



"Research article"

doi: 10.30495/jinev.2019.683360

Effectiveness of Mindfulness-Based Narrative, Group Therapy on Improving the Cognitive Outcomes in Students with Depressive Symptoms¹

Fereshteh Changizi², Masoumeh Azmoudeh^{3*}, Sholeh Livarjani⁴, Shahram Vahedi⁵

(Received: 2020.07.06 - Accepted: 2021.01.11)

- 1- This article is taken from the treatise of Fereshteh Changizi, PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch
- 2- Ph. D. Student in Psychology, Tabriz Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
- *- Corresponding Author: mas_azemod@iaut.ac.ir
- 4- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Tabriz Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
- 5- Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based mindfulness intervention in group therapy on improving cognitive performance in students with depressive syndrome. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with an experimental and control group. The statistical population of the study was all students with symptoms of depression, Tabriz in 1398, who had no other psychological disorders and use of antidepressants, of which 20 for The experimental group and 20 people were selected for the control group by available sampling method. Young's plan questionnaire (short form, third edition, 90 items) and Snyder et al.'s (1991) adult hope questionnaire were used to collect information. The experimental group underwent mindfulness intervention based on group narrative therapy for 16 sessions and during this period the control group did not receive any intervention. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance in SPSS software. The results showed that the process of mindfulness intervention sessions based on group narrative therapy led to a decrease in the mean scores of cognitive performance in students with depressive syndrome in the experimental group compared to the control group. ($P \leq 0/01$). According to the results, it can be argued that mindfulness intervention based on group narrative therapy has a positive effect on improving cognitive performance in students with depressive symptoms.

Keywords: Depression, cognitive outcomes, mindfulness, narrative group therapy



اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی^۱

فرشته چنگیزی^۲، معصومه آزموده^{۳*}، شعله لیوارجانی^۴، شهرام واحدی^۵
(دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۲)

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری تحقیق کلیه دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی، شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند، که اختلالات روان‌شناختی دیگر و مصرف داروهای ضدافسردگی نداشتند، که از بین آن‌ها ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های طرحواره‌یانگ (فرم کوتاه، ویرایش سوم، ۹۰ گویه‌ای) و امید بزرگسالان اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه تحت مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. نتایج نشان داد که فرایند جلسات مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی منجر به کاهش میانگین نمرات بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P \leq 0/01$). با توجه به نتایج حاصل، می‌توان مطرح کرد که مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی اثر مثبت دارد.

واژگان کلیدی: افسردگی، بازده‌های شناختی، ذهن‌آگاهی، روایت‌درمانی گروهی

۱. این مقاله برگرفته از رساله فرشته چنگیزی دانشجوی دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۳. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول mas_azemod@iaut.ac.ir

۴. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۵. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

دانش آموزان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، به طوری که در کشورهای در حال توسعه سهم این قشر به ۵۰ درصد جمعیت نیز می‌رسد. بنابراین سلامت روانی آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. یکی از زمینه‌هایی که در ارتباط با سلامت آن‌ها مهم به نظر می‌رسد وجود نشانگان افسردگی و برانگیختگی یا کاهش بازده‌های شناختی در بین آن‌ها است که می‌تواند بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، سازگاری فردی و روابط اجتماعی تأثیر منفی بگذارد (امیرطهماسب، باقری و ابوالعالمی، ۱۳۹۷). نوجوانی دوره‌ای از رشد است که با تغییرات برجسته‌ای همراه می‌باشد که این دوره عبور از مرحله طفولیت و آمادگی برای بزرگسالی است و طیف سنی ۱۱ - ۲۰ سال را در بر می‌گیرد (حاتمی، رضوی و اردبیلی، ۱۳۸۴). از جمله اختلالات شایع روان‌پزشکی در رده سنی کودکی و نوجوانی، اختلال افسردگی می‌باشد. تا دهه ۱۹۶۰ کمتر روان‌شناسی پیرامون افسردگی کودکان به عنوان یک اختلال مستقل و مشخص به طور جدی سخن می‌گفت یا مطلب می‌نگاشت (لوفکویتز و بارتون^۱، ۱۹۸۷). ولی در دهه ۱۹۷۰ با معرفی علائمی نظیر، گریه و زاری، احساس ناخوشنودی، کناره‌جویی، تحریک پذیری، اعتماد به نفس پایین و شکایات جسمانی پایدار، نشانگان افسردگی مطرح شد (لانگ و تیشر^۲، ۱۹۷۸). سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از اصول اولیه مراقبت‌های بهداشت روان در نوجوانان قلمداد می‌شود (عبدالهیان، ۱۳۸۰). مساله بهداشت روان و آسیب‌شناسی روانی در دوره نوجوانی دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد (حاتمی، رضوی و اردبیلی، ۱۳۸۴). یکی از شایعترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات نوجوانان، افسردگی است (زارع، ۱۳۸۱). افسردگی شایعترین بیماری روانی قرن اخیر است و در حال حاضر جدیدترین بیماری قرن تلقی می‌شود به طوری که در میان ده علت اصلی ناتوانی در سطح جهان، رتبه اول را به خود اختصاص می‌دهد، از این رو قرن حاضر را قرن افسردگی می‌نامند (جهان‌گشت؛ اسیری؛ پاک‌سرشت و کاظم‌نژادلیلی، ۱۳۹۵). افسردگی در کودکان و نوجوانان به دلیل و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره، شیوع آن موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. افسردگی، افت فراگیر خلق است که با احساس ناکارآمدی، خلق منفی، عزت نفس منفی، بی‌لذتی و مشکلات بین فردی همراه بوده و سبب افت تحصیلی، مشکلات جسمی و اجتماعی می‌شود و در آینده نوجوانان تأثیر مخربی بر جای می‌گذارد (طهماسبیان و اناری، ۱۳۸۸). همه انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند، در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان (از دست

1. Lofkowitz & Burton
2. Lang & Tisher

دادن^۱ و شکست^۲، تجربه‌هایی مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند باعث آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی و تکرار دایمی بعضی افکار منفی شوند. همچنین، شکست‌ها، مثل رد شدن در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می‌توانند به نوسان امید و ایجاد احساسات و افکار منفی (مثل بدبینی و خود-تردیدی)، منجر شوند. اکثر مردم می‌توانند این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند، اما برای بعضی افراد سمپتوم‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌مانند و در همه جوانب زندگی آن‌ها نفوذ می‌کنند. همچنین، آن‌ها در جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی افراد تأثیر می‌گذارند و این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی^۳ منجر شود، افسردگی بالینی، یعنی افسردگی پاتولوژیک و قابل‌دیاگنوز با معیارهای رسمی، راهنمای آماری و تشخیصی^۴، که باعث می‌شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را بخوبی انجام دهد. افسردگی معمولاً مانع ارتباط خوب می‌شود و چون شخص افسرده حساس‌تر است، در روابط، ممکن است سکوت را بی‌تفاوتی یا طرد از جانب دیگری تعبیر نماید و به دلیل گوشه‌گیر بودن شاید در دیگران احساس طرد برانگیزد (گنجی، ۱۳۹۹).

یکی از تبعات افسردگی برانگیختگی یا کاهش بازده‌های شناختی از جمله برانگیختگی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و کاهش امید، می‌باشد. ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرح‌واره‌ها^۵ هستند. افسردگی اغلب با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه همراه است. اطلاعات قبلی مورد تفسیر و معنی‌یابی قرار می‌گیرند. تقریباً هیچ دریافتی از محرک‌ها و رویدادهای زندگی وجود ندارد که به نحوی تحت تأثیر دریافتهای قبلی قرار نگیرد. از زمان‌های قدیم درباره تأثیر دریافتهای قبلی در ادراک‌ها و تصورات جدید نظریاتی عنوان شده است، اما در روان‌شناسی شناختی برای توضیح این اثر از ساز و کارها و مفاهیم مختلفی استفاده شده است: یکی از قوی‌ترین سازوکارها و مفاهیمی که در این مورد به کار رفته طرح‌واره است که از زمان بارتلت^۶، پیازه^۷ و سپس بک^۸ وارد علوم شناختی شده است (بک، ۱۹۸۷). طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن

3. loss
4. failure

۳. clinical depression
2. DSM-5
۵. Schema
۶. Bartlet
۷. pieage
۸. Beck

شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (یانگ، ۱۳۸۹). یانگ معتقد است برخی از طرح‌واره‌ها، به‌ویژه آن‌هایی که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلال‌های شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های مزمن محور یک قرار گیرند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند. نیازهای بنیادینی، همچون دلبستگی ایمن به دیگران^۱، خودگردانی^۲، آزادی در بیان نیازها^۳ و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی^۴ و محدودیت‌های واقع بینانه^۵ (تیم، ۲۰۱۰). طرح‌واره‌های ناسازگار مطرح شده توسط یانگ، با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده، به هیجده طرح‌واره در پنج حوزه: بریدگی و طرد^۶، انتظار این‌که نیازهای فرد برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌های قابل پیش‌بینی ارضاء نخواهد شد. طرح‌واره‌های این حوزه شامل: رهاسدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و بی‌مهری و انزوای اجتماعی / بیگانگی می‌باشد. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^۸، انتظاراتی که فرد از خود و محیط دارد به توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقاء و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل می‌کنند. طرح‌واره‌های این حوزه عبارتند از: وابستگی/بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری و شکست. حوزه محدودیت‌های مختل^۹، نقص در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری مثبت به اهداف بلند مدت زندگی، این طرح‌واره‌ها منجر به بروز مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه می‌شوند. طرح‌واره‌های این حوزه عبارتند از: استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی. حوزه دیگر جهت‌مندی^{۱۰}، تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران به‌گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. این کار به‌منظور دریافت عشق و پذیرش، تداوم و ارتباط با دیگران یا اجتناب از انتقام و تلافی صورت می‌گیرد. در این طرح‌واره‌ها، فرد معمولاً، هیجانانگیز و تمایلات طبیعی خود را واپس می‌زند و نسبت به آن‌ها ناآگاه است. این حوزه شامل طرح‌واره‌های: اطاعت، ایثار و

1. secure attachment

2. autonomy

3. freedom to express valid needs and emotions

4. secure attachment

5. realistic limits

6. Timm

7. Disconnection and Rejection

8. Impaired Autonomy and Performance

9. Impaired Limits

۱۰. Other-Directedness

پذیرش جویی / جلب توجه می‌باشد. حوزه گوش‌به‌زنگی افراطی^۱ و بازداری^۲ افراطی، بر واپس‌زنی احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های خودانگیخته فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف‌ناپذیر و درونی شده عملکرد و رفتار اخلاقی که اغلب منجر به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می‌شود. این حوزه شامل طرح‌واره‌های منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیبجویی افراطی و تنبیه می‌باشد (یانگ، ۱۹۹۸). زمانی که این طرح‌واره‌ها فعال می‌شوند، می‌توانند بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد اثر بگذارند (کومیر؛ جوردا؛ لاروس؛ والبرگ و کالهان^۳، ۲۰۱۰)

نقش امید در فرایندهای روان‌شناختی برای مدت مدیدی مورد تردید بود، اگرچه قبل از این از نقش امید در افسانه‌ها، داستان‌های پیشینیان و ادبیات سخن گفته‌اند و این که در فرایند سلامت روان نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. یکی از داستان‌های اولیه در مورد امید، افسانه یونانی "جعبه پاندورا"^۴ است. براساس این افسانه، امید تنها ویژگی بود که از کوزه‌ای که خدایان برای تنبیه بشر فرستادند فرار نکرد (برنز^۵، ۲۰۱۰). امید؛ به‌عنوان یک استراتژی کنار آمدن در حوزه‌های مختلف تحصیلی، ورزشی، سلامت‌روان، شغل و کار ایجاد شده است و از بین سازه‌های مثبت (خوش‌بینی و امید) که در سلامت جسمانی و روانی مؤثر می‌باشند، سازه امید توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است. امید زمانی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آن‌ها در میان مدت وجود داشته باشد (کار، ۱۳۹۳). امید بر قابلیت‌های افراد به‌جای ضعف‌ها و انتظارات مثبت آن‌ها نسبت به نتایج آینده، به‌جای تمرکز بر بدبینی‌شان می‌پردازد (پترسون^۶، ۲۰۰۰). این خصیصه از کودکی در انسان رشد کرده و کمک می‌کند که افراد در مواجهه با مشکلات تسلیم نشده و راه‌کارهای درست را انتخاب نمایند. امید توانایی ادراک شده برای پیمودن مسیر به‌سوی هدف دلخواه و انگیزش فردی برای استفاده از مسیر در راه رسیدن به هدف می‌باشد (اسنایدر^۷، ۲۰۰۰). اسنایدر و همکارانش امید را به‌عنوان آمایه شناختی بر پایه تأثیر متقابل وسیله موفقیت (تعیین هدف جهت‌دار^۸) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف) تعریف نموده‌اند و معتقدند که امید، هم درک هدف و هم درک مسیرهای هدف است یعنی افراد امیدوار حس می‌کنند که می‌توانند این مسیرها را خلق کنند. به همین

۱. Overvigilance

۲. Inhibition

13. Cormier, Jourda, Laros, Walburg & Callahan

1. Pandora's Box

2. Burns

3. Peterson

4. Snyder

5. goal-directed

ترتیب، تفکر امیدوارانه شامل سه مؤلفه است: "اهداف"، "تفکر در مورد مسیر" و "تفکر عامل". بر اساس تعریف گسترده در چارچوب نظریه امید، هدف، هر چیزی است که فرد آرزو می کند به دست آورده یا انجام داده، بوده یا تجربه کرده و ایجاد نماید. در نظریه امید، اهداف، آماج جریان های عملکردی بوده و رفتارهای عمدی را موجب می شوند. به عبارت دیگر، وقتی فردی یک زنجیره رفتار عمدی را آغاز می کند، باید به سمت نتیجه مشخص شده هدایت شود. قبل از آغاز زنجیره رفتاری، فرد باید دو چیز دیگر را بشناسد: مسیرها و تفکر عامل. تفکر عامل تفکری است که افراد با توجه به توانایی شان هنگام آغاز و ادامه حرکت در مسیرهای انتخاب شده به سمت اهداف دارند. تفکر عامل باعث می شود فرد برای شروع و حفظ حرکت به جلو در مسیر اهداف دلخواه، به اندازه کافی انگیزه داشته باشد. گرچه مسیرها و تفکر عامل دو مؤلفه مجزای مدل امید هستند، اما عملاً جدا نشدنی می باشند. در حقیقت، تغییر در یکی باعث تغییر مشترک در دیگری می شود و آن ها تأثیر متقابل بر هم می گذارند (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۷). به عقیده "سلیگمن" امید، خوش بینی و آینده نگری، خانواده ای از قابلیت ها هستند که نشان دهنده یک موضع مثبت نسبت به آینده می باشند او، دادن آموزش های خوش بینی و امید به آینده به بچه ها قبل از رسیدن به بلوغ جنسی و در زمانی که می توانند در این باره اندیشه کنند، راهکار بسیار مؤثر و مفیدی است. این بچه ها در مواجهه با مسائل مختلف واکسینه می شوند و هنگام برخورد با دشواری ها، به نحو مطلوب از این مهارت استفاده می کنند و این از بروز افسردگی در آنان جلوگیری می کند، آسیبی که امروزه به شدت در جهان رایج است (سلیگمن، ۱۳۹۲). ناامیدی، فرد را در وضعیت غیرفعال قرار می دهد که نمی تواند موقعیت های مختلف خود را بسنجد و در مورد آن ها تصمیم بگیرد. ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش زا، بی دفاع و گرفتار می کند، شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می شود. در حقیقت ناامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می شود، هم چنین سبب می شود که فرد به طور دایم تجربه های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران کننده ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد (شیخ پور، ۱۳۸۵).

با توجه به آنچه گفته شد، برانگیختگی یا کاهش بازده های شناختی از جمله برانگیختگی طرحواره های ناسازگارانه اولیه و کاهش امید، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی یکی از چالش های امروزه روان درمانی می باشد و یافتن راهی برای بهبود بازده های شناختی، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی نیازمند توجه فزون تری می باشد. در همین راستا تاکنون رویکردهای متعددی مورد استفاده قرار گرفته و هر کدام از این رویکردها تا حدودی در بهبود بازده های شناختی، موفق بوده اند. علم روان شناسی در دهه های اخیر شاهد ظهور الگوها و شیوه های درمانی روبه رشدی بوده است که در

درمان فردی و خانواده تحول ایجاد کرده و آن را به مسیرهای جدیدی سوق داده است. برجسته‌ترین رویکرد در این پارادایم، ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی^۱ می‌باشد. ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی، یک مداخله درمانی گروهی برای درمان افسردگی است، ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی، یک فرایند درمانی یکپارچه و جدید می‌باشد که از لحاظ تجربی پشتیبانی می‌شود و از طریق بی‌ثبات کردن روایت‌های افراد دارای نشانگان افسردگی، با استفاده از دو روش کلامی و غیرکلامی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ظهور معانی جدید را تسهیل می‌کند، به‌طور خلاصه ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی، از مداخلات زبانی استفاده می‌کند و ذهن‌آگاهی، تنظیم عواطف و روایت‌ها را ارتقاء می‌بخشد، در حالی که در روش‌های مختلف ذهن‌آگاهی، فرد می‌تواند از تجربه لحظه به لحظه آگاهی کسب کند و در روایت‌درمانی گروهی رابطه‌ای تاریخی، شخصی، فرهنگی و اجتماعی را در روابط برجسته سازد. ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی فرصت‌های بسیاری را برای افراد فراهم می‌کند تا مهارت‌های مختلفی را در یک فضای آرام و حمایتی امتحان کنند و با ادغام شیوه‌های اصلی ذهن‌آگاهی و روایت‌درمانی در جلسات درمانی می‌تواند تعادل بین توجه و عاطفه را تقویت کرده و دانش و مهارت‌هایی را برای کار با احساسات، افکار و اعمال ایجاد کند. ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی به عنوان فعالیت مرتبط با استراتژی روان‌شناختی متمرکز توسط انجمن مددکاران اجتماعی استرالیا تأیید شده است. درمانگر در جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی با استفاده از شوخ‌طبعی، نرمی و دلسوزی فضای فوق‌العاده‌ای را برای کشف دانش و مهارت‌های جدید فراهم می‌آورد. ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی منجر به پرورش روح درمانگری در، من^۲ و بازگرداندن، من در متن رابطه می‌شود، در این رویکرد افراد پذیرش، گرمی، مهربانی و عدم قضاوت هنگام بیان داستان‌های خود را یاد می‌گیرند که منجر می‌شود تا داستان‌های آن‌ها، به تجربه‌های یادگیری بسیار غنی‌تر و پرمعنا تبدیل شوند، این رویکرد از تلفیق دورویکرد ذهن‌آگاهی و روایت‌درمانی شکل گرفته است (رودریگوزوگا؛ بایون‌پریز؛ پائوتروور و فرناندزلیرا^۳، ۲۰۱۴).

ذهن انسان از روی عادت وقایع گذشته را بررسی می‌کند و در تلاش است تا آینده را پیش‌بینی کند و به‌همین خاطر به راحتی پریشان می‌شود. ذهن‌آگاهی حالتی روانی است که شامل مشاهده و اجازه دادن به افکار و احساسات خود، همان‌طوری که در زمان حال برانگیخته می‌شود، می‌باشد. ذهن‌آگاهی تنها یک ایده خوب نیست؛ بلکه شیوه‌ای برای زندگی است؛ این شیوه با دعوت به زندگی کنونی، حضوری بیشتر و قضاوتی کمتر، در افراد ایجاد می‌کند. اگرچه از ذهن‌آگاهی به عنوان علمی تازه صحبت

1. Mindfulness Based on Narrative Group Therapy (MBNT)

۲. Ego

۳. Rodríguez Vega, Bayón Pérez, PalaoTarrero & Fernández Liria

می‌شود اما عمر واقعی این شیوه به هزاران سال قبل برمی‌گردد؛ به طوری که از آن به عنوان قلب مراقبه بودائی یاد شده، با این حال جوهره این شیوه که به معنای بودن در لحظه و به شیوه‌ای آگاهانه است، تعلیمی جهانی محسوب می‌شود. ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نیست و مستقیم به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشیاری به محرک‌های زیر بنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها توجه می‌کند، مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که: اولاً هیجان‌ها مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند، دوماً آن‌ها اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند، آن‌ها اطلاعات بیرونی و درونی را اعلام می‌کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند، به این ترتیب ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکوپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد، وقتی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد، افکار و هیجان‌ها خودبه‌خود ناپدید می‌شوند. ناتوانی در عدم حضور در لحظه اکنون باعث می‌شود، بین فرد و واقعیت فاصله افتد و امکان درک صحیح موقعیت و ارائه پاسخ‌های معقول و هشیارانه از او سلب شود. ذهن آگاهی در کنشی دو سویه قادر به بهبود سلامت روان و جسم می‌باشد و تعاملی هنرمندانه بین فرایندهای بدنی شناختی و هیجانی برقرار می‌نماید، به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی شادمانی را به همراه داشته باشد (گروسمن، نیمان، اسمیت و والچ، ۲۰۱۱).

از دهه ۱۹۸۰، رویکرد جدیدی به شخصیت و روان‌درمانی، به نام نظریه روایت به تدریج در حال گسترش است. این رویکرد تحت تأثیر نظریه‌های سازه‌گرا است که معتقدند واقعیت در درون هر یک از ما و به شیوه‌ای منحصر به فرد ساخته می‌شود که این خود حاصل فرهنگ، زبان و جهان بینی ماست (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۸). آن‌چه فلاسفه‌ای مانند پل ریکو و میشل فوکو بر آن تأکید کرده‌اند این است که ساختار زندگی انسان و ساختار روایت‌ها بر هم منطبق هستند و زندگی انسان را می‌توان به صورت روایت شناخت و بررسی کرد، از این نظر گذشته یک چیز صلب و غیرقابل تغییر نیست، بلکه چیزی است که ما از کل وقایع و لحظات به صورت داستانی ویژه گلچین کرده‌ایم، پس می‌توان گذشته را با تغییر زاویه دید و نگاه و تمرکز بر دیگر وقایع آن تغییر داد و این تغییر به تغییر زمان حال و آینده فرد منجر می‌شود. درمان روایتی به عنوان عضوی از باشگاه درمان‌های پست‌مدرن بر تغییر دیدگاه‌های جزمی و غیرقابل انعطاف مراجعان که باعث اختلال شده است تأکید دارد و مشکل را چیزی جدا از فرد می‌داند که به وسیله جامعه بر وی تحمیل شده است. این رویکرد تأکید دارد که هر مشکل در حقیقت توجیه و

تفسیری نادرست است که مراجع در قالب یک داستان به خود می‌گویند و آنرا باور دارد. نگرش کلی روایت‌درمانی بر مفهوم شکل‌گیری هویت افراد، بر مبنای داستان‌هایی (روایت‌هایی) که از زندگی خویش نقل می‌کنند استوار است. یک روایت درمانگر مشتاق است تا به فرد یاری دهد تا بتواند مسیرها، روایت‌ها، اشکال مختلف بخش‌های زندگی، فرصت‌ها و احتمالات مختلف را به‌طور گسترده‌ای در زندگی‌اش ترسیم کند. روایت درمانگر به‌طور هم‌زمان فرد را به تحقیقی مشترک درباره تأثیرات گسترده یک مشکل در زندگی خود و اطرافیانش ترغیب می‌کند. به‌جای تمرکز بر مشکل به‌عنوان بخشی از ماهیت وجودی فرد، با تمرکز بر تأثیرات احتمالی یک مشکل در زندگی وی، روایت درمانگر میان فرد و مشکل‌اش فاصله‌ای ایجاد می‌کند، به‌طور خلاصه رویکردهای روایتی بر این نگرش استوارند که هویت فرد عمدتاً براساس روایت‌ها و داستان‌های زندگی‌اش شکل گرفته است، چه از روایت‌های کاملاً شخصی‌اش و یا روایت‌های عموماً فرهنگی، در عمل، یک روایت درمانگر به فرد یاری می‌رساند تا نوع و طبیعت رابطه‌اش را با مشکل بررسی کند، بی‌آزماید و در نهایت تغییر دهد. روایت درمانگران امکان کارهای درمانی با مراجعین را به خوبی دریافته‌اند، در این رابطه داستان‌های مراجع را اغراق‌آمیزتر^۱ می‌آفریند که در آینده نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد، اما اغلب افراد این نقش فعالانه را درک نمی‌کنند و به‌همین دلیل است که اغلب می‌شنویم که می‌گویند "این مشکل همیشه برایم پیش می‌آید". در این رویکرد تأکید بر این است که می‌توان شخص را از مشکلی که دارد جدا کرد، این جداسازی باعث می‌شود مشکل به عنوان ماهیتی که شخص می‌تواند بر آن تسلط داشته باشد، در نظر گرفته شود (وایت و اپستون^۲، ۲۰۰۷).

بررسی پیشینه تحقیق به مطالعه‌ای که به‌طور خاص به بررسی اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی (طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و امید)، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی پرداخته باشد، دست نیافت. اما در سایر گروه‌ها مطالعاتی صورت گرفته است. نتایج پژوهش چنگیزی و آزموده (۱۳۹۶)، نشان داد که استفاده از رویکرد روایت‌درمانی گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان مؤثر است (چنگیزی و آزموده، ۱۳۹۶). کاکاوند (۱۳۹۶)،

2. The Kenning

& Epston White.^۲

در پژوهش خود نشان داد که ذهن آگاهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر نبوده، ولی بر کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر بوده است (کاکاوند، ۱۳۹۶). کوک^۱ (۲۰۱۳)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که روایت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی در بین دختران جوان مؤثر می‌باشد (کوک، ۲۰۱۳). و رودریگوزوگا، بایون‌پریز، پائوتروور و فرناندزلیرا (۲۰۱۴)، بیان کردند که ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر افسردگی افراد مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشد (رودریگوزوگا، بایون‌پریز، پائوتروور و فرناندزلیرا، ۲۰۱۴).

با توجه به اهمیت سلامت‌روان و مسائل روان‌شناختی دانش‌آموزان، هدف پژوهش حاضر این است که با ایجاد رابطه درمانی مناسب در جلسات مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی و همچنین با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های توصیه شده در این رویکرد نوین به این سوال پاسخ دهد که آیا مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی مؤثر است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی (نیمه تجربی) با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش جامعه مورد مطالعه کلیه دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی (براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم)، ساکن در شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱- آزمودنی برای شرکت در پژوهش اعلام رضایت کرده باشد؛ ۲- آزمودنی اختلالات روان‌شناختی نداشته باشد؛ ۳- آزمودنی تحت درمان داروهای روانپزشکی برای کاهش افسردگی نباشد؛ ۴- آزمودنی در محدوده سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال باشد، ۵- آزمودنی هیچگونه درمان روان‌شناختی در گذشته دریافت نکرده باشد؛ ۶- آزمودنی از ابتدا تا کنون با والدین خود زندگی کرده باشد؛ ۷- برای آزمودنی اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی باشد حداقل تا یکسال قبل، رخ نداده باشد؛ ۸- آزمودنی در پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم، نمره بالاتر از ۱۹ کسب نکرده باشد. جهت انتخاب نمونه‌ها ابتدا از بین کتابخانه‌های شهرداری تبریز یک کتابخانه به صورت تصادفی انتخاب شد و از بین دانش‌آموزان مراجعه کننده به آن کتابخانه تعداد ۴۰ نفر، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل ۲۰ نفره به شیوه تصادفی قرار گرفتند. (به دلیل وجود امکان ریزش آزمودنی‌ها در طی مطالعه برای هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد). برای دستیابی به اهداف

پژوهش از پرسشنامه‌های طرحواره یانگ^۱ (فرم کوتاه، ویرایش سوم، ۹۰ گویه‌ای)، امید بزرگسالان اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) استفاده شد. ابتدا همه نمونه‌ها به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند، سپس مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر روی گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه و هر جلسه هفته‌ای یکبار به مدت ۲ ساعت انجام گرفت و در نهایت پس‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد.

ابزار سنجش

سیاهه افسردگی بک^۲ (ویرایش دوم)

سیاهه افسردگی بک، ابتدا در سال ۱۹۶۱ توسط ای. تی. بک، وارد مندلسون^۳، موک^۴ و ارباف^۵ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۸۷ منتشر گردید. در سال ۱۹۹۶ برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها، در این آزمون تجدید نظر اساسی صورت گرفت. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است (مارنات، ۱۳۹۶). فرم تجدیدنظر شده افسردگی بک، دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک به شرح زیر می‌باشد: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌زاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی‌گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی دشواری در کار، بی‌خواهی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش علایق جنسی. این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی پوشش می‌دهد و یک ابزار غربالگری هست که قابلیت اجرا به صورت گروهی و فردی را دارد و به مهارت یا تعصب آزمایش‌کننده بستگی ندارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۸). هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ می‌باشد، که مطابق مقیاس زیر برآورد کرده‌اند: عدم وجود افسردگی (صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (۱۴ تا ۱۹)، افسردگی متوسط (۲۰ تا ۲۸)، افسردگی شدید تا (۲۹-۶۳). ثبات درونی این ابزار در مطالعه بک، استیر و بران^۶، ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده است (بک، استیر و بران، ۲۰۰۰). فتحی نیز ضریب آلفا را

1. YSQ-90

2. The Beck Depression Inventory

3. Ward Mendelson

4. Mock

5. Erbaugh

6. Beck, Steer & Brown

۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه‌سازی را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۸).

یانگ^۱ (ویرایش سوم) اولیه ناسازگارانه طرح‌واره‌های پرسشنامه کوتاه فرم

این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۰)، ساخته شد. پرسشنامه خود – گزارشی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطة از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / بی‌مهری (بی‌عشقی)، شکست در پیشرفت، وابستگی / بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق داشتن / برتری داشتن، خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی، تحسین / جلب‌توجه، نگرانی / بدبینی، خودتنبیهی را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه را برای گروه سنی ۱۲ سال به بعد می‌توان به کار برد. هر آیتم به وسیله مقیاس درجه‌بندی ۶ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱=کاملاً در مورد من نادرست است. ۲= تقریباً در مورد من نادرست است. ۳= مقداری درست است تا اینکه غلط باشد. ۴= اندکی در مورد من درست است. ۵= تقریباً در مورد من درست است. ۶= کاملاً در مورد من درست است). بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع طرح‌واره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد، که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها است، چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد، آن طرح‌واره ناکارآمد است (والر، میر و اوهانین^۲، ۲۰۰۱). شهامت، ثابتی و رضوانی (۱۳۸۹)، پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی (IBT)، ۰/۳۴ محاسبه کرده‌اند (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). هنجاریابی آن با همسانی‌درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است (آهی، ۱۳۸۵).

پرسشنامه امیدواری اسنایدر

YSQ-SF.1. Young schema Questionnaire (short form)

2. Waller, Meyer & Ohanian

توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای دوازده عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، چهار عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). این پرسشنامه دارای مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست با نمره ۱ تا کاملاً درست با نمره ۸ می‌باشد، این مقیاس دو خرده مقیاس دارد: خرده مقیاس تفکر عامل^۱ (به معنای انرژی هدفمند)، که با سوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و خرده مقیاس مسیرها^۲ (برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف)، با سوالات ۱، ۴، ۶، ۸ مشخص می‌شود، قابل ذکر است که سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱، به عنوان سوالات انحرافی از موضوع پرسشنامه می‌باشد و نمره‌گذاری نمی‌شوند (اسنایدر، هریس، اندرسون، هولرن، ایوینگ، سیگمون، یوشینوبو، گیب، لانگل و هنری^۳، ۱۹۹۱). نمره‌گذاری سوال های ۳، ۵، ۷ و ۱۱، به عنوان سوال‌های انحرافی که برای افزایش دقت آزمون است، حذف می‌شوند، بنابراین، دامنه نمرات این مقیاس از ۸ تا ۶۴ می‌باشد؛ به عبارتی حداقل کسب امتیاز در این آزمون نمره ۸ و حداکثر کسب امتیاز ۶۴ می‌باشد، مجموع نمرات خرده مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کل امید را مشخص می‌کند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱/۰ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷).

طرح درمانی

در این پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها، اهداف مطالعه به آزمودنی‌ها توضیح و از آنان تعهد گرفته شد که تا پایان پژوهش با پژوهشگر همکاری داشته باشند. در مرحله بعد نمرات کسب شده از پرسشنامه‌ها در جریان نمونه‌گیری به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس متغیر مستقل اعمال گردید به عبارتی پروتکل "مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی" برای گروه آزمایشی برگزار گردید. یعنی گروه آزمایش در ۱۶ جلسه آموزش گروهی به صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۲ ساعت به طول انجامید تحت مداخله "مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی" قرار گرفت؛ این در حالی بود که افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای انجام مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی یک بسته آموزشی برگرفته از ذهن‌آگاهی کابات زین (۱۹۹۴) و روایت‌درمانی وایت

1. Agency thinking

2. Pathways

3. Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle & Harney

و اپستون (۲۰۰۷) تهیه گردید که خلاصه ۱۶ جلسه آموزش در جدول ۱ ارائه شده است. در پایان مداخله، مجدداً آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱: پروتکل مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی مورد استفاده در پژوهش حاضر (کابات زین، ۱۹۹۴ و وایت و اپستون، ۲۰۰۷)

Table 1:

The protocol of mindfulness-based narrative, group therapy

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول First session	<p>بصورت مقدماتی: خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر اعتماد بین اعضا گروه و مصاحبه اولیه با مراجعان، بیان قواعد بنیادین و اساسی جلسات درمانی شامل حضور منظم در ساعات مقرر، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری، شرح کافی ارزش‌ها، اهداف و محتوای ذهن آگاهی و روایت‌درمانی، تبیین و ارائه مدل درمانی مورد نظر، تعیین تعداد، طول مدت و محل تشکیل جلسات، ایجاد موقعیت مشارکتی در درمان و محدودیت دادن به مراجع، ارائه شرح مختصری از جلسات، درخواست از فرد جهت بیان اهداف خود از حضور در جلسات، دریافت و ارائه بازخورد.</p> <p>Introductory: greeting, acquaintance of group members with each other and establishing a good relationship based on trust between group members and initial interviews with clients, stating the basic rules of treatment sessions including regular attendance at scheduled times, homework, stating the principle of confidentiality, adequate description of values, Goals and content of mindfulness and narrative therapy, explaining and presenting the desired treatment model, determining the number, duration and place of sessions, creating a participatory position in treatment and restricting clients, providing a brief description of the sessions, asking the person to express their goals Attend meetings, receive and provide feedback.</p>
جلسه دوم Second session	<p>با موضوع هدایت خودکار در برابر حضور ذهن و داستان زندگی: خلاصه‌سازی جلسه قبل، توجه به هدایت خودکار و شناسایی آن افکار عادی، کلیشه‌های ذهنی، طرح‌واره‌ها و پیش‌فرض‌ها، مدیتیشن خوردن یک عدد کشمش، تشویق اعضا برای توصیف داستان و روایت‌های مسلط زندگی خود، افکار و احساسات خود، گوش دادن دقیق به گفتمان غالب فرد و همدلی با وی، بررسی روایت‌های غالب، مشخص کردن داستان اشباع از مشکل و چگونگی تأثیر آن بر مراجع و برعکس، ارائه تکلیف خانگی (حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها، بررسی داستان اشباع از مشکل و تأثیرات آن).</p> <p>With the theme of automatic guidance against the presence of mind and life story: Summarizing the previous session, paying attention to automatic guidance and identifying those habitual thoughts, mental stereotypes, schemas and assumptions, Meditator eating a raisin, Encourage members to describe the dominant stories and narratives of their lives, thoughts and feelings, listen carefully to the dominant discourse and empathize with the person, examine the dominant narratives, identify the saturated story of the problem and how it affects the authorities and vice versa, provide homework (Presence in the moment and expand the raisin eating technique to other activities, study the saturated story of the problem and its effects).</p>

با موضوع تمرکز بر بدن و آغاز اکتشاف استعاره خود: بازنگری تکلیف خانگی، بحث در مورد موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن، ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن، دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد، بررسی استعاره‌های افراد، استعاره‌سازی در مورد رویدادهای زندگی، ارائه تکلیف خانگی (اسکن بدن و و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره، استعاره‌سازی در مورد رویدادهای زندگی).

جلسه سوم

Third session

On the subject of focusing on the body and beginning to explore one's metaphor: reviewing homework, discussing the barriers to practice and solutions to the mindfulness program for it, 30 minutes, achieving the principles that govern people's storytelling, examining people's metaphors, and metaphorizing events Life, homework (Scanning the body and mindfulness of a daily activity, metaphorizing life events).

با موضوع تمرکز بیشتر بر بدن و رویدادهای مهم زندگی: بازنگری تکلیف خانگی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این تمرین‌ها، دیدن داستان از منظری دیگر، دیدن تجارب اوج و افت، ارائه تکلیف خانگی (تمرکز بر تنفس کوتاه، بررسی داستان‌ها از دید دیگر و بررسی تجارب اوج . افت)، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه.

جلسه چهارم

Forth session

On the subject of more focus on the body and important life events: reviewing homework, start training with a focus on short breathing, Talk about emotions due to these exercises, Seeing the story from another perspective, seeing the ups and downs experiences, presenting homework (focusing on shortness of breath, reviewing the stories from another perspective, and reviewing the experiences of ups and downs), finishing the class focusing on shortness of breath).

با موضوع تمرکز و یکپارچگی و ساخت‌شکنی: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین واری بدن، بحث در مورد این تجربه، دادن بازخورد در مورد تمرین، تمرین افکار و احساس‌های جایگزین، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، نام‌گذاری مشکل، ساخت‌شکنی، بحث گروهی راجع به نگرش نسبت به مشکل، فن بازمعنایی، ارائه تکلیف خانگی (جمع‌آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، اسکن بدن تمرین افکار و احساس‌های جایگزین).

جلسه پنجم

Fifth session

On the topic of concentration and integration and deconstruction: reviewing homework, practicing body checking, discussing this experience, giving feedback on practice, practicing alternative thoughts and feelings, discussing the difference between thoughts and feelings, problem naming, deconstruction, group discussion About attitude towards the problem, redefining art, presenting homework (collecting photo collections and materials related to the subject of interest, scanning the body, practicing alternative thoughts and feelings).

با موضوع تمرکز و یکپارچگی بیشتر و ابتکارات: بازنگری تکلیف خانگی، آموزش ثبت وقایع خوشایند، آموزش مراقبه نشستن ۱ تا ۱۰ دقیقه، آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره، تعیین عواطف مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، ارائه تکلیف خانگی (ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره، بررسی عواطف مثبت و منفی در داستان‌ها)، پایان دادن به کلاس با قرار گرفتن در فضای کلاس.

جلسه ششم

Sixth session

On the topic of more focus and integration and initiatives: reviewing homework, training to record pleasant events, training to meditate for 1 to 10 minutes, training to decentralize mental thoughts and hypotheses by labeling them with hypotheses, mindfulness of a daily activity, determining positive and negative emotions Effective in stories, examining the great challenges of life, presenting homework (mindfulness of a pleasant event, meditating sitting and scanning the body and mindfulness of a daily activity, examining positive and negative emotions in stories), ending the class by being in the classroom.

با موضوع تمرکز بر آگاهی از تنفس و شفاف‌سازی: بازنگری تکالیف خانگی، انجام تمرین شنیدن و دیدن و متمرکز شدن بر احساسات، انجام مراقبه نشستن، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، دستیابی به داستان‌های

سایه‌ای افراد، شفاف‌سازی، ارائه تکلیف خانگی (تمرین شنیدن و دیدن و متمرکز شدن بر احساسات، انجام مراقبه نشستن، بررسی داستان‌های سایه‌ای و شفاف‌سازی آن‌ها).

On the topic of Focusing on Awareness of Breathing and Clarification: Reviewing Homework, Practicing Listening and Seeing and Focusing on Emotions, Doing Meditation, Reviewing Practice and Giving Feedback, Gaining Shadow Stories, Clarifying, Presenting Homework (Practicing Listening and Seeing and focusing on emotions, meditating, examining shadow stories and clarifying them).

جلسه هفتم
Seventh session

با موضوع تمرکز بیشتر بر آگاهی از تنفس و پیامدهای بی‌همتا: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و دادن بازخورد، قدم زدن با حضور ذهن، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید، بررسی پیامدهای منحصر به فرد، بررسی معایب خود، بررسی اولویت‌ها، آرزوها، اهداف و افراد مهم در زندگی، ارائه تکلیف خانگی (تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی که دارای سه مرحله است: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن، نوشتن نقاط قوت و ضعف خود و اولویت‌های مهم زندگی).

On the topic of focus on awareness of breathing and unique consequences: reviewing homework, practicing three minutes of breathing space and giving feedback, walking with the presence of mind, mindfulness of a new daily activity, examining unique consequences, examining one's shortcomings, examining priorities, Aspirations, goals and important people in life, homework (three minutes of breathing space training that has three stages: paying attention to the exercise at the moment of doing, paying attention to breathing and paying attention to the body, writing down your strengths and weaknesses and important life priorities).

جلسه هشتم
Eighth session

با موضوع وسعت بخشیدن به گستره حضور ذهن و ایفای نقش: بازنگری تکلیف خانگی، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، ذهن آگاهی رویدادهای ناخوشایند، تمرین پنج دقیقه‌ای شنیدن، نکاتی در خصوص نیرودهندگان مشکل، ایفای نقش، تمرین جملات ناتمام، ارائه تکلیف خانگی (مدیتیشن نشست، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاهی و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، تمرین پنج دقیقه‌ای شنیدن، تمرین جملات ناتمام، تمرین ایفای نقش در زندگی روزمره).

On expanding the scope of mindfulness and role-playing: reviewing homework, making a list of unpleasant events, mindfulness of unpleasant events, practicing five minutes of listening, tips on problem-solvers, role-playing, practicing unfinished sentences, giving homework (sitting meditation) Scanning the body or one of the body movements of mindfulness and practicing three minutes of breathing space in an unpleasant event, practicing five minutes of listening, practicing unfinished sentences, practicing role-playing in everyday life).

جلسه نهم
Ninth session

با موضوع ماندن در زمان حال و بازسازی روایت زندگی: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مراقبه همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار، بحث پیرامون تمرین انجام شده، دادن بازخورد، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، به کارگیری عناصر جدید در روایت‌ها، تکیه بر نکات قوت مراجع، تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد، جریان بخشیدن به روایت جدید، ارائه تکلیف خانگی (انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره، تمرین مراقبه همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار، بررسی و نوشتن روایت جدید و به کارگیری روایت جدید در زندگی روزمره).

جلسه دهم
Tenth session

With the theme of staying in the present and reconstructing the narrative of life: reviewing homework, practicing meditation with regard to breathing, body sounds and thoughts, discussing the exercise performed, giving feedback, breathing space for three minutes, using new elements in the narratives, relying on Strengths of references, analyzing the relationship between the new narrative and one's life, streamlining the new narrative, presenting homework (doing three minutes of breathing space in an unpleasant event and mindfulness of a new daily activity, meditation practice with regard to breathing, body sounds and thoughts), Reviewing and writing a new narrative and applying the new narrative in daily life).

با موضوع پذیرش و بازگویی روایت زندگی: بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، توجه به این که چگونه از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجربیاتمان ارتباط برقرار می‌کنیم، بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد، توجه به تأثیرات آن بر بدن و واکنش به آن‌ها، مشخص کردن نکته بحرانی، تکنیک‌های مقابله با احساسات منفی نسبت به روابط تنش‌زای گذشته، ارائه تکلیف خانگی (مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره، تمرین اجرا و بازگویی روایت‌های جدید).

جلسه یازدهم

Eleventh session

On the subject of accepting and retelling the narrative of life: reviewing homework, meditating, awareness of breathing, body, sounds and thoughts, paying attention to how we communicate our experiences through the reactions we show to thoughts, feelings, or body senses. Expressing the difficulties that occur during exercise, paying attention to its effects on the body and reacting to them, identifying the critical point, techniques for dealing with negative feelings about past stressful relationships, providing homework (meditation, awareness of breathing, body, Sounds and thoughts, mindfulness of a new daily activity, practice of performing and retelling new narratives).

با موضوع اجازه حضور و بازنویسی داستان زندگی: بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای و بازنگری آن، بیان داستان‌هایی از تصورات شخصی در مورد رویدادهای زندگی، بررسی داستان‌های تازه فرد، ارائه تکلیف خانگی (فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره، بررسی داستان‌های جدید در زندگی روزمره).

جلسه دوازدهم

Twelfth session

On the subject of permission to attend and rewrite the life story: reviewing homework, breathing space and reviewing it, three minutes of confrontational breathing space and reviewing it, telling stories from personal ideas about life events, reviewing new stories, presenting homework (breathing space three Minutes in an unpleasant event and mindfulness of a new daily activity, exploring new stories in everyday life).

با موضوع افکار فقط فکر هستند و پیش‌بینی مشکلات: بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، آرزو و رویاپردازی در ارتباط با ظاهر خود، پیش‌بینی مشکلات احتمالی، بحث گروهی و بررسی احساسات فرد، ارائه تکلیف خانگی (انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید).

جلسه سیزدهم

Thirteenth session

Thoughts are just thoughts and problem-solving: reviewing homework, meditating, awareness of breathing, body, sounds and then thoughts, reviewing exercise and giving feedback, wishing and dreaming about your appearance, anticipating possible problems, group discussion and Examining a person's feelings, doing homework (doing a combination of meditation that is preferred for the person, three minutes of breathing practice in an unpleasant event. Mindfulness of a new daily activity).

با موضوع افکار واقعیات نیستند و بازنویسی داستان: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و احساسات و نگرانی‌ها، تهیه فهرستی از فعالیت‌هایی که منجر به احساس کنترل و پیش‌بینی‌پذیری موقعیت می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال، ارائه تکلیف خانگی (فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین قدم زدن همراه با حضور ذهن، نوشتن احساسات در مورد روایت زندگی از گذشته تا حال).

جلسه

چهاردهم

Fourteenth session

Thoughts are not facts and rewriting the story: reviewing homework, practicing sitting meditation, awareness of breathing, body, sounds, then thoughts, practicing observing the connection between activity and feelings and worries, making a list of activities that lead to a sense of control and predictability. It is possible to plan and prepare a suitable program for such activities, rewrite the narrative of life from the past to the present, provide homework (three-minute breathing space, practice walking with the presence of mind, write

emotions about the narrative of life from the past to the present).

با موضوع استفاده از آن چه آموخته ایم و ایجاد روایت جدید: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین واریسی بدن، بحث در مورد این که چه در تمرین هایی منظم و چه در تمرین های غیرمنظم ایجاد شده ادامه یابد، واریسی و بحث در مورد برنامه ها و دلایل مثبت برای ادامه تمرین، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده، دادن عنوان جدید به روایت زندگی، ویرایش نهایی روایت جدید، ایفای نقش در داستان جدید، ارائه تکلیف خانگی (مدیتیشن و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، انجام ترکیبی از مدیتیشن در عملکردهای روزانه، اجرای ایفای نقش جدید در زندگی).

جلسه پانزدهم

Fifteenth session

On the subject of using what we have learned and creating a new narrative: reviewing homework, practicing body checking, discussing whether to continue in both regular and irregular exercises, checking and discussing positive plans and reasons for continuing to practice, Rewriting the narrative of life about the present and the future, giving a new title to the narrative of life, finalizing the new narrative, playing a role in the new story, presenting homework (meditation and awareness of everything that comes to consciousness in the moment, doing a combination of meditation in daily activities , Play a new role in life).

جمع بندی: بحث گروهی درباره تغییرات ایجاد شده در افراد به واسطه شرکت در جلسات، بررسی شواهد مربوط به تغییر در گروه، مرور تکالیف و پاسخگویی به سوال ها و اشکال ها، تمرین تکنیک های آموخته شده در جلسه های قبل با مشارکت اعضا، اجرای پس آزمون.

Summary: Group discussion about changes in individuals through attending meetings, reviewing evidence of group change, reviewing assignments and answering questions and problems, practicing techniques learned in previous sessions with member participation, conducting post-test.

جلسه

شانزدهم

Sixteenth session

یافته ها

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کورایانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل از آمار توصیفی این تحقیق به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل و پیش آزمون و پس آزمون در جداول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون طرحواره های ناسازگار اولیه (N= ۴۰)

Table 2.

Descriptive indices of experimental and control groups in pre-test and post-test of early maladaptive schemas (N = 40)

پس آزمون Post-Test		پیش آزمون Pre-Test		تعداد Number	گروه Group	طرحواره های ناسازگار اولیه Early maladaptive schemas
انحراف معیار Standard deviation	میانگین Mean	انحراف معیار Standard deviation	میانگین Mean			
8.24	36.95	14.45	52.85	20	آزمایش	بریدگی و طرد

					Exprement	Disconnection and Rejection
16.78	48.25	20.38	53.45	20	کنترل Control	
5.7	28.45	10.58	42.75	20	آزمایش Exprement	خودگردانی و عملکرد مختل
16.37	40	18.37	43.45	20	کنترل Control	Autonomy and impaired function
6.31	20.05	6.44	30.70	20	آزمایش Exprement	محدودیت‌های مختل
9.54	27.85	9.25	28.20	20	کنترل Control	Impaired Limits
7.96	26.90	11.52	44.50	20	آزمایش Exprement	دیگرجهت‌مندی
38.70	12.10	11.58	42.25	20	کنترل Control	Other-Directedness
7.28	38.50	11.48	59	20	آزمایش Exprement	گوش‌بزدگی بیش از حد و افراطی
12.03	42.55	13.63	46.40	20	کنترل Control	Overvigilance

با توجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین‌ها نمرات مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌بزدگی بیش از حد و افراطی برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۲/۸۵، ۴۲/۷۵، ۳۰/۷، ۴۴/۵۰ و ۵۹ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر ۳۶/۹۵، ۲۸/۴۵، ۲۰/۰۵، ۲۶/۹۰ و ۳۸/۵۰ است. همچنین میانگین‌ها نمرات مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌بزدگی بیش از حد و افراطی برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۳/۴۵، ۴۳/۴۵، ۲۸/۲۰، ۴۲/۲۵ و ۶۴/۴۰ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۸/۲۵، ۲۷/۴۰، ۱۲/۱۰ و ۴۲/۵۵ می‌باشد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر امید (N=۴۰)

Table 3.

Descriptive indicators of the experimental and control groups in the pre-test and post-test of the variable of hope (N=40)

پس آزمون Post-Test		پیش آزمون Pre-Test		تعداد Number	گروه Group	امید Hope
انحراف معیار Standard deviation	میانگین Mean	انحراف معیار Standard deviation	میانگین Mean			

2.76	27	0.47	3.96	20	آزمایش Exprement	مسیرها path
4.08	17.05	0.54	3.97	20	کنترل Control	
0.52	3.92	4.06	5.70	20	آزمایش Exprement	تفکر عامل Agent thinking
0.51	3.80	3.72	4.75	20	کنترل Control	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خرده مقیاس‌های امید شامل مسیرها و تفکر عامل برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۳/۹۶ و ۱۵/۷۰ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳/۹۲ و ۲۷ است. هم‌چنین نمرات خرده مقیاس‌های امید شامل مسیرها و تفکر عامل برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با شامل مسیرها $\bar{X}=3/97$ و ۴/۷۵ و در مرحله پس‌آزمون پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳/۸۰ و ۳/۹۲ می‌باشد.

آزمون فرضیه پژوهش

فرضیه پژوهش بیان می‌کند که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و امید، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی تأثیر دارد. برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌کنیم. در این راستا ابتدا پیش‌فرض‌های این روش به شرح ذیل بررسی شد:

پیش فرض فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیر وابسته: از آنجا که در مطالعه حاضر ابزار مورد استفاده جهت اندازه گیری متغیر وابسته از صفر قراردادی برخوردار بوده و فواصل نمرات از یکدیگر برابر فرض شده است، لذا مقیاس اندازه گیری یک متغیر وابسته فاصله ای است، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، پیش فرض همگنی واریانس خطای متغیر وابسته در گروه‌ها، پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون (همگنی ضرایب رگرسیون)، پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، محقق شده است. به دلیل رعایت پیش فرض‌های اساسی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) جهت بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جداول ۴، ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته

Table 4.

Results of multivariate analysis of covariance on post-test scores by controlling the pre-test of dependent variables

توان آزمون Test power	مجذور اتا Partial Eta Squared	P	فرضی Hypothetical Df	اشتباه Mistake df	فراوانی F	مقدار value	نام آزمون Title of exam	اثر Effect
1	0.751	0.001	29	5	17.460	3.010	آزمون اثرتی هتلینگ T Hotling effect test	

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که روش مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر متفاوت و معنی‌دار دارد. چرا که F محاسبه شده (۱۷/۴۶۰) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد (T Hoteling=۳/۰۱۰, F=۱۷/۴۶۰, P<۰/۰۰۱). همچنین مقدار مجذور اتا برای متغیر گروه نشان دهنده این است که ۰/۷۵ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایش در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ناشی از اجرای ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی است. با توجه به مقدار توان آزمون در جدول (توان آزمون = ۱)، این آزمون توانسته با توان بسیار بالایی فرض صفر غلط را رد کند. همچنین شاخص‌های تمامی اندازه اثرها برآورد یکسانی از قدرت رابطه بین بردار متغیرهای پاسخ و پیش‌آزمون ارائه می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

Table 5.

Results of multivariate analysis of covariance the difference between the experimental and control groups in the variable of early maladaptive schemas

توان Power	ضریب اتا Partial Eta Squared	سطح معناداری Sig.	فراوانی F	میانگین مجذورات Mean Square	درجه آزادی df	مجموع مجذورات Sum of Squares	متغیر وابسته Dependent Variable	منبع تغییر Source Change
0.99	0.47	0.001	29.303	506.169	1	506.169	بریدگی و طرد Disconnection and Rejection	
1	0.53	0.001	33.277	876.349	1	876.349	مختل Impaired Autonomy and Performance	گروه Group
0.99	0.41	0.001	23.070	466.74	1	466.742	محدودیت‌های مختل Impaired Limits	

1	0.60	0.001	50.018	16365.525	1	16365.525	دیگرجهت مندی Other- Directedness
1	0.48	0.001	31.007	877.601	1	877.601	گوش بزنگی بیش از حد و افراطی Overvigilance
				19.117	33	630.850	بریدگی و طرد Disconnection and Rejection
				23.509	33	775.811	خودگردانی و عملکرد مختل Impaired Autonomy and Performance
				20.231	33	667.633	محدودیت‌های مختل Impaired Limits
				32.719	33	1070.720	دیگرجهت مندی Other- Directedness
				28.626	33	944.665	گوش بزنگی بیش از حد و افراطی Overvigilance

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در خرده مقیاس‌های بریدگی و طرد ($P < 0.01$) و $F_{(1,33)} = 33/277$ و $P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.47$ ، خودگردانی و عملکرد مختل ($F_{(1,33)} = 29/303$ و $P < 0.01$)، محدودیت‌های مختل ($\eta^2 = 0.53$ و $F_{(1,33)} = 23/070$ و $P < 0.01$)، دیگرجهت مندی ($\eta^2 = 0.41$ و $F_{(1,33)} = 32/719$ و $P < 0.01$) و گوش بزنگی بیش از حد و افراطی ($\eta^2 = 0.48$ و $F_{(1,33)} = 31/007$ و $P < 0.01$) و گوش بزنگی بیش از حد و افراطی ($\eta^2 = 0.60$ و $F_{(1,33)} = 50/018$ و $P < 0.01$) بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر امید

Table 6.

Multivariate analysis of covariance test results the difference between the experimental and control groups in the variable of hope

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری
Source Change	Dependent Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
گروه	مسیرها path	159.78	1	159.78	27.02	0.001
Group	تفکرعامل Agent thinking	0.012	1	0.012	7.75	0.009
خطا	مسیرها path	201.209	34	5.91		
Error	تفکرعامل Agent thinking	0.051	34	0.001		

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در خرده مقیاس مسیرها از متغیر امید ($P < 0/01$) و $F(1,34) = 27/02$ بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ همچنین در تفکر عامل ($F(1,34) = 7/75$ و $P < 0/01$) بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری به دست آمد. بنابراین، می‌توان استنباط کرد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود امید در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی اثربخش بوده و تغییرات بدست آمده در گروه آزمایش نسبت به تغییرات در گروه کنترل معنادار شده است. لذا این فرضیه تأیید می‌شود و می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی (طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و امید)، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی تأثیر دارد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی بر روی ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی که مجموع نمرات افسردگی در پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم، کمتر از ۱۹ و برانگیختگی یا کاهش در بازده‌های شناختی داشتند، بود. یافته‌ها نشان داد که بین میزان نمره بازده‌های شناختی پس از اجرای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی تأثیر داشته است. نتیجه به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های چنگیزی و آزموده (۱۳۹۶)، کاکاوند (۱۳۹۶)، کوک (۲۰۱۳) و رودریگز و گوا، بایون‌پریز، پائوتروور و فرناندز لیرا (۲۰۱۴)، همسو می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد که مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی منجر به پرورش روح درمانگری در، من^۱ و بازگرداندن، من در متن رابطه می‌شود، در این رویکرد افراد پذیرش، گرمی، مهربانی و عدم قضاوت هنگام بیان داستان‌های خود را یاد می‌گیرند که منجر می‌شود تا داستان‌های آن‌ها، به تجربه‌های یادگیری بسیار غنی‌تر و پرمعنا تبدیل شوند و از این طریق باعث بهبود بازده‌های شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی شود. همان‌گونه که در مبانی نظری این پژوهش ذکر گردید وجود نشانگان افسردگی می‌تواند سبب برانگیختگی یا کاهش بازده‌های شناختی شود، که جهت بهبود بازده‌های شناختی باید در یکی از متغیرهای شناخت، عاطفه، رفتار و متغیر زیستی تغییر به وجود آورد، که این موارد در مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی گنجانده شده و لذا نتیجه پژوهش قابل تبیین است.

۱. Ego

ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی فرصت‌های بسیاری را برای افراد فراهم می‌کند تا مهارت‌های مختلفی را در یک فضای آرام و حمایتی امتحان کنند و با ادغام شیوه‌های اصلی ذهن آگاهی و روایت‌درمانی در جلسات درمانی می‌تواند تعادل بین توجه و عاطفه را تقویت کرده و دانش و مهارت‌هایی را برای کار با احساسات، افکار و اعمال ایجاد کند. بنابراین می‌توان اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی را بر بهبود بازده‌های شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی توجیه کرد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی از طریق بی‌ثبات کردن روایت‌های افراد دارای نشانگان افسردگی، با استفاده از دو روش کلامی و غیرکلامی مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور معانی جدید را تسهیل کند، بر طبق یافته‌های پژوهش حاضر مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی یک راهبرد مؤثر و پیشگیرانه برای بر بهبود بازده‌های شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی است. ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی، از مداخلات زبانی استفاده می‌کند و ذهن آگاهی، تنظیم عواطف و روایت‌ها را ارتقاء می‌بخشد، در حالی که در روش‌های مختلف ذهن آگاهی، فرد می‌تواند از تجربه لحظه به لحظه آگاهی کسب کند و در روایت‌درمانی گروهی رابطه‌ای تاریخی، شخصی، فرهنگی و اجتماعی را در روابط برجسته سازد (رودریگوزوگا؛ بایون‌پریز؛ پائوتروور و فرناندزلیرا، ۲۰۱۴).

آنچه از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده و این پژوهش حاصل شد این است که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر بهبود بازده‌های شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی محسوب می‌شود و می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های روانی و مشکلات اجتماعی افراد در نظر گرفته شود. به طوری که این روش درمانی را می‌توان به عنوان یک مداخله روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار داد. با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی شامل محدود بودن جلسات آموزشی و تفاوت در میزان مشکلات خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی آزمودنی‌ها، عدم کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر و عدم اطمینان از به کار بستن تمامی دستورالعمل‌ها توسط آزمودنی‌ها در ساعات خارج از جلسه آموزش مواجه و اجرای مداخله فقط در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی بدون وجود سایر اختلالات روان‌شناختی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات تکمیلی بعدی هم‌تاسازی‌های دقیق‌تری بر روی گروه کنترل و آزمایش انجام گیرد تا اثر متغیرهای مزاحم جمعیت شناختی تعدیل شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته شده از پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می باشد، لذا نویسندگان مقاله بر خود واجب میدانند تا از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و کلیه دانش آموزان عزیز که در اجرای این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

Rerences

منابع

- آهی، قاسم (۱۳۸۵). *هنجاریایی نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- امیرطهماسب، گلناز؛ باقری، فریبرز و ابوالعمالی، خدیجه (۱۳۹۷). اثربخشی روش فرزندپروری مثبت بر مشکلات عاطفی رفتاری کودکان با اختلال یادگیری در دوره ابتدایی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۶۰۹-۶۰۰.
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان (۱۳۹۸). *نظریه‌های روان‌درمانی. (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان نظری: (ترجمه: یحیی سیدمحمدی)*. تهران: انتشارات روان، چاپ بیست و دوم.
- جهان‌گشت، خدیجه؛ اسیری، شهلا؛ پاک‌سرشت، صدیقه و کاظم‌نژاد لیلی، احسان (۱۳۹۳). فراوانی نشانه‌های افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۶(۸۱)، ۸-۱۵.
- چنگیزی، فرشته و آزموده، معصومه (۱۳۹۶). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر میزان اضطراب اجتماعی نوجوانان شهر تبریز. *مجله روان‌شناسی تربیتی*، ۸(۳)، ۲۴-۱۳.
- حاتمی، حسین؛ رضوی، سیدمنصور و اردبیلی، حسن (۱۳۸۴). *بهداشت عمومی*. تهران: انتشارات ارجمند.
- زارع، مریم (۱۳۸۱). شیوع آسیب‌شناسی روانی در مورد دانش آموزان دبیرستانی رشت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱(۳۹)، ۳۶-۲۴.
- سلیگمن، مارتین (۱۳۹۲). *خوش‌بینی آموخته شده*. (ترجمه: قربان‌علی خدایی). تهران: انتشارات چنار.
- شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا و رضوانی، سمانه (۱۳۸۹). بررسی سبک‌های فرزند پروری و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۲(۱۱)، ۲۳۹-۲۵۴.
- شیخ‌پور، نورالله (۱۳۸۵). *تأثیر مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی معلولین نخاعی ناشی از زلزله بم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران: دانشگاه خاتم الانبیا.
- طهماسبیان، کارینه و اناری آسیه (۱۳۸۸). رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی. *مجله روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۹)، ۸۳-۹۳.

- عبدالهیان، علی (۱۳۸۰). افسردگی در کودکان سن مدرسه در مشهد. *مجله پزشکی دانشگاه مشهد*، ۱(۶۲)، ۱-۷.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۸). *آزمون‌های روان‌شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات بعثت.
- کار، آلن (۱۳۹۳). *روان‌شناسی مثبت*. ترجمه: حسن پاشاشریفی و جعفر نجفی‌زند. تهران: انتشارات سخن.
- کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۹۱-۱۰۱.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۹). *آسیب‌شناسی روانی*. جلد ۱. تهران: انتشارات ساوالان.
- مارنات، گری گرات (۱۳۹۶). *راهنمای سنجش روانی: برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان (جلد دوم)*. (ترجمه: حسن پاشا شریفی، و محمدرضا نیکخو). تهران: انتشارات رشد.
- نصیری، حبیب‌الله و جوکار، بهرام (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. *پژوهش زنان*، ۶(۲)، ۱۵۷-۱۷۶.
- یانگ، جفری (۱۳۸۹). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرح‌واره‌محور*. ترجمه: علی صاحبی و حسن حمید پور. چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- Abdolahiyan, A. (2001). Depression in school-age children in Mashhad. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 1(62):1-7 [In Persian].
- Ahi, Q. (2006). *Normative short version of Yang Schema Questionnaire*. Master Thesis in General Psychology, Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences [In Persian].
- Amirtahmaseb, G., Bagheri, F., & Abolmaali, K. (2018). Effectiveness of positive parenting method on affective-behavioral difficulties of primary school children with learning disorders (disability). *Journal of Psychological Science*, 17(69): 601-609 [In Persian].
- Beck, AT. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1): 5-37.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G.K. (2000). *Beck Depression inventor*, (2nded). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Burns, W. (2010). *Happiness, Healing, Enhancement*. Published by John Wiley & sons. Hobken, New Jersey.
- Changizi, F., & Azmoudeh, M. (2017). The effectiveness of group narrative therapy on the level of social anxiety in adolescents in Tabriz. *Journal of Educational Psychology*. (3)8: 13-24 [In Persian].

- Cook, K. (2013). The effect of Narrative Therapy on depression in Yong girls. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1): 13-20.
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2010). *Influence between early maladaptive schemas and depression*. L'Encéphale, Article in Press, Corrected Proof.
- Fathi Ashtiani, A. (2019). *Psychological tests, personality assessment and mental health*. Tehran: Besat Publications [In Persian].
- Ganji, H. (2020). *Psychopathology. Volume 1*. Tehran: Savalan Publications [In Persian].
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2011). Mindfulness based Stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1): 35-43.
- Hatami, H., Razavi, M., & Ardabili, H. (2005). *Text Books of public health*. Tehran: Arjmand [In Persian].
- Jahangesht, K., Asiri, S., Pakseresht, S., & Kazemnejad Lily, E. (2014). Frequency of depressive symptoms and related factors in students. *Comprehensive Journal of Nursing and Midwifery*, 26(81): 15-8.
- Kakavand, A. (2017). The effectiveness of mindfulness on dysfunctional attitudes and depressive symptoms in elderly women with depressive disorder. *Journal of Aging Psychology*, 2(2): 91-101 [In Persian].
- Kar, A. (2014). *Positive psychology*. Translation: Pasha Sharifi, Hassan and Najafizand, Jafar. Tehran: Sokhan Publications [In Persian].
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Lang, M., & Tisher, M. (1978). *The children depression scale*. Melbourne: Australia council for Edu Res.
- Lofkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85:716-726.
- Marnat, G. (2017). *Psychological Assessment Guide: For Clinical Psychologists, Counselors, and Psychiatrists* (Vol. II). Translated by Pasha Sharifi, Hassan and Nikkhoo, Mohammad Reza. Tehran: Roshd Publications [In Persian].
- Nasiri, H., & Jokar, B. (2008). Significance of life, hope, life satisfaction and mental health in women. *Women's Researc*, 6(2): 176 -157. [In Persian].
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1): 44-55.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2019). *Theories of psychotherapy. Translation (Psychotherapy Systems): Interdisciplinary Analysis*: Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan Publications, 22nd edition [In Persian].
- Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., PalaoTarrero, A., & Fernández Liria, A. (2014). Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients, *Clin. Psychol. Psychother*, 21(5): 411 -419.

- Seligman, Martin. (2013). *Learned optimism*. Translation: Qurban Ali, God. Tehran: Chenar Publications [In Persian].
- Shahamat, F., Sabeti, A., & Rezvani, S. (2010). Investigating parenting styles and early maladaptive schemas. *Educational and psychological studies*, (11)2: 254-239 [In Persian].
- Sheikhpour, N. (2006). *The effect of group counseling in the sense of therapy in increasing the life expectancy of spinal cord disabled people caused by the Bam earthquake*. Master Thesis in Counseling, Tehran: Khatam Al-Anbia University [In Persian].
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of Hope. *Journal personality social psychology*, 60(4): 570-585.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. G. (2007). *Positive Psychology*, New York Published by Oxford University Press, Inc.
- Tahmasyan, K., & Anari, A. (2010). The relationship between selfefficacy and depression in adolescents. *Journal of Applied Psychology*, 1(9): 93-83 [In Persian].
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4): 373-380.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema question native. *Cognitive therapy and research*, 25(6):137-147.
- White, M., & Epston, D. (2007). *Narrative means to therapeutic*. New York: Norton
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. (2010). *Cognitive therapy of personality disorders, schema-based approach*. Translation: Ali Sahebi and Hassan Hamidpour. First Edition, Tehran: Arjmand Publications [In Persian].
- Zarae, e m. (2002). Prevalence of psychopathology in the case of high school students in Rasht. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 1(39): 24-36 [In Persian].

