده، بر مفاهیم اصلی پذیرش خود و ذهن آگاهی به صورت همزمان و ترکیبی متمرکز است. ضریب توافق در مورد محتوای جلسات، ساختار درمان، کیفیت درمان و مناسب بودن طول زمان درمان بر اساس نظر شش داور متخصص روانشناس فعال در حوزه درمان‌های روان‌شناختی بالای ۸۰ درصد و مطلوب به دست آمد. این بسته درمانی نوین طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۱ دانش آموز دختر دارای افسردگی بررسی و برای اجرای نهایی تأیید شد. روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز از طریق بسته درمانی Rashid و Seligman [۲۲] که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده، اجرا شد.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های آزمایش، گروه‌ها در روزها و ساعت‌های متفاوت در هفته در جلسه درمان حضور یافتند. علاوه بر آن، از درمان جویان درخواست شد که تا انتهای دوره و اجرای پس‌آزمون درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر در جدول ۱ ارائه شده است.

درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، روان‌درمانی مثبت‌نگر و کنترل قرار گرفتند. با توجه به ملاک اصلی ورود به پژوهش که داشتن افسردگی در نقطه برش ۶ و بالاتر بود از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای ورود علاوه بر کسب نمره ۶ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان Kutcher، شامل: دامنه سنی ۱۷ تا ۱۹ سال، مؤنث بودن، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی و پزشکی از جمله؛ مشاوره‌های درمانی، مصرف دارو و یا ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شد. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت دو جلسه و یا بیشتر در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی، از جمله رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی در مورد پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش به‌طور کامل مد نظر قرار گرفتند. همچنین، در راستای معیارهای اخلاقی در پژوهش‌های علمی، گروه کنترل در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر یا پذیرش ذهن آگاهانه خود قرار گرفتند (کد اخلاق: IR.IAU.KHUISF.REC.1397.196).

در ابتدا، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان مانند سن، سن مادر، سن پدر، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، تعداد فرزندان خانواده و رتبه تولد سنجش شد. درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود برای اولین بار و به‌طور اختصاصی برای این

جدول ۱- جلسات درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	محتوای جلسات پذیرش ذهن آگاهانه خود	محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر
اول	معارفه، بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، آموزش سه مفهوم خود و جدایی افکار از خود.	معارفه، سپس توضیح ساختار مداخله، مشخص نمودن نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان، فقدان منابع مثبت و تأثیر آن بر افسردگی، معرفی مثبت و چگونگی تأثیر آن بر بهزیستی
دوم	آموزش مؤلفه‌های جهت‌گیری به تجربه کنجکاوی، گشودگی و بدون قضاوت بودن.	پیگیری داستان معرفی مثبت، تأثیر آن بر درک خود، آموزش و پرورش قدردانی از طریق نوشتن تجربیات مثبت و قدردانی از تأثیر سیاست‌گذاری بر بهزیستی
سوم	آموزش تنظیم ارادی توجه (توجه آگاهانه) برای تسهیل پذیرش، همچنین آموزش دوست داشتن خود.	کار درمانی بر روی مفهوم قدردانی دگر گرا توسط یادآوری و نوشتن برای فردی زنده و کسی که در گذشته کاری مثبت انجام داده و هرگز کاملاً مورد تشکر قرار نگرفته است.
چهارم	آموزش نگرش صبورانه همراه با مهربانی و بدون تلاش برای کنترل تجربه همچنین ادامه آموزش دوست داشتن خود.	تمرکز بر تقویت توانمندی‌های منشی و توانمندی خاص و ترسیم نیمرخ توانمندی‌ها با استفاده از جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف مانند خودگزارشی، سنجش آنلاین، اعضاء خانواده و دوستان
پنجم	آموزش توانمندی‌های شناختی. تقویت توانمندی‌های شناختی و ایجاد نگرش همراه با خلاقیت، کنجکاوی و گشوده و باز به تجارب	آموزش مهارت خرد عملی و استفاده از راهبردهای خرد عملی (جستجوی ویژگی، یافتن روابط، حل تعارض، تأمل و درجه‌بندی)

ششم	آموزش توانمندی‌های تعالی. هدف: افزایش تاب‌آوری، ایجاد قدرانی، امید و یافتن معنا.
هفتم	آموزش توانمندی‌های بین فردی. تقویت اهمیت روابط اجتماعی و روش‌های ابراز علاقه، و اطمینان از ایجاد و حفظ روابط مثبت در زندگی و افزایش عواطف مثبت.
هشتم	آموزش توانمندی هیجانی، همچنین آموزش خود بخشودگی.
نهم	ادامه آموزش خود بخشودگی و سپس آموزش توانمندی‌های اعتدال.
دهم	آموزش توانمندی‌های عدالت و کار بر روی یادگیری خوب عمل کردن به عنوان عضوی از گروه، برابری و سازماندهی اعمال

روایی بالایی با مقیاس‌های مشابه خود دارد (۰/۵ تا ۰/۵۵) و پایایی آن ۰/۸۴ بدست آمد. در ایران روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان، بررسی و ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده است ($P.E < 0/3$). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران به طور کلی ۰/۷۹ برآورد شده است [۳۳]. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۵ بدست آمد. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی سیزده سؤال Nguyen و همکاران در سال ۲۰۱۲ ساخته شد [۳۴]. این پرسشنامه با سؤالاتی مانند "نسبت به توانایی خودم در تحلیل بلندمدت مشکلات و یافتن راه‌حل اطمینان دارم" به سنجش سرمایه روان‌شناختی می‌پردازد و دارای چهار خرده مقیاس خود کارآمدی (چهار سؤال)، خوش‌بینی (سه سؤال)، امیدواری (سه سؤال) و تاب‌آوری (سه سؤال) است. از مجموع این چهار مقیاس سرمایه روان‌شناختی کلی بدست می‌آید. مقیاس پاسخگویی آن شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) است. دامنه نوسان امتیازات سرمایه روان‌شناختی کلی در این پرسشنامه از ۱۳ تا ۷۸، در خرده مقیاس خودکارآمدی از ۱ تا ۲۴ و در خرده مقیاس‌های خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری از ۱ تا ۱۸ متغیر است. افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه روان‌شناختی است. Nguyen و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند بارهای عاملی مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی مورد تأیید است (۰/۹۳۵). همچنین نشان دادند که ضرایب پایایی خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۲، ۰/۶۷ و ۰/۱۶ است [۳۴]. Golparvar پایایی این پرسشنامه را در دو مطالعه ۰/۹۲ و ۰/۹۴ بدست آورد

برای غربالگری و سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی Nguyen و همکاران به شرح زیر استفاده شد: در ابتدای پژوهش از مقیاس ۱۱ سؤال افسردگی نوجوانان Kutcher برای غربالگری اولیه استفاده شد. این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط Kutcher و به صورت خودگزارشی ساخته شد [۳۰] و در دو مطالعه توسط Brooks و همکاران و LeBlance و همکاران ارزیابی شد [۳۱-۳۲]. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس افسردگی اساسی (سؤالات ۱ تا ۹) و خودکشی (سؤالات ۱۰ و ۱۱) می‌باشد. آزمودنی باید به هر سؤال با توجه به مقدار همخوانی آن با حالات روحی خود در یک هفته گذشته با سؤالاتی مانند احساس بی‌ارزشی و ناامیدی می‌کنم، هیچ‌کس خوب نیست و باید از مردم دوری کنم، پاسخ دهد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای طراحی شده است. بر این اساس، گزینه اول به ندرت (۰)، گزینه دوم گاهی اوقات (۱)، گزینه سوم اکثر اوقات (۲)، گزینه چهارم همیشه (۳) امتیاز خواهد داشت. نمره‌گذاری در تمامی عبارات به صورت مستقیم و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۳ متغیر است. نمره هر آزمودنی عبارت است از مجموع نمرات وی در تمامی عبارات. افزایش در نمرات به مفهوم افزایش در شدت افسردگی است [۳۱]. در تفسیر نمرات، نقطه برش ۶ با کارایی دقت تشخیص ۹۲ درصد نوجوانان دارای افسردگی را از افراد بدون افسردگی متمایز می‌سازد [۳۰]. تحلیل‌های آماری در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مشخص کرد آزمون Kutcher بالاترین قدرت تشخیصی را دارا است [۳۲]. همچنین، در تحقیق Brooks و همکاران [۳۱] تأیید شد علاوه بر قدرت تشخیصی بالا، مقیاس حاضر

[۳۵]. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای سرمایه روان‌شناختی کلی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری) به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷ بدست آمد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون، تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنف، ام‌باکس، لوین و تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چند متغیری و آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار (LSD) در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه پذیرش ذهن آگاهانه خود ۱۷/۵۵±۰/۵۱، در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر ۱۷/۴۴±۰/۵۱ و در گروه کنترل ۱۷/۵۵±۰/۵۱ سال بود. بین میانگین سنی گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، روان‌درمانی مثبت‌نگر و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، روان‌درمانی مثبت‌نگر و کنترل در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸

متغیر	گروه پذیرش ذهن آگاهانه خود	گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر	گروه کنترل
<u>تحصیلات مادر</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
زیر دیپلم	۵ (۲۷/۸)	۸ (۴۴/۴)	۴ (۲۲/۲)
دیپلم تا لیسانس	۸ (۴۴/۴)	۹ (۵۰)	۱۱ (۶۱/۱)
بالتر از لیسانس	۵ (۲۷/۸)	۱ (۵/۶)	۳ (۱۶/۷)
	$\chi^2=۴/۶۹۶$ و $P=۰/۳۲$		
<u>تحصیلات پدر</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
زیر دیپلم	۸ (۴۴/۴)	۵ (۲۹/۴)	۳ (۱۸/۳)
دیپلم تا لیسانس	۳ (۱۶/۷)	۸ (۴۱/۲)	۱۱ (۵۰)
بالتر از لیسانس	۷ (۳۸/۹)	۵ (۲۹/۴)	۴ (۲۵)
	$\chi^2=۷/۶۴۱$ و $P=۰/۱۰۶$		
<u>سن مادر</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
زیر ۴۰ سال	۵ (۲۷/۸)	۷ (۳۸/۹)	۸ (۴۴/۴)
۴۰-۵۰ سال	۱۲ (۶۶/۷)	۱۰ (۵۵/۶)	۱۰ (۵۵/۶)
بالای ۵۰ سال	۱ (۵/۶)	۱ (۵/۶)	۰
	$\chi^2=۱/۹۵$ و $P=۰/۷۴۵$		
<u>سن پدر</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
زیر ۴۰ سال	۰	۰	۰
۴۰-۵۰ سال	۱۵ (۸۳/۳)	۱۲ (۷۰/۶)	۱۷ (۹۴/۴)
بالای ۵۰ سال	۳ (۱۶/۷)	۵ (۲۹/۴)	۱ (۵/۶)
	$\chi^2=۵/۵۲$ و $P=۰/۱۷۱$		
<u>تعداد فرزندان</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
یک	۱ (۵/۶)	۰ (۰)	۳ (۱۶/۷)
دو	۱۲ (۶۶/۷)	۱۰ (۵۵/۶)	۱۰ (۵۵/۶)
سه	۳ (۱۶/۷)	۶ (۳۳/۳)	۴ (۲۲/۲)
بیشتر از سه	۲ (۱۱/۱)	۲ (۱۱/۱)	۱ (۵/۶)
	$\chi^2=۵/۲۷$ و $P=۰/۵۱۵$		
<u>رتبه تولد</u>	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)
اول	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)	۹ (۵۰)
دوم	۷ (۳۸/۹)	۳ (۱۶/۷)	۷ (۳۸/۹)

(۵/۶)۱	(۱۶/۷)۳	(۵/۶)۱	سوم
(۵/۶)۱	(۵/۶)۱	۰	بالا تر از سوم
$\chi^2=۴/۶۸$ و $P=۰/۵۸۵$			

نوع آزمون: مجذور کای $p \leq ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

واریانس خطا (آماره F لوین برای سرمایه روان‌شناختی کلی، خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری و همگی غیرمعنی‌دار بود. با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. علاوه بر این، نتایج آزمون ام باکس نشان داد ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در میان سه گروه برابر است (BoxM=۱۹/۸۷، F=۰/۸۸ و $p=۰/۶۱۴$). نتایج آزمون خی دو بارلت نشان داد رابطه بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی معنی‌دار است ($\chi^2=۳۸/۷۶۸$ ، $df=۹$ ، $p=۰/۰۰۱$)، یعنی ماتریس همبستگی بین متغیرها یک ماتریس واحد نیست و امکان شناسایی و تعریف عامل‌های جدید بر اساس همبستگی متغیرها وجود دارد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود ندارد ($p < ۰/۰۵$). در جدول ۳ آماره‌های توصیفی سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن برای گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تغییرات از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون در هر چهار مؤلفه خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری همراه با سرمایه روان‌شناختی کلی در هر دو درمان پذیرش ذهن‌آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل متفاوت است. آزمون کولموگروف اسمیرنوف به عنوان شاهدهی از نرمال بودن توزیع داده‌ها غیر معنی‌دار، و آزمون لوین نیز حاکی از برابری

جدول ۳- آماره‌های توصیفی و آزمون کولموگروف اسمیرنوف به تفکیک سه گروه پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸ (هر گروه ۱۸ نفر)

متغیر	درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود انحراف معیار \pm میانگین	گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر انحراف معیار \pm میانگین	گروه کنترل انحراف معیار \pm میانگین
خودکارآمدی			
پیش‌آزمون	۱۴/۹۴±۴/۶۳	۱۵/۶۶±۴/۳۵	۱۴/۴۴±۳/۳۹
پس‌آزمون	۱۶/۷۷±۳/۵۵	۱۷/۷۲±۳/۵۹	۱۴/۸۳±۴/۰۱
خوش‌بینی			
پیش‌آزمون	۱۲/۲۷±۳/۰۸	۱۱/۲۷±۳/۲۵	۱۱/۶۱±۳/۰۸
پس‌آزمون	۱۲/۶۱±۳/۱۸	۱۳/۵۲±۲/۵	۱۲/۷۲±۳/۱۹
امید			
پیش‌آزمون	۱۰/۳۳±۳/۹۵	۱۱/۰۵±۳/۹۵	۹/۸۳±۳/۹۱
پس‌آزمون	۱۳/۳۸±۳/۰۵	۱۳/۶۱±۳/۳۲	۱۰/۹۴±۳/۸۵
تاب‌آوری			
پیش‌آزمون	۱۲/۰۵±۳/۲۸	۱۱/۷۲±۳/۰۲	۱۰/۶۱±۳/۱۱
پس‌آزمون	۱۲/۸۳±۳/۹۱	۱۲/۳۸±۳/۱۱	۱۰/۳۸±۳/۲۲
سرمایه روان‌شناختی			
پیش‌آزمون	۴۹/۶۱±۱۰/۵۶	۴۹/۷۲±۱۰/۸۴	۴۶/۵±۹/۳۶
پس‌آزمون	۵۵/۶۱±۹/۷۶	۵۷/۲۲±۷/۴۳	۴۸/۸۸±۸/۳۶

پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برابر با ۰/۳۳ است به این معنی که تحلیل کواریانس تک متغیری با ۷۳ درصد

پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، برای بررسی تأثیر مداخله بر سرمایه روان‌شناختی کلی، تحلیل کواریانس تک متغیری انجام شد (جدول ۴). همان‌طور که مشاهده می‌شود، در سرمایه روان‌شناختی کلی بین درمان

توان، ۱۵ درصد تفاوت در سرمایه روان‌شناختی کلی بین گروه‌های پژوهش را تأیید کرده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری سرمایه روان‌شناختی کلی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸ (هر گروه ۱۸ نفر)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	p	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۲۵۲/۰۳۱	۱	۱۲۵۲/۰۳۱	۲۵/۰۴۹	۰/۰۰۱*	۰/۳۳۴	۰/۹۹۸
گروه	۴۴۴/۴۵۶	۲	۲۲۲/۲۲۸	۴/۴۴۶	۰/۰۱۷*	۰/۱۵۱	۰/۷۳۸
خطا	۲۴۹۹/۱۳۶	۵۰	۴۹/۹۸۳	-	-	-	-

* $p \leq 0/05$ اختلاف معنی‌دار

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در امید و تاب‌آوری بین درمان پذیرش ذهن‌آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های امید و تاب‌آوری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p=0/017$ ، $F=2/493$ ، $Wilk's\ Lambda=0/665$).

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸ (هر گروه ۱۸ نفر)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	P	اندازه اثر	توان آمون
<u>خودکارآمدی</u>							
پیش‌آزمون	۱۸۳/۳۳۷	۱	۱۸۳/۳۳۷	۲۰/۳۲۴	۰/۰۰۱*	۰/۳۰۲	۰/۹۹۳
گروه	۵۶/۰۲۵	۲	۲۸/۰۱۳	۳/۱۰۵	۰/۰۵۴	۰/۱۱۷	۰/۵۷۱
خطا	۴۲۳/۹۷۶	۴۷	۹/۰۲۱	-	-	-	-
<u>خوش‌بینی</u>							
پیش‌آزمون	۹۱/۴۱	۱	۹۱/۴۱	۱۳/۸۱۱	۰/۰۰۱*	۰/۲۲۷	۰/۹۵۳
گروه	۱۸/۵۸۱	۲	۹/۲۹۱	۱/۴۰۴	۰/۲۵۶	۰/۰۵۶	۰/۲۸۶
خطا	۳۱۱/۰۷۳	۴۷	۶/۶۱۹	-	-	-	-
<u>امید</u>							
پیش‌آزمون	۰/۱۱۷	۱	۰/۱۱۷	۰/۰۱۹	۰/۸۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
گروه	۶۲/۲۱	۲	۳۱/۱۰۵	۵/۰۱۲	۰/۰۱۱*	۰/۱۷۶	۰/۷۸۹
خطا	۲۹۱/۷۰۴	۴۷	۶/۲۰۶	-	-	-	-
<u>تاب‌آوری</u>							
پیش‌آزمون	۴۸/۹۴۹	۱	۴۸/۹۴۹	۱۴/۵۳۹	۰/۰۰۱*	۰/۲۳۶	۰/۹۶۲
گروه	۳۲/۷۷۳	۲	۱۶/۳۸۶	۴/۸۶۷	۰/۰۱۲*	۰/۱۷۲	۰/۷۷۷
خطا	۱۵۸/۲۳۱	۴۷	۳/۳۶۷	-	-	-	-

* $p \leq 0/05$ اختلاف معنی‌دار

دارد اما بین دو روش پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر تفاوتی وجود ندارد. به این معنی که دو روش درمانی تأثیر یکسانی بر ارتقای سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی داشتند ($p > 0/05$) (جدول ۶).

به منظور بررسی این که آیا درمان‌ها بر سرمایه روان-شناختی تأثیرگذار بوده‌اند، و این که کدام روش تأثیر بیشتری داشته است از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج نشان داد بین روش‌های درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود

P	خطای معیار	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
امید				
۰/۶۰۷	۰/۸۶۳	-۰/۴۴۷	روان‌درمانی مثبت‌نگر	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۱۸*	۰/۸۵۹	۲/۰۹۸	گروه کنترل	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۰۵*	۰/۸۶۰	۲/۵۴۵	گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر
تاب‌آوری				
۰/۵۸۶	۰/۶۳۶	۰/۳۴۹	روان‌درمانی مثبت‌نگر	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۰۵*	۰/۶۳۳	۱/۸۸۵	گروه کنترل	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۲۱*	۰/۶۳۳	۱/۵۰۷	گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر
سرمایه روان‌شناختی کلی				
۰/۵۱۲	۲/۳۵۷	-۱/۵۵۸	روان‌درمانی مثبت‌نگر	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۳۳*	۲/۳۷۶	۵/۲۲۳	گروه کنترل	پذیرش ذهن آگاهانه خود
۰/۰۰۶*	۲/۳۷۷	۶/۷۸	گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر

* $p \leq 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

افسردگی حمایت می‌کند و با پژوهش‌های این حوزه هم جهت است.

نتایج حاصل از این پژوهش از چند منظر قابل تبیین است. اول: پذیرش خود به عنوان تمایل به پذیرش مالکیت و مسئولیت احساسات، نظرات و رفتارها بدون انکار آن‌ها و بدون محکوم کردن خود و روشی ایده‌آل برای بازسازی و ارتقای هویت فرد [۱۵] به ویژه در نوجوانی و به عنوان پذیرش کامل خود بدون توجه به هوش یا رفتار درست و شایسته و بدون توجه به تأیید، احترام یا علاقه [۱۶]. همچنین، با آموزش این نکته که انسان کامل نیست و خطاها قابل‌بخشش هستند این امکان را به درمان‌جو می‌دهد که به دیدگاه وسیع‌تری قدم بگذارد و تاب‌آورتر باشد [۱۸]. این افزایش در تاب‌آوری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی قادر به افزایش سرمایه روان‌شناختی خواهد بود.

دوم، درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود با ایجاد هیجان‌های مثبت [۱۷]، اصلاح رفتار و تغییر دیدگاه در نتیجه تغییر رفتارهای مقابله به سمت منطقی و ثبات [۱۸]، همچنین کاهش خودارزیابی و جایگزینی آن با پذیرش، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نتیجه افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و سازگاری با موقعیت فعلی به روشی معنادار می‌شود [۱۷] که این انعطاف‌پذیری بیشتر به‌نوبه خود قادر به پیش‌بینی افزایش امید و تاب‌آوری در نتیجه افزایش سرمایه

یافته‌های پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از تأثیر درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های Mohseni و Aghili [۲۳] و Zolfkhani و Dabiri [۲۴] که حاکی از تأثیر معنی‌دار روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان و زنان بهبود یافته از اعتیاد بود و نیز با پژوهش Himani و همکاران [۲۵] که حاکی از افزایش سرمایه روان‌شناختی پس از آموزش ذهن آگاهی بود، همخوانی داشت. هیچ پژوهش ناهم‌سویی مبنی بر عدم تأثیر درمان‌های حوزه مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی یافت نشد.

لازم به ذکر است که گرچه در هیچ یک از پژوهش‌های اشاره شده، درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی بکار گرفته نشده است، ولی با در نظر گرفتن این دو درمان به عنوان درمان‌های نوین در متن رویکرد مثبت‌نگری رو به پیشرفت، کماکان از تأثیر درمان‌های مثبت‌نگر برای نوجوانان دارای مشکل خاص مانند نوجوانان دختر دارای

روان‌شناختی خواهد شد [۳۵]

از طرف دیگر، امید و تاب‌آوری در توانمندی‌های تعالی به عنوان یکی از محورهای اصلی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود آموزش داده می‌شود. در این درمان امید با ثبت اتفاقات مثبت روزانه هر چند کوچک، و آموزش راهبردهای رفتاری جهت فعال نمودن درمان‌جو برای پیگیری فعالانه اهداف پرورش داده می‌شود، که این آموزش باعث ایجاد یک تفکر امیدوارانه و منابع کافی برای رسیدن به اهداف می‌شود. همچنین تاب‌آوری را با استفاده از مراقبه‌های سپاسگزاری و راهبردهای معنوی به طور مستقیم آموزش می‌دهد که در نتیجه این افزایش در تفکر امیدوارانه، همچنین تاب‌آوری، سرمایه روان‌شناختی نیز افزایش خواهد یافت [۲۰]

در روان‌درمانی مثبت‌نگر شناختن توانمندی‌های فردی، یادگیری مهارت‌های لازم برای پرورش هیجانات مثبت، تقویت روابط مثبت، لبریز کردن زندگی با معنا و هدف می‌تواند به شدت برانگیخته و تقویت شود. هدف نهایی روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز کمک به مراجع برای یادگیری مهارت‌های مناسب فردی، کاربردی و عینی برای استفاده بهتر از توانمندی‌ها در جهت تلاش برای اشتغال، رضایت و زندگی معنادار است. برای رسیدن به این اهداف، روان‌درمانی مثبت‌نگر نقش روان‌درمانگر را از فردی با دیدگاه مقتدرانه برای تشخیص عیوب به فردی که فعالانه رشد، تاب‌آوری و بهزیستی را تسهیل می‌کند، گسترش می‌دهد [۲۰]. از این رو، با ایجاد و ارتقای شادمانی در زندگی روزانه و بهبود درک انسان از فضایل و قوت‌ها مانند خلاقیت، امید، بخشش و شجاعت [۲۱]، هیجان‌ها، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی مانند خودمختاری، عشق، تعلق خاطر و ارتباط را افزایش می‌دهد [۲۲]. ایجاد این هیجان‌های مثبت در افراد اثر هیجان‌های منفی را خنثی و در نتیجه منابع شخصی، امید، تاب‌آوری، سلامت جسمی و روان‌شناختی را ارتقا و بهبود می‌بخشد که افزایش این منابع به نوبه خود باعث افزایش سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی می‌شود.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت مداخلات مثبت بر رشد هیجانات مثبت مانند امید، قدردانی، علاقه، الهام، عشق، لذت

و ایجاد مهارت‌ها، توانمندی‌ها، تاب‌آوری و اهداف که با مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی هم‌پوشی دارند، متمرکز هستند، در نتیجه، آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر و بهبود این مؤلفه‌ها، افزایش سرمایه روان‌شناختی را در پی خواهد داشت.

در مقایسه درمان‌های پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر مشخص شد که بین این دو روش از نظر کاهش سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر تفاوتی وجود ندارند. این عدم تفاوت نشان از آن دارد که اثر درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود که برای اولین بار برای این پژوهش تدوین گردید، بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی، با روان‌درمانی مثبت‌نگر که درمانی معتبر و آزموده شده در داخل و خارج از ایران است، یکسان است. این برابری اثربخشی، می‌تواند ناشی از محتوا و جهت‌گیری مثبت نگر هر دو درمان باشد. نگاهی به محتوای دو درمان در جدول ۲، به خوبی نشان می‌دهد که هر دو درمان در عمل بر تقویت نگاه مثبت به خود و ظرفیت‌های خود بدون قضاوت و داوری منفی متمرکز هستند.

هم در رویکرد درمانی پذیرش ذهن آگاهانه خود و هم در رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر، پذیرش خود همراه با تمرکز بر ظرفیت‌ها و توانمندی‌های مثبت، نقشی مشابه ایفا می‌کند. با این تفاوت که در پذیرش ذهن آگاهانه خود این امر از طریق فنون ذهن آگاهی و در مقابل در رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر این امر از طریق تمرین و ممارست رفتاری در حوزه ظرفیت‌ها و توانمندی‌های مثبت خود میسر می‌گردد. این احتمال وجود دارد در مواردی که ریشه‌های افسردگی بیشتر ناشی از مشکلات عدم پذیرش خود در سطح شناختی و ذهن باشد، درمان پذیرش خود ذهن آگاهانه بتواند موجبات ارتقای سرمایه روان‌شناختی و کاهش افسردگی را فراهم آورد.

لازم به ذکر است که با توجه به این که نمونه پژوهش دختران دانش‌آموز دارای افسردگی پایه دوازدهم بودند، در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان پسر و نمونه‌های دیگر لازم است، احتیاط شود. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از پرسشنامه به شکل خود ابرازی است. این روش ممکن است در فرایند سنجش، اطلاعات سطحی بدست دهد. با توجه به مطالب فوق، برای دستیابی به اطلاعات عمقی، پیشنهاد

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سهم نویسندگان

مقاله حاضر از رساله دکتری آذر کاظمی استخراج شده، محسن گل پرور استاد راهنما و حمید آتش‌پور استاد مشاور بوده‌اند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روانشناسی با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۷۱۰۱۰ است که بدون دریافت کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص، انجام شده است. بدین وسیله از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش همچنین آموزش و پرورش استان اصفهان و دست‌اندرکاران مدرسی که با همکاری خود زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

می‌شود در مطالعات آینده، اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر، با استفاده از مصاحبه و بر روی دانش‌آموزان هر دو جنس (دختر و پسر) در سنین مختلف بررسی شود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد می‌توان

با استفاده از درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر، سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی را افزایش داد و ظرفیت ذاتی آن‌ها برای توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبتی که در افراد افسرده نسبت به افراد نرمال بازدارنده شده است، را فعال نمود.

با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی در نوجوانان دختر پیشنهاد می‌شود تا در مدارس مقطع متوسطه دوم با استفاده از مشاوران و روانشناسان مدرسه برای کمک به دانش‌آموزان دارای افسردگی از درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر استفاده شود و یا با اطلاع‌رسانی به دانش‌آموزان یا خانواده‌های آن‌ها، ایشان را به سمت استفاده از این درمان‌ها هدایت کنند.

References

1. Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global burden of disease and risk factors. 1st ed. Washington: Oxford University Press; 2006; 506 Pages.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorder: Global Health Estimate. Geneva. 2017; 24 Pages. Available from https://www.who.int/mentalhealth/management/depression/prevalence_global_healthestimates/en/
3. Pössel P, Smith EJ. Integrating Beck's Cognitive Theory of Depression and the Hopelessness Model in an Adolescent Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2020; 48(3):435-451.
4. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics* 2016; 138(6):1-10.
5. Nalugya-Sserunjogi J, Rukundo GZ, Ovuga E, Kiwuka SM, Musisi S, NakimuliMpungu E. Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2016; 10(39):1-8.
6. Moeini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC Psychology* 2019; 7(25):1-11.
7. Song R, Sun N, Song X. The Efficacy of Psychological Capital Intervention (PCI) for Depression from the Perspective of Positive Psychology: A Pilot Study. *Frontier in Psychology* 2019; 10(1816):1-6.
8. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive Psychological Capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personal Psychology* 2007; 60(3): 541-572.
9. Sawatsupaphon S, Andrews P. Positive Psychological Capital and High School Students' Age, Gender, and GPAX at a Thai State School. *JCEP* 2019; 2(6):12-15.
10. Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An Exploration of the Relationship between Psychological Capital and Depression among First-Year Doctor of Veterinary Medicine Students. *JVME* 2017; 44(1):50-62.

11. Liu WJ, Zhou L, Wang XQ, Yang BX, Wang Y, Jiang JF. Mediating role of resilience in relationship between negative life events and depression among Chinese adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing* 2019; 33(6):116-122.
12. Trumpeter NN. The Role of Self-Efficacy in Mediating the Effect of Physical Activity on Adolescent Depression. PhD dissertation, Carolina: University of South Carolina 2015; 105pages.
13. Gladstone TR, Beardslee WR, O'Connor EE. The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics* 2011; 34(1):35-52.
14. Breton JJ, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behavior in adolescence. *CJP* 2015; 60(2 Suppl 1):5-15.
15. Ashear V, Hastings V. *Self-Acceptance: The Key to Recovery from Mental Illness*. 1st ed. Las Vegas: Central Recovery Press; 2015; 198pages
16. Ellis A, Bernard ME. *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. 1st ed. New York: Springer; 2005; 174pages.
17. Carson SH, Langer EJ. Mindfulness and Self-Acceptance. *Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy* 2006; 24(1):29-43.
18. Plexico LW, Erath S, Shores H, Burrus E. Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 2019; 59:52-63.
19. Ivtzan I, Lomas T. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing*. 1st ed. New York: Routledge; 2016; 341pages
20. Rashid T, Seligman MP. *Positive Psychotherapy: Clinician Manual*. 1st ed. New York: Oxford University press; 2018; 347pages
21. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013; 13(1):1-20.
22. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist* 2006; 61(8):774-788.
23. Mohseni S, Aghili M. The effectiveness of positive psychotherapy on psychological capital of Gorgan university students. *First International Conference in Innovation and research in Educational Science*; 2017 feb 4; Tehran, Iran. 2017; 1-13.
24. Zolfkhani N, Dabiri S. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Psychological Capital of Women Improved from Substance Dependence. *Soci Health & Addict* 2019; 6(21):113-131. [Persian]
25. Himani J, Rohtash S. Developing psychological capital through mindfulness based stress reduction (MBSR) therapy. *IJHW* 2016; 7(1):79-84.
26. Golparvar M, Tabatabaie Nejad FA. The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital of female students with depression. *JPEN* 2020; 6(3):30-38. [Persian]
27. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences* 2010; 49(6):645-650.
28. Mojoudi M, Yousefi Z, Torkan H. Predicting the adolescence depression based on adolescence stress, resiliency, attachment style, and family relations among two groups of one-child and multi-child. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2018; 16(2):221-8.
29. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *QRJ* 2001;1(3):385-405.
30. Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *JCAP* 2003;13(3):337-49.
31. Brooks SJ, Krulewicz SP, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *JCAP* 2003; 13(3):337-49.
32. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks S J, Kutcher S. Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *JCAP* 2002; 12(2):113-126.
33. Habibi M, Hamedinia E, Asgarinejad F, Kholghi H. Psychometric Properties Of Kutcher Adolescent Depression Scale. *Applied Research in Educational Psychology Journal* 2015; 2(2):15-28. [Persian]
34. Nguyen TD, Trang T, Nguyen M. Psychological capital, quality of work life and quality of life marketers: Evidence from Vietnam. *JMK* 2012; 32(1):87-95.
35. Golparvar M. *Affective Capital: Essential and Functions*. 1st ed. Tehran: Jangale Publisher; 2016; 337pages. [Persian]

A Comparison of the Effectiveness of Mindful Self-Acceptance Therapy and Positive Psychotherapy on Psychological Capital of Female Students with Depression

Kazemi A¹, Golparvar M², Atashpour H²

1- Ph.D. Student, Dept of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: drmgolparvar@gmail.com, Tel: 031-35354001-9

Received: 5 March 2020 Accepted: 4 October 2020

Introduction: Depression is one of the disorders that can cause serious problems for teenage girls. This study aims to determine the effectiveness of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on the psychological capital of female students with depression.

Materials and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest control design. The research sample was 54 female students with depression at high school (second-grade) in Esfahan in 2019. They were randomly assigned to three groups of mindful self-acceptance therapy, positive psychotherapy, and control group. The measurement instrument was the psychological Capital Questionnaire of Nguyen & colleagues. The experimental groups received 10 sessions of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy. The data were analyzed by univariate and multivariate covariance.

Results: The results showed a significant difference between mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy with the control group in psychological capital ($F=25.049$, $p<0.001$) and two components, hope ($F=5/012$, $p<0.001$) and resiliency ($F= 4.867$, $p<0.001$). Also, a significant difference was between mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy in psychological capital and their components ($p<0.001$).

Conclusion: Mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy effectively increase psychological capital in female students with depression. Thus, training them can promote positive strengths to cope with depression.

Keywords: Mindful self-acceptance therapy, Positive psychotherapy, Psychological capital, Depression, Female

Please cite this article as follows:

Kazemi A, Golparvar M, Atashpour H. A Comparison of the Effectiveness of Mindful Self-Acceptance Therapy and Positive Psychotherapy on Psychological Capital of Female Students with Depression. *Community Health journal* 2020; 14 (3): 13-25.

Funding: This research was not funded by any organization.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, approved the study (IR.IAU.KHUISF.REC.1397.196).