

اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی

فرشته چنگیزی^۱، معصومه آزموده^{۲*}، شعله لیوارجانی^۳
و شهرام واحدی^۴

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. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی بود. برای این منظور در طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل، ۴۰ نفر از دانش آموزان با نشانگان افسردگی، ساکن شهر تبریز به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره، آزمایش و کنترل کارگماری شدند. علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی آزمودنی‌ها قبل و بعد از اتمام مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر روی گروه آزمایش در ۱۶ جلسه اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد فرایند جلسات مداخلات برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی باعث بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. با توجه نتایج به دست آمده از این پژوهش، می‌توان از برنامه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی به عنوان یک برنامه مداخله‌ای موثر در بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: افسردگی، بازده‌های هیجانی، ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی.

مقدمه

از جمله اختلالات شایع روان پزشکی در رده سنی کودکی و نوجوانی، اختلال افسردگی است. تا دهه ۱۹۶۰ کمتر روان شناسی پیرامون افسردگی کودکان به عنوان یک اختلال مستقل و مشخص به طور جدی سخن می گفت یا مطلب می نگاشت (لوفکویتز و بارتون، ۱۹۸۷). ولی در دهه ۱۹۷۰ با معرفی

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسوول) mas_azemod@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

علایمی نظیر، گریه و زاری، احساس ناخوشنودی، کناره جویی، تحریک پذیری، اعتماد به نفس پایین و شکایات جسمانی پایدار، نشانگان افسردگی مطرح شد (لانگ و تیشر، ۱۹۷۸). سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از اصول اولیه مراقبت های بهداشت روان در نوجوانان قلمداد می شود (عبدالهیان، ۲۰۰۱). افسردگی در کودکان و نوجوانان به دلیل و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه ای 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، بی لذتی و مشکلات بین فردی همراه بوده و سبب افت تحصیلی، مشکلات جسمی و اجتماعی می شود و در آینده نوجوانان تاثیر مخربی بر جای می گذارد (طهماسیان و اناری، ۲۰۱۰).

یکی از تبعات افسردگی، عود نشانگان افسردگی می باشد، افسردگی یک بیماری جسمی و روحی است. اکثر افراد هر دو علایم جسمی و روحی را دارند، اما ماهیت دقیق این علایم از فردی به فرد دیگر متفاوت است، به عبارتی دیگر افسردگی هم جسم و هم روان انسان را درگیر و مبتلا می کند. اما افراد ترکیبی متفاوت از این علایم را با خود دارند. وجود اختلال افسردگی یا حتی وجود تنها چند علامت از علایم افسردگی، منجر به کاهش معناداری در عملکرد جسمی یا شغلی، کاهش فعالیت های روزانه، در بستر ماندن و وضعیت سلامتی ضعیف می شود (گولدنی؛ فیشر؛ دال گراند و همکاران، ۲۰۰۴). افسردگی حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی ارزشی، کناره گیری از دیگران، کاهش خواب و اشتها و نیز فقدان علاقه به فعالیت های روزمره مشخص می شود. ناامیدی و غمگینی دو مشخصه اصلی افسردگی هستند. فرد افسرده رکود بسیار شدیدی را در فعالیت ها و علایقش احساس می کند و در شروع فعالیت ها و تصمیم گیری با دشواری مواجه می شود، نمی تواند به چیزی علاقه مند شود و در احساس بی کفایتی و بی ارزشی غوطه ور می شود (یوهاننیز، ۲۰۱۶). در حالت افسردگی خفیف، فرد به نشخوارفکری درباره موضوعات منفی می پردازد، احساس ملال، تحریک پذیری و عصبانیت می کند و دائما نیازمند اطمینان جویی از دیگران است (بیورز؛ میلر؛ کیت نر و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از تبعات افسردگی برانگیختگی یا کاهش بازده های هیجانی از جمله کاهش عاطفه مثبت و افزایش عاطفه منفی است. عواطف، بخشی اساسی از نظام پویای شخصیت آدمی است. ویژگی ها و تغییرات عواطف، چگونگی برقراری ارتباط عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران، نقش مهمی در رشد، سازمان شخصیت، تحول اخلاقی، روابط اجتماعی، شکل گیری هویت و مفهوم خود دارد (لطف آبادی، ۲۰۰۱). عاطفه یکی از جنبه های رفتار انسان است که نقش مهمی در زندگی انسان ها

دارد، بدون عواطف زندگی بشر تقریباً خسته کننده و بی معنی می شود، انسان از طریق همین عواطف است که دنیا را پر از معنی و سرشار از احساسات در می یابد. عاطفه مثبت و منفی که به صورت واکنش های درحال نوسانی تعریف می شود که به طور مداوم تحت تاثیر طرز تفکر و شناخت فرد قرار دارد (هودسون و پاپ، ۱۹۹۰).

عاطفه و حالات خلقی از متغیرهایی هستند که در بروز اختلال های روانی نقش دارند، به لحاظ ماهیت عاطفه مثبت و منفی دو پدیده به نسبت مستقل و مجزا از یکدیگر هستند. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند، پرنرژی و باروچیه هستند و از زندگی لذت می برند، در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی های مقابله ای پایین با فشار، استرس، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (مارتین، ۲۰۰۳).

عود نشانگان افسردگی و برانگیختگی یا کاهش بازده های هیجانی از جمله برانگیختگی عاطفه منفی و کاهش عاطفه مثبت، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی یکی از چالش های امروزه روان درمانی است و یافتن راهی برای بهبود علائم افسردگی و بازده های هیجانی، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی نیازمند توجه فزون تری می باشد. ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی، یک مداخله درمانی گروهی برای درمان افسردگی است، ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی، یک فرایند درمانی یکپارچه و جدید می باشد که از لحاظ تجربی پشتیبانی می شود و از طریق بی ثبات کردن روایت های افراد دارای نشانگان افسردگی، با استفاده از دو روش کلامی و غیر کلامی مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور معانی جدید را تسهیل می کند، به طور خلاصه ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی، از مداخلات زبانی استفاده می کند و ذهن آگاهی، تنظیم عواطف و روایت ها را ارتقاء می بخشد، در حالی که در روش های مختلف ذهن آگاهی، فرد می تواند از تجربه لحظه به لحظه آگاهی کسب کند و در روایت درمانی گروهی رابطه ای تاریخی، شخصی، فرهنگی و اجتماعی را در روابط برجسته سازد. ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی فرصت های بسیاری را برای افراد فراهم می کند تا مهارت های مختلفی را در یک فضای آرام و حمایتی امتحان کنند و با ادغام شیوه های اصلی ذهن آگاهی و روایت درمانی در جلسات درمانی می تواند تعادل بین توجه و عاطفه را تقویت کرده و دانش و مهارت هایی را برای کار با احساسات، افکار و اعمال ایجاد کند. ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی به عنوان فعالیت مرتبط با استراتژی روان شناختی متمرکز توسط انجمن

مددکاران اجتماعی استرالیا تأیید شده است. درمانگر در جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی با استفاده از شوخ طبعی، نرمی و دلسوزی فضای فوق العاده‌ای را برای کشف دانش و مهارت‌های جدید فراهم می‌آورد (رودریگوزوگا؛ بایون‌پریزو همکاران، ۲۰۱۴).

بررسی پیشینه تحقیق به مطالعه‌ای که به‌طور خاص به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود علائم افسردگی و بهبود بازده‌های هیجانی، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی پرداخته باشد، دست نیافت. اما در سایر گروه‌ها مطالعاتی صورت گرفته است. عزیزی؛ یوسفی‌افراشته؛ مروتی و الهی (۱۳۹۷)، در پژوهش خود نشان دادند ذهن آگاهی موجب افزایش عاطفه مثبت و پیچیدگی عاطفی و کاهش عاطفه منفی می‌شود (عزیزی؛ یوسفی‌افراشته همکاران، ۲۰۱۸)، مشاوره و لطیفی (۱۳۹۷)، در پژوهش خود نشان دادند روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس در همسران معتادین تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد تأثیر معناداری دارد (مشاوره و لطیفی، ۲۰۱۸). (لوپز، گانچالویز، ماچادو، سینایی، بنتو و سالگادو (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روایت درمانی گروهی بر ترغیب گفتگو درباره افسردگی و بیماری‌های دیگر مؤثر می‌باشد (لوپز، گانچالویز، ماچادو و همکاران، ۲۰۱۴)، ایدوسهان، سویکا، دندلی و آلبنی، (۲۰۱۵)، در پژوهش خود نشان دادند درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب دارای معلولیت‌های ذهنی مؤثر است (ایدوسهان، سویکا، دندلی و همکاران، ۲۰۱۵) در پژوهشی رودریگوزوگا، بایون‌پریزو، پائولوترور و فرناندزلیرا (۲۰۱۴)، نشان دادند ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر افسردگی افراد مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشد (رودریگوزوگا و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال بود که آیا ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود علائم افسردگی و بازده‌های هیجانی (عاطفه مثبت و عاطفه)، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی مؤثر است؟

روش

این پژوهش از نوع، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه مورد پژوهش، دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی ساکن در شهر تبریز در سال ۱۳۹۸، بودند که اختلالات روان‌شناختی دیگر و مصرف داروهای ضدافسردگی نداشتند و حاضر به همکاری بودند. از این جامعه، ۴۰ نفر، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و

کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌های افسردگی بک و مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاناس مورد ارزیابی قرار گرفتند.

سیاهه افسردگی بک، در سال در سال ۱۹۸۷ برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شد (مارنات، ۲۰۱۷). 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 خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش علائق جنسی. ثبات درونی این ابزار در مطالعه بک، استیر و بران، 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 ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه‌سازی را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده است (فتحی آشتیانی، ۲۰۱۹).

مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاناس توسط واتسون، کلارک و تلگن (۱۹۸۸) ساخته و شامل ۱۰ آیتم برای هر یک از خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی است. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) می‌باشد. واتسون و همکاران، ضرایب همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی، ۰/۸۷ و پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله ۸ هفته برای عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش واتسون و همکاران، همبستگی عاطفه مثبت با افسردگی ۰/۵۶ و همبستگی عاطفه منفی با افسردگی ۰/۳۵- به دست آمده است (واتسون و کلارک، ۱۹۸۸). در پژوهشی که بخشی پور و دژکام در مورد یک نمونه دانشجویی مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی انجام دادند، ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو خرده مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد (بخشی پور و دژکام، ۲۰۰۵).

شیوه اجرا

پروتکل ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر گرفته از رویکرد کابات زین، وایت و اپستون و براساس کتاب‌های ذهن‌آگاهی و روایت‌درمانی و با اصلاح و تایید استاد راهنما، در گروه آزمایش هر

هفته در یک جلسه ۲ ساعته اجرا شد. ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی، به مدت ۱۶ جلسه اجرا شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کورایانس یک راهه و آزمون تحلیل کورایانس چندمتغیری استفاده شد. برای این منظور ابتدا مفروضه‌های این روش شامل نرمال بودن متغیرهای همپراش و وابسته در گروه‌های کنترل و آزمایش، همگن بودن واریانس خطاهای گروه‌های کنترل و آزمایش متغیر وابسته، خطی بودن رابطه‌ی بین متغیر وابسته و متغیر همپراش در گروه‌های کنترل و آزمایش و همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیر همپراش بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها و انجام تحلیل واریانس با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS اجرا شد.

یافته‌ها

مولفه‌های توصیفی متغیرها در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		sd	M	sd	M
افسردگی	آزمایش	۲۰	۱۴/۱۵	۲/۶۴	۵
	کنترل	۲۰	۱۷/۱۵	۴/۶۵	۱۴/۶۰
عاطفه مثبت	آزمایش	۲۰	۱۸/۴۰	۲/۸۷	۳۷/۰۵
	کنترل	۲۰	۲۱/۳۰	۲/۴۷	۲۲/۲۵
عاطفه منفی	آزمایش	۲۰	۳۶/۶۵	۳/۸۶	۱۶/۹۵
	کنترل	۲۰	۳۴/۱۵	۴/۵۹	۳۳/۰۵

خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای نمرات افسردگی

منبع تغییر	SS	df	MS	آماره F	Sig	مجدور تا
گروه	۴۲۸/۶۷	۱	۴۲۸/۶۷	۶۵/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
خطا	۲۴۲/۲۳	۳۷	۶/۵۵			

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که مقدار آماره F برای متغیر مستقل (گروه) برابر $۶۵/۴۷۸$ و مقدار Sig آن برابر $۰/۰۰۱$ است. چون مقدار Sig کمتر از $۰/۰۱$ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در سطح افسردگی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. در بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس نمرات متغیر دوم، مشخص شد که دو مفروضه‌ی مهم خطی بودن و همگنی شیب‌های خطوط رگرسیون برای عاطفه‌ی منفی برقرار نیست؛ لذا شرایط استفاده از این روش وجود ندارد. به همین دلیل، برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای نمرات افتراقی (تفاوت بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون) استفاده شد. خلاصه نتیجه MANOVA در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی برای عاطفه منفی

اثر	مقدار اثر پیلایی	F	df1	df2	Sig.	η^2
عرض از مبدا	۰/۹۶۴	۴۹۴/۵۸	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴
گروه	۰/۹۵۶	۴۰۱/۴۱	۲	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶

با توجه به نتایج جدول فوق، چون مقدار احتمال مربوط به اثر پیلایی در سطر گروه برابر $۰/۰۰۱$ بوده و این مقدار کوچکتر از $۰/۰۱$ است؛ بنابراین در سطح معنی‌داری $۰/۰۱$ می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب خطی متغیرهای «عاطفه‌ی مثبت» و «عاطفه‌ی منفی» در گروه‌های کنترل و آزمایش به طور معناداری متفاوت است ($P < ۰/۰۱$ و $F = ۴۰۱/۴۱$ و $\eta^2 = ۰/۹۵۶$). برای بررسی اینکه آیا بین گروه‌های کنترل و آزمایش در هر دو مؤلفه‌ی «عاطفه» تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا نه؟ نتایج آزمون لون نشان داد چون مقدار معناداری برای هر دو متغیر «عاطفه‌ی مثبت» و «عاطفه‌ی منفی» بزرگتر از $۰/۰۵$ است؛ لذا فرض برابری واریانس برای این متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل برقرار است. نتایج حاصل از آزمون‌های اثرات بین‌گروهی برای مؤلفه‌های «عاطفه» در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین‌گروهی برای فرضیه چهارم

منبع	متغیرهای وابسته	SS	df	MS	F	Sig	η^2
گروه	عاطفه‌ی مثبت	۳۱۳۲/۹۰	۱	۳۱۳۲/۹۰	۷۰۲/۳۶۱	۰/۰۰۰	۰/۹۴۹
	عاطفه‌ی منفی	۳۴۵۹/۶۰	۱	۳۴۵۹/۶۰	۳۰۴/۳۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸۹
خطا	عاطفه‌ی مثبت	۱۶۹/۵۰	۳۸	۴/۴۶۱			
	عاطفه‌ی منفی	۴۳۲	۳۸	۱۱/۳۶۸			

به خاطر اینکه تعدادی از تحلیل‌های جداگانه در این جدول مشاهده می‌کنیم، یک سطح آلفای بالاتر را برای کاهش احتمال خطای نوع اول (یعنی یافتن نتایج معنی‌دار هنگامی که واقعا چنین تفاوتی وجود ندارد) انتخاب می‌کنیم. رایج‌ترین راه انجام چنین کاری استفاده از تعدیل بن فرونی است. در ساده‌ترین شکل، این روش شامل تقسیم سطح آلفای اصلی خودمان (۰/۰۵) به تعداد تحلیل‌هایی است که تمایل به انجام آن داریم (تباچینک و فیدل، ۲۰۰۷، ص ۲۷۰). در این مورد ما دو متغیر وابسته برای بررسی داشتیم. بنابراین ۰/۰۵ را بر ۲ تقسیم خواهیم کرد تا سطح آلفای جدید (۰/۰۲۵) به دست آید. هنگامی که مقدار Sig کمتر از ۰/۰۲۵ باشد؛ نتایج را معنی‌دار در نظر خواهیم گرفت. در جدول ۴-۲۷ به ردیف «گروه» نگاه می‌کنیم. چون مقدار احتمال (Sig) برای هر دو متغیر «عاطفه‌ی مثبت» و «عاطفه‌ی منفی» کمتر از ۰/۰۲۵ است؛ لذا بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای عاطفه‌ی مثبت ($P < 0.01$ و $F = 7.02/3.61$ و $\eta^2 = 0.949$) و عاطفه‌ی منفی ($P < 0.01$ و $F = 3.04/3.17$ و $\eta^2 = 0.889$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی در دانش‌آموزان بود. یافته‌ها نشان داد بین میزان نمرات علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی پس از اجرای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های عزیزی، یوسفی‌افراشته، مروتی و الهی (۱۳۹۷)، مشاوری و لطیفی (۱۳۹۷)، لویز، گانچالویز، ماچادو، سینایی، بنتو و سالگادو (۲۰۱۴)، ایدوسهان، سویکا، دندلی و آلبنی (۲۰۱۵) و رودریگوزوگا، بایون‌پریز، پائولوترور و فرناندزلیرا (۲۰۱۴)، مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود علایم افسردگی و بازده‌های هیجانی (عاطفه مثبت و عاطفه منفی) در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی همسو است. در تبیین نتایج می‌توان گفت مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی منجر به پرورش روح درمانگری در، من 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 گردد. 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 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 علائم افسردگی و بازدهی هیجانی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی توجیه کرد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی از طریق بی‌ثبات کردن روایت‌های افراد دارای نشانگان افسردگی، با استفاده از دو روش کلامی و غیر کلامی مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور معانی جدید را تسهیل کند، طبق یافته‌های پژوهش حاضر مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت‌درمانی گروهی یک راهبرد مؤثر و پیشگیرانه برای بر بهبود بازدهی شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی است.

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 علائم افسردگی و بازدهی هیجانی 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 مواجهه 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 می‌گردد در تحقیقات تکمیلی بعدی هم‌سازی‌های دقیق‌تری بر روی گروه کنترل و آزمایش انجام گیرد تا اثر متغیرهای مزاحم جمعیت شناختی تعدیل گردد.

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود، نویسندگان از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و کلیه دانش‌آموزان عزیزی که در اجرای این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Abdollahian A. (2001). Depression in school-age children in Mashhad. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences.*; 1:1-7.(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 (Persian).
- Azizi, R., Yousefia Afrashteh, M., Marwati, Z., & Elahi, T. (2018). The effect of mindfulness training on positive and negative emotions and emotional complexity. *Journal of Applied Psychological Research*, 9 (1): 39-58,(Persian).
- Bakhshipour, A & Dejkam, M. (2005). Confirmatory factor analysis of positive and negative emotion scales. *Journal of Psychology*, 36: 365-351, (Persian).
- Beck, A. T., Steer, R. & Brown, G.K. (2000). *Beck Depression inventory* (2nded). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beeverse, G., Miller, W., Keitner, I., & Pyan, C. (2003). Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 488-496.
- Fathi Ashtiani, A. (2019). *Psychological tests, personality assessment and mental health*. Tehran: Besat Publications, (Persian).
- Goldney, R. D., Fisher, I. J., Dal Grandy, E & Taylor, A. W. (2004). Sub syndrome depression prevalence use of health services and quality of life in Australian population. *Social Psychiatric Epidemiology*, 599(4), 295-298.
- Hashemi Nazari, S, S., Khosravi, J.I, Faqihzadeh, S., & Etemadzadeh, S, H. (2006). Evaluation of mental health among firefighters using GHQ-28 questionnaire, 2004. *Hakim Quarterly*. 10 (2): 64-56, (Persian).
- Hudson JI, Pope HG Jr. (1990). Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry*; 147(5): 552-564.
- Idusohan-Moizer., H, awake, A, Dendle, J & Albany, .M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*; 59(2): 93-104.
- 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.
- Lotfabadi, H. (2001). *Adolescents' emotions and identity*. Tehran: Third Generation Publications, (Persian).
- Lopes, R, T., Goncalves, M, M., Machado, P, P., Sinai, D., Bento, T & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive – Behavioral Therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*. 24(6), 662-674.
- Marnat, G, 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 , (Persian).
- Martin B. (2003). The influence of gender on Mood effects in advertising. *Psychology and Marketing*; 20(3): 249-273.
- Mehryar, A, H. (2006). *Perceptual depression and cognitive therapy*. Tehran: Roshd Publications , (Persian).
- Moshaveri, M & Latifi, Z. (2018). The Effectiveness of Narrative Therapy on Generalized Anxiety and Coping Skills of Addicted Spouses Treated in Addiction Treatment Clinics. *Special I*. 48 (12): 103-118 , (Persian).
- Prochaska, J & Norcross, J.(2019). *Theories of psychotherapy*. Translation: Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan Publications, 22nd edition, (Persian).
- Rodríguez Vega, B, Bayón Pérez, C, PalaoTarrero, A & Fernández Liria, A. (2014). Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients, *Clin. Psychol. Psych other*. 21, 411 –419.
- Segal, ZV, Williams, JM, & Teasdale JD. (2012). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Tahmasyan K, Anari A. (2010). The relationship between selfefficacy and depression in adolescents. *Journal of Applied Psychology*: 1 (9):93-83 . (Persian).
- Teasdal, JD, Segal, Z., Williams, Jm., Ridgeway, VA, & Soulsby, JM. (2000). Prevention of relapse \ recurrence in major Depression by mindfulness based on cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*; (68): 615-23.
- Watson, D, & Clark, L. A. (1998). *Extraversion and its positive emotional core*, *Handbook of personality psychology*. Santiago: Academic Publication.
- White, M. (2005). *Narrative practice and exotic lives*: Resurrecting diversity in everyday life. Adelaide: Dawlish Centre Publications.
- Yohannes, A. (2016). Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research*, 90(2), 82-96.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.57-66, 2020

The Effectiveness of Mindfulness Based on Narrative Group Therapy on Improving Depressive Symptoms and Emotional Outcomes in Students with Depressive Syndrome

Changizi, Fereshte¹, Azemode, Masoume², Livarjani, Shole³
& Vahedi, Shahram⁴

Received: 2020/04/05

Accepted: 2020/08/09

Depression in children and adolescents due to disrupting various social, educational, professional, functions and etc, its prevalence is an issue that needs serious attention. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness based on narrative group therapy intervention program on improving depressive symptoms and emotional outcomes in students with depressive syndrome. For this purpose, during a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group, 40 students with depressive symptoms, living in Tabriz, were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two groups of 20, tested and controlled. Subjects' depressive symptoms and emotional outcomes were assessed before and after the intervention. Mindfulness based on narrative group therapy intervention was performed on the experimental group in 16 sessions. The control group did not receive any intervention. The results of analysis of ANOVA showed that the process of intervention sessions of mindfulness program based on group narrative therapy improved depressive symptoms and emotional outcomes in students with depressive syndrome in the experimental group compared to the control group. According to the results of this study, a mindfulness based on narrative group therapy intervention program can be used as an effective intervention program to improve depressive symptoms and emotional outcomes in students with depressive syndrome.

Keywords: Depression, Emotional efficiencies, Mindfulness based on narrative therapy.

1. Dept. of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
(Corresponding Author). mas_azemod@iaut.ac.ir

3. Dept. of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

4. Dept. of Psychology, Tabriz Branch, Tabriz University, Tabriz, Iran