

ISSN (Online): 2783-4255

Research Paper

A Comparison of the Effectiveness of Mindful Acceptance of Self Therapy and Positive Psychotherapy on Perceived Stress of Female Students with Depression

Azar Kazemi

Ph.D. of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Mohsen Golparvar

Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Hamid Atashpour

Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Received: 1400/02/17

Accepted: 1400/04/24

PP: 87-100

Keywords:

Mindful acceptance of self-therapy,
Positive psychotherapy,
Perceived stress,
Depression.

Abstract

This study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindful acceptance of self-therapy and positive psychotherapy on perceived stress of female students with depression. The study was semi-experimental and research design was three groups with three stages of pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of the study was depressed female students in Isfahan city in the fall of 2019. From the mentioned statistical population, 54 female students were selected purposefully based on the inclusion criteria, and then 18 people were randomly assigned in two experimental-groups and one control group. Cohen et al.'s perceived stress scale (1983) was used to measure dependent variable in pre-test, post-test and follow-up. The experimental groups received mindful acceptance of self-therapy and positive psychotherapy during ten 90-minute sessions. The data was analyzed through repeated measure variance analysis and Bonferroni post hoc test. The results showed that there was a significant difference in perceived stress between mindful acceptance of self-therapy and positive psychotherapy with the control group in post-test and follow-up ($p < 0.01$). There was no significant difference between the two treatments in perceived stress ($p > 0.05$). Given that both mindful acceptance of self-therapy and positive psychotherapy are effective treatments for reducing perceived stress in female students, these two therapies can reduce the symptoms associated with depression that result from perceived stress.

Corresponding Author: Mohsen Golparvar**Address:** Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.**Email:** drmgolparvar@gmail.com

شاپا الکترونیکی: 4255-2783

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر بر استرس ادراک شده در دانش آموزان دختر دارای افسردگی

آذر کاظمی

دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

محسن گل پرور

دانشیار گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

حمید آتش پور

دانشیار گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود با روان درمانی مثبت نگر بر استرس ادراک شده دانش آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی سه گروهی با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش، دختران دانش آموز افسرده در شهر اصفهان در پاییز 1398 بودند. از جامعه آماری مورد اشاره، 54 نفر به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک های ورود، انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه 18 نفر جایگزین شدند. از پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (1983) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. شرکت کنندگان دو گروه آزمایش، طی ده جلسه نود دقیقه ای، تحت درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد در استرس ادراک شده بین درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر با گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). بین دو درمان تفاوت معناداری در استرس ادراک شده به دست نیامد ($p > 0/05$). با توجه به اینکه هر دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر روش های درمانی مؤثر جهت کاهش استرس ادراک شده در دانش آموزان دختر هستند، از طریق این دو درمان می توان نشانه های مرتبط با افسردگی را که ناشی از تجربه استرس ادراک شده هستند، کاهش داد.

تاریخ دریافت: 1400/02/17

تاریخ پذیرش: 1400/04/24

شماره صفحات: 87-100

واژه های کلیدی:

درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود،
روان درمانی مثبت نگر،
استرس ادراک شده،
افسردگی.

نویسنده مسئول: محسن گل پرور

نشانی: دانشیار گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

پست الکترونیکی: drmgolparvar@gmail.com

استفاده از همین راهبردهای معطوف به ظرفیت‌های خود، پذیرش خود با افسردگی (Brooks et al, 2021) و استرس ادراک شده (Casey et al, 2007) دارای رابطه منفی است. پیوندها و تأثیر و تأثرات استرس ادراک شده با افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی، به ویژه با توجه به بسترهای مطرح در نوجوانان برای ابتلا به افسردگی (Pössel & Smith, 2020)، تاکنون تلاش‌های زیادی برای استفاده از درمان‌های مختلف و بالاصح درمان‌های نوین برای یاری نوجوانان صورت پذیرفته است. از میان درمان‌های مختلف، رویکردهای نوظهور حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر از جمله درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر با هدف قرار دادن غیر مستقیم استرس ادراک شده می‌توانند بر کاهش افسردگی تأثیر بگذارند (Pietrowsky & Mikutta, 2012).

درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود¹ (MAST) درمانی مبتنی بر ترکیب فنون درمانی ذهن آگاهی و پذیرش خود و متمرکز بر فنون درمانی عدم قضاوت در باره خود در گذشته، حال و آینده بدون توجه به ارزیابی‌های مثبت یا منفی است (Kazemi, Golparvar & Atashpour, 2020). قرار گرفتن پذیرش خود در کنار ذهن آگاهی در درمان پذیرش خود ذهن آگاهانه، افزوده شدن یک مؤلفه مهم از عملکرد مثبت در کنار ظرفیت‌های مطرح در ذهن آگاهی است. دلیل این امر آن است که پژوهش‌های گذشته نشان داده که علاوه بر ذهن آگاهی، پذیرش خود با سلامت روان‌شناختی و سازگاری دارای رابطه مثبت و در مقابل با کاهش اضطراب و افسردگی دارای رابطه منفی است (Flett et al, 2003; Casey et al, 2007). در واقع فردی که در ارزیابی به پذیرش خود قابل قبولی رسیده است چندان نیازمند جلب توجه نیست و منابع فردی قابل توجهی را صرف خود بزرگ بینی به منظور جبران نقایص فردی ادراک شده خود نمی‌کند (Ellis, 2005; Carson & Langer, 2006). در عین حال پذیرش خود مانعی در برابر تجربه احساس شرم، وحشت‌زدگی و خشم، و در مقابل، تسهیل‌کننده افزایش سطح تاب‌آوری است (Graham, 2016). علاوه بر کارکردهای معطوف به بهزیستی و سلامت روان برای پذیرش خود، مداخلات ذهن آگاهی خود به صورت متقابل عامل ارتقای پذیرش خود هستند (Cohen- et al, 2004). شواهد پژوهشی کنونی حاکی از آن است که با تسهیل پذیرش خود از طریق فنون ذهن آگاهی، پذیرش خود نیز به نوبه خود موجب ارتقای هیجانات مثبت (Xiao et al, 2017) و کاهش استرس ادراک شده (Khosravi & Ghorbani, 2016) می‌شود. بر همین اساس می‌توان گفت که پذیرش خود می‌تواند

استرس در نوجوانان، مانند دیگر گروه‌ها یکی از پدیده‌های رایج است که در اثر چگونگی تعامل فرد با محیط اتفاق می‌افتد (Bergdahl & Bergdahl, 2002). در تعریفی ساده می‌توان گفت که استرس، ادراک فرد از تغییرات در محیط پیرامون است که فراتر از توانایی انطباق وی در زمان مواجهه با تغییرات مورد اشاره و یا پس از آن است (Haidar et al, 2012; Al Kalaldehy & Abu Shosha, 2017). مواجهه با استرس پیوسته، علایم و نشانه‌های مختلفی را پدید می‌آورد. در نوجوانان افزایش استرس ممکن است خستگی، احساس گناه، خلق افسرده، عدم رضایت، احساس شکست، تحریک پذیری و دیگر نشانه‌های مرتبط با افسردگی را ایجاد کند (Choi & Dancy, 2009). از میان روابط استرس ادراک شده با متغیرهای مختلف، رابطه این پدیده با افسردگی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، چرا که ممکن است در اثر استرس، فرد با مشکلات خلقی و افسردگی فزاینده نیز درگیر و از این طریق در یک چرخه معیوب آسیب هر چه بیشتر کارکردهای اجتماعی و روان‌شناختی گرفتار شود (Lindholdt et al, 2021). در توضیح رابطه استرس با افسردگی می‌توان بیان نمود که هر شرایط غیرقابل کنترل و تهدیدکننده زندگی نوعی درک اختصاصی مرتبط با رویداد ایجاد می‌کند، سپس این فشار خاص نوعی ادراک تعمیم یافته از استرس را افزایش داده و در نهایت تغییر در ادراک کلی از کنترل و واکنش هیجانی منفی مرتبط، بر افسردگی تأثیر می‌گذارد (Ghorbani et al, 2008). در حمایت از این ادعا، مطالعات قبلی نشان داده که بین استرس ادراک شده با افسردگی به طور مستقیم و غیرمستقیم رابطه مثبت وجود دارد (Liu & Alloy, 2012; Liu et al, 2019, 2016 & 2017).

علاوه بر رابطه بین استرس ادراک شده با افسردگی، استرس توان بالقوه بالایی دارد تا مؤلفه‌های مختلف بهزیستی روان‌شناختی از جمله پذیرش خود را نیز تحت تأثیر قرار دهد (Anand & Nagle, 2016). پذیرش خود آگاهی و شناخت نسبت به نقاط قوت و ضعف خود همراه با اتخاذ دیدگاهی پذیرنده و غیرخودشکانه نسبت به کلیت وجودی خود را می‌گویند (Carson & Langer, 2006). افراد دارای پذیرش خود بالا در شکست و در مواجهه با موانع مختلف، به جای سرزنش و تحقیر خود که می‌تواند منجر به تضعیف اعتماد به نفس آنها و به تبع، موجب آسیب‌پذیری بیشتر آنها شود، سعی می‌کنند تا از تمامی ظرفیت‌های خود برای غلبه بر موانع و یادگیری از تلخ‌کامی‌ها و شکست‌ها بهره ببرند (Casey et al, 2007). به واسطه

¹ MAST: Mindful Acceptance of Self

را از فردی با دیدگاه مقتدرانه برای تشخیص عیوب به فردی که فعالانه رشد، تاب‌آوری و بهزیستی را تسهیل می‌کند، گسترش می‌دهد (Rashid & Seligman, 2018). شواهد در دسترس حاکی از آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر، روشی موثر برای بهبود سلامت روانی است (Guo et al, 2017). در حمایت از اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی و استرس ادراک شده، مطالعه Mohamadi و همکاران (2019)، Kalantary، و همکاران (2019)، Nasehi و همکاران (2015) و مطالعه Guo و همکاران (2017) اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر کاهش استرس ادراک شده، و مطالعه Pietrowsky & Mikutta (2015) نیز اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر کاهش افسردگی نشان داده‌اند. فراتر از اثربخشی درمان‌های متمرکز بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش استرس ادراک شده، مطالعه Mohamadi و همکاران (2019) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش استرس ادراک شده به طور معناداری اثربخش‌تر است. در مجموع، پژوهش‌های گذشته تا حدودی از اثربخشی درمان‌های معطوف به ذهن‌آگاهی و درمان مثبت‌نگر برای کاهش استرس ادراک شده حمایت می‌کنند. با این حال در ارزیابی مطالعات انجام شده نکته برجسته این است که در کمتر مطالعه‌ای تاکنون درمان تلفیقی پذیرش ذهن‌آگاهانه خود که هم بعدی از روان‌شناسی مثبت‌نگر و هم بعدی از درمان‌های نوین شناختی-رفتاری را در خود دارد در کنار روان‌درمانی مثبت‌نگر به صورت مقایسه‌ای و رقابتی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مقایسه درمان‌های نوین اعم از درمان‌های تلفیقی نوین و یا درمان‌های غیرتلفیقی نوین با درمان‌های رایج، از این منظر اهمیت دارند که از یک طرف دانشی جدید بر دانش موجود در باب درمان‌های اثربخش با شدت متفاوت و یا حتی درمان‌های غیراثربخش برای تغییر تمرکز درمانی در گروه‌های مختلف درمانجویان به وجود می‌آورند. از طرف دیگر اغلب مطالعات قبلی تمرکز کمی بر نوجوانان دختر دارای علایم افسردگی که تا حد قابل توجهی نیازمند یاری و کمک حرفه‌ای و تخصصی هستند، داشته‌اند. بر همین اساس، با توجه به این که هیچ یک از مطالعات قبلی تأثیر درمان پذیرش ذهن‌آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر استرس ادراک شده در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی بررسی و پیگیری نکرده‌اند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش ذهن‌آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد. فرضیه‌های پژوهش نیز به شرح ذیل بوده است:

مکانیسمی در کنار و یا در دل ذهن‌آگاهی باشد که خوشی و سعادت را افزایش می‌دهد (Ivtzan & Lomas, 2016). بر همین اساس درمان تلفیقی پذیرش خود ذهن‌آگاهانه با تمرکز بر فرآیندهای تأمل و توجه در زمان حال، سپس در صورت لزوم بازگشتی‌هایی بخش به گذشته و تأمل مبتنی بر پذیرش خود در آن، سپس نظارت و اصلاح رفتار، دیدگاه و گزینه‌های انتخابی ممکن برای خود، با هدف کمک به افراد برای انتخاب تجربیاتی آگاهانه همراه با رفتارهای مقابله‌مبتنی بر پذیرش نقاط قوت و ضعف خود صورت بندی شده است (Kazemi, Golparvar, & Atashpour, 2020; Graham, 2016). پژوهشی در خصوص اثربخشی درمان پذیرش ذهن‌آگاهانه خود بر استرس ادراک شده در مطالعاتی نظیر مطالعه Kazemi و همکاران (2020) در خصوص اثربخشی درمان پذیرش خود ذهن‌آگاهانه بر سرمایه عاطفی که با استرس ادراک شده دارای رابطه منفی است، در مطالعه Mohamadi و همکاران (2019)، در باره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده، در مطالعه Khosravi & Ghorbani (1395)، در باره اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش ادراک استرس، در مطالعه Edwards و همکاران (2014) و مطالعه Baer و همکاران (2012) در باره اثربخشی تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده ارایه شده است.

در کنار درمان پذیرش خود ذهن‌آگاهانه، روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲ نیز در عمل، براساس روش‌های علمی جهت فهم و استفاده از نقاط قوت انسانی در مسیر شکوفایی هر چه بیشتر طراحی شده است (Seligman, Rashid & Parks, 2006). در عین حال، روان‌درمانی مثبت‌نگر^۳ یک ابزار درمانی یا بالینی مبتنی بر اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر است که نشانه‌ها را با قوت‌ها، خطرات را با منابع منفی؛ ضعف‌ها را با ارزش‌ها و یأس‌ها را با امیدها به منظور درک پیچیدگی‌های ذاتی تجارب انسان به شکلی متعادل ترکیب کرده است (Rashid & Seligman, 2018). در این درمان، شناخت توانمندی‌های فردی، یادگیری مهارت‌های لازم برای پرورش هیجان‌ات مثبت، تقویت روابط مثبت، لبریز کردن زندگی با معنا و هدف برانگیخته و تقویت می‌شود (D'raven & Pasha-Zaidi, 2014). در واقع هدف نهایی روان‌درمانی مثبت‌نگر کمک به مراجع برای یادگیری مهارت‌های مناسب فردی، قابل کاربرد و عینی برای استفاده بهتر از توانمندی‌ها در جهت تلاش برای سرگرم بودن، رضایت و زندگی معنادار است (Bolier et al, 2013). برای رسیدن به این اهداف، روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش روان‌درمانگر

^۳ PPT: Positive Psychotherapy

^۲ Positive Psychology

مبنی بر کفایت انتخاب 15 نفر برای هر گروه در پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، پس از اجرای مقیاس افسردگی نوجوانان و بررسی معیارهای ورود و خروج و از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. با توجه به ملاک اصلی ورود به پژوهش که داشتن افسردگی در نقطه برش 6 و بالاتر بود از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای ورود علاوه بر کسب نمره 6 در مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر⁴، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، مؤنث بودن، عدم قرار داشتن تحت درمان های موازی روان شناختی یا روان پزشکی، قرار داشتن در دامنه سنی 17 تا 19، و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه درمان، غیبت دو جلسه و یا بیشتر در جلسات درمان و قرار داشتن در دامنه سنی بالاتر یا پایین تر بودند. در نهایت افراد نمونه انتخاب شده به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه 18 نفر) گمارده شدند. سپس گروه های آزمایش طی ده جلسه نود دقیقه ای به صورت گروهی و هر هفته دوبار تحت درمان قرار گرفتند. ویژگی های جمعیت شناختی سه گروه پژوهش در جدول (1) ارایه شده است.

فرضیه های پژوهش

- 1- درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر بر استرس ادراک شده دانش آموزان دختر دارای افسردگی اثربخش هستند.
- 2- اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان درمانی مثبت نگر بر استرس ادراک شده دانش آموزان دختر دارای افسردگی متفاوت است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح پژوهش سه گروهی شامل یک گروه روان درمانی مثبت، یک گروه درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری را 307 نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم در شهر اصفهان در پاییز 1398 تشکیل دادند، که از میان آنها 54 نفر (هر گروه 18 نفر) مطابق با قاعده پیشنهادی Gall, Borg & Gall (2013)

جدول 1- ویژگی های جمعیت شناختی گروه های پژوهش

متغیر	زیرگروه ها	درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود فراوانی (درصد فراوانی)	روان درمانی مثبت فراوانی (درصد فراوانی)	گروه کنترل فراوانی (درصد فراوانی)
سن	17 سال	10 (34%/5)	10 (34%/5)	9 (31%)
	18 سال	8 (32%)	8 (32%)	9 (36%)
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	5 (29%/4)	8 (47%/1)	4 (23%/5)
	دیپلم تا لیسانس	8 (28%/6)	9 (32%/1)	11 (39%/3)
	بالاتر از لیسانس	5 (55%/6)	1 (11%/1)	3 (33%/3)
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	8 (50%)	5 (31%/3)	3 (18%/3)
	دیپلم تا لیسانس	3 (13%/6)	8 (36%/4)	11 (50%)
	بالاتر از لیسانس	7 (43%/8)	5 (31%/3)	4 (25%)
تعداد فرزندان	تک فرزند	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)
	دو فرزند	12 (37%/5)	10 (31%/3)	10 (31%/3)
	سه فرزند	3 (25%)	5 (41%/7)	4 (33%/3)
	بیشتر از 3 فرزند	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)

4 درجه ای 0= کم تا 3= خیلی زیاد است و در تفسیر نمرات، نقطه برش 6 با کارایی دقت تشخیص 92٪ نوجوانان دارای افسردگی را از افراد بدون افسردگی متمایز می سازد. نمره هر فرد پاسخگو در این مقیاس عبارت است از مجموع نمرات وی در تمامی عبارات و نمره گذاری در تمامی عبارات به صورت مستقیم است. تحلیل های آماری در نوجوانان 12 تا 18 ساله مشخص کردند که آزمون Kutcher در مقایسه با دیگر مقیاس های

ابزار گردآوری داده ها

مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر: برای سنجش افسردگی در راستای غربالگری اولیه و ورود به مطالعه اصلی، از مقیاس یازده سوالی Kutcher که در سال 2002 ساخته شد و شامل دو حوزه افسردگی اساسی و خودکشی است، استفاده شد. این مقیاس برای تشخیص افسردگی در آغاز مطالعه، مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس پاسخگویی به این پرسشنامه به صورت لیکرت

⁴ Kutcher adolescent depression scale .

روش اجرا و برنامه مداخله

ابتدا جهت اجرای پژوهش از اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان مجوز لازم دریافت شد. سپس طی یک فراخوان در کلاس‌های پایه دوازدهم رشته تجربی مدارس اصفهان بر مبنای معیارهای ورود و خروج، گروه نمونه مورد نیاز برای انجام پژوهش انتخاب شدند و در نهایت گروه‌های آزمایش تحت برنامه مداخله‌ای مورد نظر قرار گرفتند، اما گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در نهایت پس از دو ماه مرحله پیگیری مجدد با اجرای پرسشنامه استرس ادراک شده برای سه گروه اجرا شد. ملاحظات اخلاقی، از جمله رعایت رازداری کامل برای تک تک شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایتنامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش به طور کامل رعایت شد. در عین حال گروه کنترل در راستای معیارهای اخلاقی توصیه شده در پژوهش‌های علمی، در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های روان‌درمانی مثبت یا درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود قرار گرفتند.

درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود توسط Kazemi و همکاران (2020) طراحی و تدوین شده و علاوه بر این که طی یک مطالعه مقدماتی بر روی 21 نفر از دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی بررسی و اثربخشی آن بر کاهش افسردگی دختران دانش‌آموز تأیید شده، در مطالعه‌ای اثربخشی آن بر سرمایه عاطفی که با افسردگی و استرس ادراک شده دارای رابطه منفی است به عنوان شواهدی از اعتبار این بسته درمانی تأیید شده است. روان‌درمانی مثبت نیز از بسته درمانی Rashid & Seligman (2018) اقتباس و اجرا شده است. روان‌درمانی مثبت نگر نیز به کرات در مطالعات قبلی از نظر اعتبار اثربخشی مورد بررسی قرار گرفته است (Bolier et al, 2013). هر دو درمان طی ده جلسه هفتادوپنج تا نود دقیقه‌ای توسط روان‌شناس دارای ده سال تجربه آموزش و درمان اجرا شده‌اند. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت در دو جدول (2) و (3) ارائه شده است.

سنجش افسردگی بالاترین قدرت تشخیصی را دارا است (LeBlanc et al, 2002). همچنین در مطالعه Brooks, Krulewicz & Kutcher (2003) تأیید شد علاوه بر قدرت تشخیصی بالا، مقیاس حاضر همبستگی بالایی با مقیاس‌های مشابه خود دارد. Gesinde & Sanu (2014) همسانی درونی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برابر با 0/9 و با روش دونیمه‌سازی برابر با 0/78 گزارش کردند. Habibi و همکاران (2015) روایی و پایایی این مقیاس را بر روی 400 دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش ساختار عاملی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی Kutcher برای نوجوانان برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های افسردگی اساسی، عامل فیزیکی و خودکشی به ترتیب برابر با 0/82، 0/79 و 0/83 برآورد شد. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر 0/75 به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده⁵: به منظور سنجش

استرس ادراک شده از نسخه چهارده سؤالی مقیاس استرس ادراک شده Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983) و دارای سه نسخه 4، 10 و 14 ماده‌ای است و برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود، استفاده شد. در این پرسشنامه مقیاس پاسخگویی به سؤالات 5 درجه‌ای لیکرت 0=هرگز تا 4=بسیاری اوقات می‌باشد و عبارات 4-5-6-7-9-10 و 13 به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند (هرگز=4 و بسیاری از اوقات=0). نمره فرد از مجموع نمرات حاصل می‌شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره 56 است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه نمونه 0/84، 0/85 و 0/86 به دست آمده است (Cohen et al, 1983). Ghorbani و همکاران (2002)، به عنوان شواهدی از روایی واگرایی این مقیاس بین استرس ادراک شده و هوش هیجانی رابطه منفی گزارش نموده و آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه آمریکایی برابر با 0/86 و در نمونه ایرانی برابر با 0/81 به دست آوردند. در پژوهش Khosravi & Ghorbani (2016) آلفای کرونباخ برای استرس ادراک شده برابر با 0/81 و در مطالعه حاضر برابر با 0/84 به دست آمد.

⁵ PSS: Perceived Stress Scale

جدول 2- جلسات درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود (MAST)

جلسات درمان	محتوا و توضیح مختصر جلسات
اول	معارفه، بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، آموزش سه مفهوم خود و جدایی افکار از خود با استفاده از تمرین نگرستن به افکار در برابر نگرستن از افکار (گسلش شناختی)، استعاره شطرنج و فعالیت افکار اینجا و قرار دادن آنها آنجا از طریق تصویر سازی ذهنی با هدف حذف نگاه از زاویه افکار و احساسات غمگین و ناراحت کننده آموزش داده شد.
دوم	ذهن آگاهی و مؤلفه جهت گیری به تجربه کنجکاو، گشودگی و بدون قضاوت بودن با استفاده از فعالیت های جریان رودخانه و قرار دادن افکار در آن، مراقبه نشسته و فعالیت ذهن شروع کننده جهت تسهیل پذیرش خود و کاهش ارزیابی منفی با هدف تغییر جهت گیری به تجربه و کاهش قضاوت و ارزیابی نسبت به خود آموزش داده شد.
سوم	تنظیم ارادی توجه (توجه آگاهانه) از طریق مراقبه، اسکن بدن و نوشتن ذهن آگاهانه برای تسهیل پذیرش، همچنین دوست داشتن خود از طریق تمرین آینه و مراقبه عشق- مهربانی (متا) با هدف پذیرش کامل نبودن انسان و طبیعی بودن اشتباهات و معایب آموزش داده شد.
چهارم	نگرش صبورانه همراه با مهربانی و بدون تلاش برای کنترل تجربه با استفاده از فعالیت دادن و گرفتن صبر؟؟ برای پرورش صبر برای خودشان و دیگران، مراقبه دوستی برای پرورش شفقت، همچنین دوست داشتن خود از طریق فعالیت های گذشته خود را رها کنید و عاشق کودک درون خود باشید، با هدف کاهش افکار خودآیند منفی نسبت به خود، آموزش داده شد.
پنجم	توانمندی شناختی از طریق فعالیت های تغییر رفتارها و اهداف جدید، چه اتفاقی برای من می افتد؟، مشوق های یادگیری من، نقطه نظر من، متفاوت در نظر بگیرید و فهرست خود را رتبه بندی کنید، با هدف تقویت توانمندی شناختی و ایجاد خلاقیت، کنجکاو و گشودگی آموزش داده شد.
ششم	توانمندی تعالی با استفاده از فعالیت های زیبایی و برتری چیست؟، خود ایده آل من، نگارش دفترچه شکر گزاری، مراقبه سپاسگزاری، یک لبخند در روز، چرا من اینجا هستم؟ چرا حالا؟ و به چه چیزی باور دارم؟ و پرسشگری سقراطی با هدف افزایش تاب آوری، پذیرش خود و یافتن معنا، آموزش داده شد.
هفتم	توانمندی بین فردی از طریق فعالیت های عشق چیست؟، اعمال روزانه از عشق، با خود مهربان باشید، تشخیص احساس دیگران به همراه یادگیری تشخیص هوش اجتماعی دیگران، با هدف تقویت اهمیت روابط اجتماعی و روش های ابرازعلاقه و اطمینان از ایجاد و حفظ روابط مثبت در زندگی و افزایش عواطف مثبت آموزش داده شد.
هشتم	توانمندی هیجانی با استفاده از فعالیت های نکات برتر مهارت های جسورانه، هفت گام حل مشکل، تمرکز بر امید، مشوق ها و انرژی دهندگان اصلی من، پاسخ های اصیل، و خودبخودگی با استفاده از استعاره لنگر و یادآوری خطا برای بهبود ایجاد حالت هیجانی مثبت، داشتن احساس تسلط فردی، شاد بودن، اضطراب و افسردگی کمتر آموزش داده شد.
نهم	در این جلسه نیز خودبخودگی با نوشتن نامه بخشش و امضای قرارداد بخشش و سپس توانمندی اعتدال با استفاده از فعالیت های چه وقت فروتنی یک فضیلت است، ایجاد توانایی احتیاط، چگونه فکر، احساس و عمل می کنم؟ و راهبردهای مدیریت خشم با هدف یادگیری پذیرش نقایص و دقیق بودن درباره انتخاب ها و کنترل هیجانات و تمایلات خود فرد آموزش داده شد.
دهم	توانمندی عدالت از طریق فعالیت های آزمون خوش بینی، ده قانون برای کار گروهی، آیا عادلانه است؟ و رهبری چیست؟ بارش فکری برای یادگیری خوب عمل کردن به عنوان عضوی از گروه، شانس برابر به همه دادن و سازماندهی فعالیت های گروه آموزش داده شد و پس از یک جمع بندی کلی، آزمون اجرا شد.

جدول 3- جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر (PPT)

جلسات درمان	محتوای جلسات درمان
اول	معرفه انجام شد سپس ساختار مداخله، نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان مشخص شد. فقدان منابع مثبت و تأثیر آن بر افسردگی توصیف شد. معرفی مثبت و چگونگی تأثیر آن بر بهزیستی توضیح داده شد. پس از بیان یک داستان مثبت، از شرکت‌کنندگان خواسته شد، یک معرفی مثبت درباره خود بنویسند.
دوم	داستان معرفی مثبت پیگیری شد و تأثیر آن بر درک خود مورد بحث و تأمل قرار گرفت. این جلسه همچنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که چگونه تمرینات مستمر از پرورش قدردانی از طریق نوشتن تجربیات مثبت و قدردانی از تأثیر سپاسگزاری بر بهزیستی را شروع کنند.
سوم	مفهوم قدردانی دگرگرا توسط یادآوری و نوشتن برای فردی زنده و کسی که در گذشته کاری مثبت انجام داده و هرگز کاملاً مورد تشکر قرار نگرفته است، بیان شد. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد نامه‌ای برای قدردانی بنویسند و در حضور فرد مورد نظر و بدون توضیح اضافی نامه را شخصاً بخوانند.
چهارم	توانمندی‌های منشی و توانمندی خاص ویژگی مثبتی است که می‌تواند از طریق تمرین ایجاد شود و می‌تواند به بهبود و رشد فردی کمک کند، توضیح داده شد و سپس نیمرخ توانمندی‌ها با استفاده از جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف مانند خودگزارشی، سنجش آنلاین، اعضای خانواده و دوستان تدوین گردید.
پنجم	در این جلسه مهارت خرد عملی ارایه شد و استفاده از راهبردهای خرد عملی (جستجوی ویژگی، یافتن روابط، حل تعارض، تأمل و درجه بندی) آموزش داده شد.
ششم	بررسی میان دوره‌ای انجام شد. تکالیف قدردانی که معمولاً بیش از یک جلسه لازم دارد، پیگیری شد. مراجعان برای به اشتراک گذاشتن روزنگار نعمت‌ها و موهبت‌ها و بحث درباره آن تشویق شدند. از شرکت‌کنندگان درباره منافع درمان بازخورد دریافت شد.
هفتم	در این جلسه یادگرفتند خاطرات حل‌نشده یا باز (منفی) و خاتمه یافته یا بسته (مثبت حل‌شده) را یادآوری کنند، بنویسند و پردازش کنند و سپس مهارت‌هایی برای رویارویی با خاطرات باز آموزش داده شد.
هشتم	در این جلسه، بخشش و این که فرآیندی برای تغییر یک رویداد است، تعریف شد، سپس با استفاده از REACH و نوشتن نامه بخشش، بخشیدن آموزش داده شد.
نهم	این جلسه مفهوم زیاده‌خواهی (قصد ایجاد بهترین انتخاب) و قناعت (انجام یک انتخاب کافی) آموزش داده شد، سپس شرکت‌کنندگان حیطه‌ای از زندگی را که در آن زیاده‌خواه یا قانع بودند، کنکاش کردند و برنامه‌ای برای افزایش قناعت آماده کردند.
دهم	این جلسه بر جستجو و پیگیری تلاش‌های معنادار برای کامیابی بیشتر متمرکز بود. داستان معرفی مثبت و تاب‌آوری و تأثیر آن یادآوری شد و سپس خواسته شد، بنویسند، دوست دارند در آینده چگونه به خاطر آورده شوند و چرا، درباره آن تأمل و بحث کنند، خصوصاً بر حسب تأثیرات مثبتی که خواهند داشت، سپس آزمون اجرا شد.

یافته‌های پژوهش

در جدول (4) میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده همراه با آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش ارایه شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 22 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی محاسبه فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای جمعیت‌شناختی، محاسبه میانگین و انحراف معیار برای متغیر استرس ادراک شده و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول 4- میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده به تفکیک سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

سه مرحله زمانی	درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود		گروه روان‌درمانی مثبت		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلک	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلک
پیش‌آزمون	36/16	9/75	0/976	35/27	5/94	0/732
پس‌زمون	27/11	9/88	0/435	22/83	7/68	0/726
پیگیری	24/27	7/94	0/504	26/38	7/53	0/543

برابری واریانس خطا (آماره F لوین به ترتیب برای استرس ادراک شده در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر با 0/182، 0/498 و 0/546) و همگی غیر معنادار بود ($p < 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی جهت بررسی فرض کرویت و آزمون ام باکس جهت برابری واریانس - کواریانس متغیر پژوهش در مراحل آزمایش در جدول (5) ارایه شده است.

چنان‌که در جدول (4) مشاهده می‌شود، تغییرات از مرحله پیش‌آزمون، به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر سه مرحله در هر دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر به گروه کنترل چشمگیرتر است. همچنین آزمون شاپیرو ویلک (به جز مرحله پیگیری در گروه کنترل) نیز غیر معنادار است، علاوه بر بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لوین نیز حاکی از

جدول 5- آزمون کرویت موچلی و نتایج آزمون ام باکس برای همگنی ماتریس واریانس - کواریانس

موچلی W	آماره خی دو	معناداری	گرین هاوز - گیسر	هوینه - فلدت	حد - پایین	آزمون ام باکس	معناداری
0/955	2/301	0/316	0/957	1	0/5	22/11	0/063
						ام باکس F	1/684

فرضیه اول: درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده دانش-آموزان دختر دارای افسردگی اثربخش هستند.

جهت بررسی اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده درون گروهی (زمان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) استرس ادراک شده در جدول (6) ارایه شده است.

مطابق با جدول (5) نتایج آزمون موچلی برای متغیر پژوهش ($W = 0/955$, Machly's $W = 2/301$, $p = 0/316$) معنادار نیست و پیش فرض استقلال نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته رعایت شده است. به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس، از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن حاکی از برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس متغیر پژوهش برای گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود ($p = 0/063$). همچنین سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز حاکی از این است که دست کم از نظر یکی از مراحل، بین استرس ادراک شده در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($0/05 < p < Wilk's \text{Lambada} = 0/554, F = 20/127$).

جدول 6- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استرس ادراک شده برای سه مرحله زمانی

اثرات	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
درون گروهی	زمان	1308/259	2	654/130	19/603	0/000	0/278	1/000
	تعامل زمان با گروه	1680/158	4	420/037	12/588	0/000	0/33	1/000
بین گروهی	خطا	3403/593	102	33/369	-	-	-	-
	گروه	1668/259	2	834/13	6/154	0/004	0/194	0/872
خطا	6912/852	51	135/546	-	-	-	-	-

شده دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی متفاوت است.

جهت بررسی تفاوت اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول (7) نشان‌ارایه شده است.

نتایج جدول (6) نشان می‌دهد اثر زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است ($p < 0/01$)، همچنین در بخش اثرات بین-گروهی نشان می‌دهد که عامل گروه نیز معنادار است ($p < 0/01$). این نشان می‌دهد که حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه پژوهش در استرس ادراک شده تفاوت وجود دارد.

فرضیه دوم: اثربخشی درمان پذیرش ذهن-آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک

جدول 7- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در استرس ادراک شده

زمان	گروه مینا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای معیار	معناداری
پیش از	پذیرش ذهن آگاهانه خود	روان‌درمانی مثبت‌نگر	4/277	0/886	0/433
	پذیرش ذهن آگاهانه خود	گروه کنترل	-9/833	0/886	0/004
پس از	روان‌درمانی مثبت‌نگر	گروه کنترل	-14/111	0/886	0/000
	پذیرش ذهن آگاهانه خود	روان‌درمانی مثبت‌نگر	-2/111	2/639	1/000
پس از پیگیری	پذیرش ذهن آگاهانه خود	گروه کنترل	-11/666	2/639	0/000
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	گروه کنترل	-9/555	2/639	0/002

Kazemi و همکاران (2020) در حوزه اثربخشی درمان پذیرش خود ذهن آگاهانه بر سرمایه عاطفی، Mohamadi و همکاران (2019) در حوزه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، Khosravi & Ghorbani (2016)، در باره اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش ادراک استرس، Edwards و همکاران (2014) و مطالعه Baer و همکاران (2012) در باره اثربخشی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده تا حدودی همسویی نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که گرچه هیچ یک از پژوهش‌های یاد شده بر دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی صورت نگرفته است، اما به طور کلی تأثیرات درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود بر استرس ادراک شده کم‌کم از تأثیر درمان‌های حوزه ذهن آگاهی حمایت کرده و همسویی بین مطالعه حاضر با مطالعات قبلی را انعکاس می‌دهد.

همان‌طور که در جدول (7) دیده می‌شود درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بر متغیر استرس ادراک شده تأثیر معنادار داشته‌اند ($p < 0/01$)، ولی بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اجرا شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش استرس ادراک شده اثربخش هستند. اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود بر استرس ادراک شده در مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهشگرانی چون

رویکرد با تمرکز بر فرآیندهای مثبت ارتباط با خود، دیگران و دنیای پیرامون همراه با تمرکزی که بر تقویت توانمندی‌ها و توانایی‌های افراد دارد، استفاده هر چه بیشتر و مطلوب‌تر از نقاط قوت که در بسیاری موارد کم و به ندرت در زندگی ممکن است مورد توجه و استفاده قرار گیرد، بالاخص در نوجوانان دختر که شاید هنوز به اندازه کافی و لازم در مسیر شناخت خود و ظرفیت‌های مثبت خود حرکت ننموده و تجربه کسب ننموده‌اند، به تدریج و به آرامی تجربه حالات و هیجان‌های مثبت را جایگزین اندوه، غم، شرم و ناامیدی می‌کند (Rashid & Seligman, 2018). اولین دست‌آورد این فرآیند یعنی جایگزین سازی تلاش و تجربه تقویت توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود، کاهش احساس ناتوانی در برابر فشارها و تردیدهایی است که نسبت به خود و دنیای اطراف در نوجوانان وجود دارد (Kazemi et al, 2020). از طرف دیگر، تلاش و تمرکز بر تقویت توانمندی‌های منشی و معنا در روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر در راستای پرورش و افزایش شناخت و استفاده از هیجان‌های مثبت، در کنار ابزار خوش‌بینی، ایجاد قدردانی و پایه‌ریزی مجدد زندگی هدفمند عمل نماید (Bolier et al, 2013). برآیند نهایی چنین روندی، یعنی تقویت ظرفیت و توانایی‌های مثبت وجودی خود در کنار استفاده بهینه‌تر از هدف‌گذاری، معناجویی و هیجان‌های مثبت، امکان استفاده از مقابله کارآمدتر و مؤثرتر با استرس فراهم نموده و در نهایت کاهش استرس ادراک شده را به همراه خواهد داشت.

در مقایسه دو درمان نیز مشخص شد که بین اثربخشی دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش استرس ادراک شده دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه در مطالعه حاضر با نتیجه گزارش شده توسط Mohamadi و همکاران (2019) مینی بر این‌که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به روان-درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده اثربخش‌تر است، همسویی ندارد. این ناهمسویی نتایج به احتمال زیاد مربوط به دو تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه Mohamadi و همکاران (2019) مربوط است. در درجه اول درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دارای این تفاوت است که با افزوده شدن پذیرش خود به درمان ذهن آگاهی (که خود تا حدودی از زمره درمان‌هایی با جهت‌گیری‌های مثبت است)، این درمان از جهاتی ماهیت مثبت‌نگر بیشتری نسبت به درمان ذهن آگاهی صرف به خود گرفته است. بنابراین می‌توان درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود را از زمره درمان‌های تلفیقی که از ترکیب ذهن آگاهی و مثبت‌نگر پدید آمده در نظر گرفت. همین امر در جهاتی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود را به روان‌درمانی

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود بر کاهش استرس ادراک شده می‌توان گفت که پذیرش ذهن آگاهانه خود با ایجاد نگرش مثبت نسبت به خود به عنوان یک کل که متکی بر تأیید و موفقیت فردی نیست (Ellis, 2005) و با ایجاد یک دیدگاه وسیع‌تر به همراه عدم قضاوت و انعطاف پذیری بیشتر نسبت به خود (Graham, 2016) باعث می‌شود تا نوجوان افسرده از سردرگمی نسبت به هویت و وجود خود رهایی یابد. علاوه بر این، درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود، بر کسب آگاهی نسبت به خود از هر دو جنبه نقاط ضعف و قوت و این‌که در بسیاری موارد آن‌چه ما به عنوان نقطه ضعف تلقی می‌کنیم، با تغییر قضاوت و نگاه خود، می‌تواند به نقطه قوت و یا فرصتی برای بهره‌مندی هر چه بیشتر از تمام ظرفیت‌های خود در نظر گرفته شود، تأکید دارد (Kazemi et al, 2020). تغییر قضاوت و نگاه نسبت به خود و توانایی‌های خود، در درجه نخست تمایل به چیزی و کسی متفاوت بودن را در نوجوان تضعیف می‌کند. این یکپارچگی و آگاهی هوشیارانه در کنار پذیرش خود می‌تواند منجر به احساس توانمندی بیشتر شود. احساس توانمندی بیشتر نیز به نوبه خود توان مقابله با استرس را افزایش و به تبع آن، استرس ادراک شده را کاهش خواهد داد. علاوه بر آن وقتی نوجوان به این آگاهی ذهنی و هشیارانه می‌رسد که می‌تواند با پذیرش و استفاده از توانمندی‌های خود، کنترل زندگی خود را در دست داشته باشد، احساس مالکیت بیشتری نسبت به زندگی خود پیدا خواهد کرد و در ادامه این فرآیند احساس مسئولیت‌پذیری شخصی افزایش می‌یابد. در پایان چنین روندی، نوجوان با مسئولیت و تعهد بیشتری نسبت به خود و فشارهایی که تجربه می‌کند واکنش و عکس‌العمل نشان داده و برخورد و مقابله فعال با استرس ادراک شده را به عنوان یک هدف دنبال خواهد کرد. این روند نیز در نهایت به کاهش استرس ادراک شده منتهی خواهد شد.

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش استرس ادراک شده در مطالعه حاضر نیز با نتایج مطالعاتی نظیر مطالعه Mohamadi و همکاران (2019)، Kalantary و همکاران (2019)، Nasehi و همکاران (2015) و مطالعه Guo و همکاران (2017) در حوزه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر کاهش استرس ادراک شده تا حدود زیادی همسویی نشان می‌دهد. همچنین لازم به ذکر است که گرچه هیچ‌یک از پژوهش‌های یاد شده بر دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی صورت نگرفته است، اما به طور کلی تأثیرات روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده در مطالعه حاضر از تأثیر درمان‌های مثبت‌نگر حمایت می‌کنند.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده در دانش‌آموزان دختر افسرده نیز می‌توان گفت که این

توجه به نتایج مورد اشاره، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود تا در مدارس مقطع متوسطه با استفاده از مشاوران مدرسه در کنار غربالگری افسردگی و استرس، دانش‌آموزانی که دارای استرس ادراک شده و افسرده تشخیص داده می‌شوند، به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی برای کمک حرفه‌ای و تخصصی از طریق درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و یا روان‌درمانی مثبت‌نگر معرفی شوند. فراتر از آن پیشنهاد می‌شود تا با برگزاری کارگاه‌های آموزش خانواده در مدارس متوسطه، به تشخیص اولیه افسردگی و استرس ادراک شده به خانواده‌ها آموزش داده شود تا از این طریق امکان هدایت دانش‌آموزان دختر نیازمند کار درمانی به مراکز درمان و مراکز مشاوره تسهیل گردد.

در پایان نیز لازم است تا در تعمیم و تفسیر نتایج به محدودیت‌های پژوهش توجه لازم و کافی بشود. با توجه به این‌که نمونه پژوهش حاضر دختران دانش‌آموز دارای افسردگی پایه دوازدهم بودند، در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان پسر و نمونه‌های دیگر لازم است، احتیاط شود. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از پرسشنامه به شکل خود گزارش‌دهی است. این روش ممکن است در فرآیند سنجش، اطلاعات عمیقی به دست ندهد. با توجه به این موارد پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آینده اثربخشی درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر روی گروه‌هایی به جز دختران افسرده دانش‌آموز، نظیر پسران دانش‌آموز، همراه با استفاده همزمان از پرسشنامه و مصاحبه در سنجش متغیرهای وابسته نظیر استرس ادراک شده و افسردگی برای دستیابی به اطلاعات عمقی مورد توجه قرار گیرد.

References

- Al kalaldehy, M. T., & Abu Shosha, G. M. (2012). Application of the perceived stress scale in health care studies, Ananalysis of literature. *International Journal of Academic Research Part B*, 4(4), 45-50.
- Anand, K., & Nagle, Y. K. (2016). Perceived stress as predictor of psychological well-being among Indian youth. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 211-217.
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Clinical Psychology*, 68(7), 755-765.
- Bergdahl, J., & Bergdahl, M. (2002). Perceived stress in adults: prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population.

مثبت‌نگر نزدیک می‌کند. همین امر ممکن است موجب برابری اثربخشی این دو درمان بر کاهش استرس ادراک شده دختران دانش‌آموز دارای افسردگی شده باشد. نکته دوم این‌که مطالعه Mohamadi و همکاران (2019) بر روی گروه نمونه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و در مقابل نمونه مطالعه حاضر را دختران دانش‌آموز دارای افسردگی تشکیل داده‌اند. از نظر کلی سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله بیماری‌های روان‌تنی است که ماهیت آن با افسردگی متفاوت است. تفاوت دو گروه نمونه مطالعه نیز ممکن است در این ناهم‌سویی نتایج دو مطالعه با یکدیگر نقش ایفا نموده باشد. به هر حال عدم تفاوت در اثربخشی دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر استرس ادراک شده دختران دانش‌آموز دارای افسردگی، نشان می‌دهد که هر یک از این دو درمان از طریق سازوکارها و فنون متفاوت قادر بوده‌اند تا به این دختران دانش‌آموز در کاهش و مدیریت استرس ادراک شده خود کمک کنند. این امر دارای تلویحاتی در حوزه گسترش درمان‌های موزای روان‌شناختی برای افراد افسرده درگیر با استرس ادراک شده است. از جمله این‌که در بسیاری شرایط می‌توان به تناسب رویکرد و جهت‌گیری درمانگران، درمان‌هایی را با اثربخشی برابر، برای مراجعان افسرده درگیر با استرس استفاده نمود.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پذیرش ذهن آگاهانه خود و روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌توانند با تحت تأثیر قرار دادن استرس ادراک شده دانش‌آموزان دختر افسرده، آن‌ها را در غلبه بر استرس خود، یاری و کمک کنند. با

Journal of Stress and Health, 18(5), 235-241.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Heleen Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.

- Brooks, S. J., Krulewicz, S. P., & Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(3), 337-349.

- Brooks, J. R., Madubata, I. J., Jewell, R. D., Ortiz, D. A., & Walker, R. L. (2021). Depression and suicide ideation: The role of self-acceptance for black young adults. *Journal of Black Psychology (In Press)*.

- Carson, S. H., & Langer, E. J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 29-43.
- Casey, L. J., VanRooy, K. M., Sutherland, S. J., & Jenkins, S. M. (2007). Improved self-acceptance, quality of life, and stress level from participation in a worksite Yoga foundations program: A pilot study. *International Journal of Yoga Therapy*, 28(1), 15-21.
- Choi, H., & Dancy, B. L. (2009). Korean American adolescents' and their parents' perceptions of acculturative stress. *Journal of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 203-210.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S.H. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302-308.
- D'raven, L. L., & Pasha-Zaidi, N. (2014). Positive psychology interventions: a review for counseling practitioners interventions. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*, 48(4), 383-408.
- Edwards, M., Adams, E. M., Waldo, M., Hadfield, O. D., Gina M., & Biegel, G. (2014). Effects of a mindfulness group on Latino adolescent students: Examining levels of perceived stress, mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms. *The Journal for Specialists in Group Work*, 39(2), 145-163.
- Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(2), 153-168.
- Flett, L. G., Besser, A., Davis, R., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism unconditional self-acceptance and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(2), 119-138.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (2013). Educational research: An introduction. Oregon: Pearson Inc, 2013: 778p
- Gesinde, A. M., & Sanu, O. J. (2014). Prevalence and gender difference in self-reported depressive symptomatology among Nigerian university students: Implication for depression counseling. *The Counselor*, 33(2), 129-140.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., & Watson, P. J, Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Ghorbani, N., Krauss, S. W., Watson, P. J., & LeBreton, D. (2008). Relationship of perceived stress with depression: Complete mediation by perceived control and anxiety in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 43(6), 958-968
- Graham, L. (2016). Mindfulness, self-compassion and resilience. *San Diego Psychological Association*, 31(2), 1-5.
- Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J. P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383.
- Habibi, M., Hamedinia, E., Asgarinejad, F., & Kholghi, H. (2015). Psychometric properties of Kutcher adolescent' depression scale. *Applied Research in Educational Psychology*, 2(2), 15-28. [In Persian]
- Haidar, S.A., De Vries, N. K., Karavetian, M., & El-Rassi, R. (2017). Stress, anxiety, and weight gain among university and college students: A systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(2), 261-274.
- Ivtzan, I., & Lomas, T. (2016). Mindfulness in positive psychology: The

science of meditation and wellbeing. New York: Routledge.

- Kalantary, M. R., Donyavi, R., & Rostamian, M. (2019). Effectiveness of positive psychotherapy on perceived stress and the reasons for living in mothers of children with autism. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(180), 86-94. [In Persian]
- Kazemi, A., Golparvar, M., & Atashpour, H. A. (2020). Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression. *Feyz*, 24(2), 198-208. [In Persian]
- Khosravi, E., & Ghorbani, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women. *Feyz*, 20(4), 361-368. [In Persian]
- Lindholdt, L., Labriola, M., Andersen, J. H., Kjeldsen, M.-M. Z., Obel, C., & Lund, T. (2021). Perceived stress among adolescents as a marker for future mental disorders: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*. (In Press)
- LeBlanc, J. C., Almudevar, A., Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: Comparison of the Kutcher adolescent depression scale with the Beck depression inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113-126.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2012). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 582-593.
- Liu, X., Goh, P. H., Xu, W., & Zhang J. (2019). Dispositional mindfulness, perceived stress, and mental well-being in the cancer survivorship. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(4), 10-19.
- Liu, Y., Li, T., Guo, L., Zhang, R., Feng, X., & Liu, K. (2017). The mediating role of

sleep quality on the relationship between perceived stress and depression among the elderly in urban communities: a cross-sectional study. *Public Health*, 149, 21-27.

- Liu, Y., Guo, L., & Liu, K. (2016). Relationship between depression level and perceived stress among the elderly in community: Moderating effect and mediating effect. *Chinese Mental Health Journal*, 30(8), 608-611.
- Mohamadi, J., Ghazanfari, F., & Mir Drikvand, F. (2019). Comparison of the effect of dialectical behavior therapy, mindfulness based cognitive therapy and positive psychotherapy on perceived stress and quality of life in patients with irritable bowel syndrome: A pilot randomized controlled trial. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 565-578.
- Nasehi, S., Rezakhani, S., Shamseddini, S. L., Abbasi, S., Souri, G., & Gholami, Z. (2015). The effectiveness of positive psychotherapy (PPT) on self-efficacy and perceived stress in breast cancer patients. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 5(S2), 763-767.
- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology interventions in depressive patients: a randomized control study. *Psychology*, 3(12), 1067-1073.
- Pössel, P., & Smith, E. J. (2020). Integrating Beck's cognitive theory of depression and the hopelessness model in an adolescent sample. *Abnormal Child Psychology*, 48(3), 435-451.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Xiao, Q., Yue, C., He, W., & Yu, J-y. (2017). The mindful self: A mindfulness-enlightened self-view. *Frontier Psychology: Hypothesis and Theory*, 8(1752), 1-10.