

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی

سیده نرگس صالحی^۱

زهرا افتخار صغادی^{۲*}

محمد رضا برنا^۳

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تاب آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی بود. این پژوهش از حیث هدف، کاربردی؛ از جهت گردآوری داده‌ها میدانی و روش تحقیق تجربی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه دوم با افسردگی غیر بالینی شهر اهواز که در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ مشغول تحصیل بودند که از بین آنها نمونه‌ای مشتمل بر ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب گردید. گروه‌های آزمایش و گواه به روش تصادفی معادل شدند. درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر اساس مداخله تنظیمی برگرفته از کتاب درمان شناختی رفتاری مثبت نگر (بن نینک، ۲۰۱۴) طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و پروتکل آموزش تنظیم شناختی هیجان گراس در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به ترتیب در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ انجام شد و گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶)، مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲) جمع آوری و با استفاده از تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) و چند متغیری (مانکوا)، در نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون از نظر خودکارآمدی و تاب آوری تفاوت معنی‌داری داشتند ($P > 0/001$). یعنی، درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان باعث افزایش تاب آوری و خودکارآمدی در دانش آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی شد. همچنین، نمرات درمان شناختی رفتاری مثبت نگر در هر دو متغیر در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به طور معناداری بیشتر بود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری مثبت نگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکارآمدی، دانش آموزان، افسردگی غیربالینی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران student.59@yahoo.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران etkgharsaadi@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران bornamohammad1349@yahoo.com

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ با نشانه‌هایی چون کاهش اتکا به والدین، افزایش تعامل با همسالان و معلمان، تمایل زیاد به ابراز خود و افزایش استقلال رفتاری و خودپروی^۲ روانشناختی مشخص می‌شود. در این دوره انتقالی، نوجوانان به دلیل تغییرات سریع فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی به طور زیادی مستعد اضطراب و افسردگی هستند (هین، کوکا و هاگر^۳، ۲۰۱۵). افسردگی^۴ اختلالی شایع و ناتوان کننده است که پس از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین عامل تهدید کننده سلامت با عوارض گسترده جسمی و روانشناختی می‌باشد (هان، چانگ، کیم، لی، چانگ^۵). مطالعات شیوع افسردگی غیربالینی^۶ - وجود علایم و نشانه‌های افسردگی بدون داشتن معیارهای لازم برای تشخیص افسردگی اساسی - بین ۲۷ تا ۲۷ درصد را نشان می‌دهند (کسلر و همکاران^۷، ۲۰۰۳). همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به افسردگی غیربالینی در معرض خطر ابتلاء به افسردگی اساسی (لینز^۸ و همکاران، ۲۰۰۶) هستند. شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی در دوره نوجوانی ۳ درصد است که تا ۱۸ سالگی درصد تجمعی اختلالات اضطرابی به ۱۰ درصد و افسردگی به ۲۵ درصد می‌رسد (مریکانگاز، هی، برادی، فیشر و بوردون^۹، ۲۰۱۰). افسردگی می‌تواند عامل پیشرونده ای برای سایر اختلالات دیگر مانند سوء مصرف مواد^{۱۰} و اعتماد به خود^{۱۱} پایین و اختلالات مرتبط با خطر خودکشی باشد (مارتینسن، کندال، استراک و نوئر^{۱۲}، ۲۰۱۶). اختلال فسردهی باعث مشکلاتی در زمینه تاب‌آوری^{۱۳} می‌شود که این سازه چگونگی مقابله با موقعیت‌ها و چالش‌های زندگی را نشان می‌دهد (فاوال، بلومو، لوتی، براداسیکو و ونتریگلو^{۱۴}، ۲۰۲۰). تاب‌آوری به معنای انعطاف‌پذیری و بازگشت به وضعیت قبل از رویارویی با شرایط ناگوار یا موقعیت‌های چالش‌انگیز است (کاتابی، استوکمن، کامبل و تی سویوکی^{۱۵}، ۲۰۱۹) سطوح بالای تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت برای مقابله با تجارب نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب کنند (آنگر و ترون^{۱۶}، ۲۰۲۰). افسردگی، همچنین باعث افت خودکارآمدی^{۱۷} می‌شود (موریس، مسترز، پیریک و دکک^{۱۸}، ۲۰۱۶). خودکارآمدی فرایندی شناختی است که بر افکار، هیجان و رفتار تاثیر مستقیم می‌گذارد (اسمیت،

1. adolescent
2. autonomy
3. Hein, Koka, & Hagger
4. Depression
5. Han, Chung, Kim, Lee, Kim
6. subclinical
7. Kessler
8. Lyness
9. Merikangas, He., Brody, Fisher, Bourdon
10. substance abuse
11. self confidence
12. Martinsen, Kendall , Stark & Neumer
13. resilience
14. Favale, Bellomo, Lotti, Bradascio, Ventriglio
15. Catabay ,Stockman , Campbell , Tsuyuki
16. Ungar, Theron
17. Self efficacy
18. Muris, Meesters, Pierik, DeKock

ارکگ‌هارن، ام‌وی اووی و لیم^۱، (۲۰۲۰). خودکارآمدی به معنای قضاوت و ارزیابی افراد از توانایی‌هایشان برای سازماندهی و انجام یک سری فعالیت‌های منظم جهت دستیابی به اهداف است (هونگ، لی و یانگ^۲، ۲۰۱۹). افراد با خودکارآمدی بالا توانایی زیادی در تغییر و بهبود حالت‌های هیجانی و شناختی خود دارند (موریس و همکاران، ۲۰۱۶).

پژوهشگران و روان‌شناسان فعال در حوزه نوجوانان، به دنبال راهکارهایی جهت توانمندسازی نوجوانان برای مقابله با عوامل آسیب‌زا و پیامدهای آن در جهت ارتقاء سلامت روان، بهزیستی و کاهش مشکلاتی نظیر افسردگی بوده‌اند. رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتار درمانی شناختی است. رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر، خود مختاری بیشتری به مراجعان می‌دهد و همچنین به گفتگوها، در مسیر خوشایندتری جهت می‌بخشد و این گفتگوهای خوشایند، به نوبه خود به استرس، افسردگی و خستگی کمتر درمانگران منجر می‌شود. این رویکرد، از طریق فرایندهای آموزشی، درمانی و عملی احترام‌آمیز تغییراتی ایجاد می‌کند که قدرتمندی و انگیزه را در افراد بر می‌انگیزد (بانینک، ۲۰۱۴). با توجه به مباحث روان‌شناسی مثبت‌نگر پژوهشگران زیادی به بررسی تاثیر مداخلات این رویکرد بر بعضی از حالت‌های روان‌شناختی مثبت پرداخته‌اند. پژوهش بیگی، نجفی و عبداللهی^۳ (۱۳۹۷)، نشان داد که این مداخله بر تاب‌آوری دانش‌آموزان در مقایسه با گروه بدون مداخله مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش کیانی، صباحی، مکوندحسینی، رفیعی‌نیا، (۱۳۹۹) نشان داد درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر روش مؤثری برای افزایش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند. پژوهش زلفخانی و دبیری^۴ (۱۳۹۸) حاکی از این بود که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، خودکارآمدی و تاب‌آوری) زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد اثربخش بود و سطوح این متغیرها را به طور معناداری ارتقا داد. همچنین یوسفیان، احدی و کراسکیان^۵ (۱۳۹۸)، در پژوهش خود چنین نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت افزایش شادکامی ذهنی، تاب‌آوری و نستوهی مادران دچار دیابت مورد استفاده گیرد.

یکی از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است (نیرومند، سعیدمرادی، کاکاوند و توسلی، ۱۳۹۹). این راهبردها به فرایندهای شناختی متنوع و مؤثر در تنظیم واکنش‌های هیجانی اشاره می‌کنند (لی، کیم، هان، لی و چی^۳، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای برای حفظ، کاهش و یا افزایش آگاهی هیجانی و توانایی تنظیم و تعدیل فشارهای درونی و حالت‌های برانگیختگی هیجانی از طریق فرایندهای شناختی هستند (توگاد و فردریکسون^۴، ۲۰۰۷). این سازه با تنظیم وضعیت‌ها و واکنش‌های هیجانی از طریق اصلاح و بهبود باورهای شناختی نقش مؤثری در سلامت جسمی و روان‌شناختی دارد (لی، ساکونی و دلویسچیو^۵، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های اندکی درباره تاثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی انجام شده است. برای مثال، نتایج پژوهش مهربان و لیورجانی^۱ (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش گروهی

1. Smith, Erceg-Hurn, MvEvoy, Lim
2. Huang, Lee, Yang
3. Lee, Kim, Han, Lee, Chae
4. Tugade, Fredrickson
5. Lee, Salcuni & Delvecchio

تنظیم هیجان مبتنی بر فنون گراس^۱ باعث افزایش تاب‌آوری و هوش هیجانی و کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان شد. نیرومند، صیدمرادی، کاکاوند و توسلی (۱۳۹۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش فنون تنظیم هیجان باعث کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری دانشجویان می‌شود. در پژوهشی دیگر توگاد و فردریکسون (۲۰۰۷) گزارش کردند که راهبردهای تنظیم هیجان باعث افزایش تاب‌آوری می‌شوند. همچنین، نتایج پژوهش امانی، عیسی نژاد و پشآبادی (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش گروهی خودتنظیمی هیجانی باعث بهبود راهبردهای انگیزشی از جمله خودکارآمدی دانش‌آموزان شد. فولادچنگ و حسن‌نیا (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش شادکامی و خودکارآمدی زنان شد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی غیربالینی و پیامدهای روانشناختی منفی آن از جمله کاهش خودکارآمدی، تاب‌آوری برنامه‌ریزی برای انجام مداخله با هدف جلوگیری از کاهش آنها ضروری است. روش‌های بسیاری برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی وجود دارد، ولی با توجه به اثربخشی آشکار شده رویکردهای درمانی نوظهور مثبت نگر در درمان افسردگی به ویژه در دوره نوجوانی (گشویند، بوسگراف، بنیک و پیترز، ۲۰۲۰) و همچنین، با توجه به جوان بودن موضوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و پژوهش‌های آزمایشی اندکی که تاکنون در این زمینه انجام شده است، تحقیق در این زمینه ضروری است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه دانش‌آموزان دختر از یک سو آینده‌سازان جامعه و از سوی دیگر مسئولان تربیت نسل جدید هستند و افسردگی می‌تواند نقش موثری در افت عملکرد تحصیلی و حتی ترک تحصیل و یا رفتارهای ناهنجار در آنها داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش همه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم دارای افسردگی غیربالینی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه بر اساس میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری در پژوهش‌های مهربان و لیورجانی (۱۳۹۷) و کربلایی صالح و دشت‌بزرگی (۱۳۹۹) و با اطمینان ۹۵ درصد و آلفای ۰/۰۵ برای هر گروه ۱۰/۳۴ نفر محاسبه شد که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه و ریزش‌های احتمالی حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر لحاظ گردید. برای انجام پژوهش پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن افسردگی غیربالینی (کسب نمره ۱۴ الی ۲۸ در ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک)، زندگی همراه با پدر و مادر، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله ضداضطراب و ضدافسردگی، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانشناختی دیگر، عدم سابقه دریافت آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عدم دریافت خدمات روانشناختی در سه ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه و انصراف از ادامه همکاری بودند. برای انجام این پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان آموزش و پرورش شهر اهواز، دانش‌آموزان

1. Gross

2. Geschwind, Bosgraaf, Bannink, & Peeters

مشکوک به افسردگی غیربالینی به ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند و تعداد ۴۵ نفر که دارای نمره ۱۴ الی ۲۸ بودند به‌عنوان نمونه انتخاب و نمونه‌های به روش تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم و دو گروه به‌عنوان گروه آزمایش، گروهی برای درمان شناختی رفتاری مثبت نگر (گروه آزمایش ۱) و دیگری برای آموزش تنظیم شناختی هیجان (گروه آزمایش ۲) و گروه دیگر به‌عنوان گروه گواه انتخاب شد. گروه آزمایش اول تحت درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر اساس مداخله تنظیمی برگرفته از کتاب درمان شناختی رفتاری مثبت نگر (بن نیک، ۲۰۱۴، ترجمه اکرم خمسه) طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (جدول ۱) و گروه آزمایش دیگر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتنی بر مدل گراس قرار گرفت که محتوی آن توسط برجلی و همکاران (۱۳۹۴) بر مبنای مدل پنج مرحله‌ای گراس شامل شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ به رویدادها طراحی و روایی این محتوی توسط اعضای هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی تهران مورد تایید قرار گرفت (جدول ۲). برای هر دو گروه آموزش‌ها یک جلسه در هفته بود. گروه گواه طی این مدت آموزشی دریافت نکرده و به‌عنوان کاندید برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. این آموزش‌ها توسط پژوهشگر اول طی مدت دو ماه در یکی از مدارس شهر اهواز به‌صورت گروهی انجام شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری مثبت نگر

جلسه اول: آشنایی با اعضا و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطبق درمان (تبیین روانی آموزش افسردگی از چشم انداز سلامت روان مثبت نگر، برقراری ارتباط درمانی مثبت)، تکلیف خانگی: مشاهده و ثبت جنبه‌های مثبت فردی تا جلسه آینده
جلسه دوم: ارزیابی تغییرات پیش درمانی، ارائه تکنیکها و پرسشهای راه حل محور، تمرین تجسم خود در آینده، تمرین افزایش امید، تکلیف خانگی: ثبت آرزوها و اهداف و مشخص کردن اولویتها
جلسه سوم: ارزیابی توانمندیها و امکانات مراجعان با توجه به آزمون مشخصات عملی ارزش جنبه‌های مثبت و توانمندیها، تکنیک انتقال مهارت، تکلیف خانگی: چگونگی استفاده از توانمندی‌های خود در مواجهه با مسایل و ردیابی یک یا چند جنبه مثبت
جلسه چهارم: خودنظارتگری و تحلیل کارکردی مثبت نگر (ثبت افکار، مشاهده تغییرات مثبت، خودارزیابی مثبت نگر، نظارت بر موارد استثنایی، پرسش معجزه گر، راه حل فرضی، توجه به موفقیت‌های هرچند کوچک)، تکلیف خانگی: خودنظارتگری مثبت نگر
جلسه پنجم: تغییر دیدگاه (تغییر توجه به موفقیت‌های گذشته، تمرکز بر نقاط روشن، یافتن موارد استثنا و استفاده از نقاط مثبت و توانمندیها در مواجهه با مسایل جدید)، تغییر سوگیری شناختی و تصویرسازی مثبت نگر (تمرین پیشنهادهای مثبت نگر به عملکردهای گذشته فرد از طرف یک دوست، تمرین تغییر مثبت یک کابوس)، تکلیف خانگی: تجسم خود در آینده
جلسه ششم: تغییر چشم انداز روابط (تشویق مراجعان به توصیف رویدادهای تعاملی و ارتباطی با افراد مهم زندگی و تغییرات ارتباطی مثبت نگر، تمرین راه حل فرضی، پرسش معجزه گر و موارد استثنایی، تمرین نگرش به خویش به‌عنوان سوم شخص)، تکلیف خانگی: ثبت حق شناسی و قدردانی
جلسه هفتم: تغییر عملکرد؛ در هم شکستن الگوهای رفتاری تکراری مشکل آفرین، تغییر عملکرد خود نسبت به مسأله، استفاده از تضاد و تناقض، اضافه کردن فعالیت‌های جدید به الگوهای قبلی در مواجهه با مسأله، کاربرد الگوهای راه حل مدارانه برای مسأله، استفاده از گامهای کوچک، تکلیف خانگی: انجام کاری متفاوت
جلسه هشتم: تجارب رفتاری مثبت نگر (کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع آوری شواهدی هماهنگ با افکار و باورهای مثبت نگر، وانمود به اینکه اوضاع بهتر شده و عمل کردن به گونه ای که انگار معجزه ای رخ داده است)، تکلیف خانگی: خواندن، نوشتن و سوزاندن
جلسه نهم: تغییر احساسات (تمرین شما در بهترین وضعیت و بیان احساسات، تمرین شروع رویدادهای خوشایند زندگی، تمرین کتاب زندگی، تمرین مثبت گرایی)، تکلیف خانگی: یادداشتهای مثبت گرایانه
جلسه دهم: پیشگیری از عود، خلاصه ای از مهارت‌های یاد گرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات، اجرای مجدد پرسشنامه‌های امید، معنا و تاب آوری، خودکارآمدی و افسردگی

جدول ۲. محتوی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتنی بر مدل گراس به تفکیک جلسات

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمرین‌هایی با هدف آشنایی با یکدیگر و معرفی کلی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نقش آن
جلسه دوم: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، معرفی ابعاد مختلف هیجان‌ها و آثار کوتاه‌مدت و بلندمدت آنها
جلسه سوم: خودارزیابی برای شناخت تجربه‌های هیجانی خود، خودارزیابی برای شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد و خودارزیابی برای شناخت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در فرد
جلسه چهارم: آموزش جلوگیری از اجتناب و انزوای اجتماعی، آموزش راهبردهای حل مساله و آموزش مهارت‌های بین‌فردی از جمله گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض
جلسه پنجم: آموزش توجه و متوقف کردن نگرانی‌ها و نشخوارهای فکری و بررسی پیامدهای آنها
جلسه ششم: شناسایی قضاوت‌ها و ارزیابی‌های غلط و آثار آن بر حالت‌های هیجانی و آموزش راهبرد ارزیابی مجدد
جلسه هفتم: آموزش شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش مواجهه و ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی و آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه هشتم: بررسی و ارزیابی تحقق اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی (خارج از جلسه آموزش) و بررسی و رفع موانع برای عدم استفاده از آنها

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک- ویراست دوم^۱: این ابزار توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد و دارای ۲۱ آیتم است که با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره آیتم‌ها محاسبه، پس دامنه نمرات بین صفر الی ۶۳ و نمره بالاتر حاکی از افسردگی بیشتر است. بک و همکاران روایی همگرای ابزار را با مقیاس افسردگی همیلتون تایید و پایایی آن را با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش کردند (۲). همچنین، احمدی کانی گلزار و قلی‌زاده پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آوردند (۱۹). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه خودکارآمدی^۲: این ابزار توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ طراحی شد و دارای ۱۷ آیتم است که با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره آیتم‌ها محاسبه، پس دامنه نمرات بین ۱۷ الی ۸۵ و نمره بالاتر حاکی از خودکارآمدی بیشتر است. شرر و همکاران روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند (۳). همچنین، فولادچنگ و حسن‌نیا پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آوردند (۱۴). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه تاب‌آوری^۳: این ابزار توسط کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و دارای ۲۵ آیتم است که با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره آیتم‌ها محاسبه، پس دامنه نمرات بین صفر الی ۱۰۰ و نمره بالاتر

1. Beck depression questionnaires-II
2. Self-efficacy questionnaires
3. Resilience questionnaires

حاکمی از تاب‌آوری بیشتر است. کونور و دیویدسون پایایی ابزار را با روش‌های آلفای کرونباخ $0/89$ و بازآزمایی $0/87$ گزارش کردند (۶). همچنین، نیرومند و همکاران پایایی را با روش آلفای کرونباخ $0/89$ بدست آوردند (۹). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ $0/88$ محاسبه شد. در این پژوهش برای نمونه‌ها رعایت نکات اخلاقی از جمله رازداری، حفظ حریم شرکت‌کنندگان، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و غیره بیان و به آنان درباره رعایت آنها اطمینان خاطر داده شد. این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شماره IR.IAU.Ahvaz.REC.1399,020 است و داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق با آزمون‌های خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شدند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌های آماری $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از سه گروه اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیربالینی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ قابل مشاهده است. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود در گروه آزمایش میانگین نمرات خودکارآمدی و تاب‌آوری افزایش یافته، ولی در گروه گواه تغییر قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. برای بررسی معنی‌داری این افزایش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیربالینی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش ۱		گروه آزمایش ۲		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۸/۰۷	۲/۳۷	۲۵/۸۷	۲/۴۴	۲/۸۷
	پس‌آزمون	۳۸/۲۷	۳/۶۵	۳۲/۶۷	۲/۰۵	۲۶/۱۳
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۱/۰۷	۳/۰۵	۲۱/۷۳	۲/۸۴	۲/۵۸
	پس‌آزمون	۳۷/۳۳	۴/۸۶	۳۳/۶۰	۳/۰۶	۲/۷۴

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس حاکمی از آن بود که فرض نرمال بودن متغیرها در مراحل ارزیابی بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون ام‌باکس و فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین تایید شدند ($P > 0/05$). بنابراین، استفاده از روش تحلیل کوواریانس مجاز است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری حاکمی از آن است که روش‌های مداخله یعنی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان حداقل بر یکی از متغیرهای خودکارآمدی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیربالینی تاثیر معنی‌دار داشته است ($P < 0/001$).

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری و خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و گواه با گواه پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۴۶	۸	۷۲	۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۸۶	۸	۷۰	۲۱/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۰/۲۵	۸	۶۸	۴۳/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۰/۲۲	۴	۳۶	۹۲/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین دانش آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری و خودکارآمدی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p > ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۱/۰۸$)، برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین سه گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۵ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۷۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تاب آوری و خودکارآمدی مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری و خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و گواه با گواه پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
تاب آوری	پیش آزمون	۳۹۵/۷۵	۱	۹۰/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
	گروه	۵۶۲/۹۹	۲	۲۸۱/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
	خطا	۱۶۶/۷۸	۳۸	۴/۳۸		
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱۶۰/۸۸	۱	۳۲/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۵۱۴/۸۷	۲	۲۵۷/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۸۶/۰۴	۳۸	۴/۸۹		

در جدول ۵ ملاحظه می‌شود با گواه پیش آزمون بین دانش آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب آوری و خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد (در $p > ۰/۰۰۰۱$ برای تاب آوری $F = ۶۴/۱۳$ و برای خودکارآمدی $F = ۵۲/۵۸$)، که میزان تأثیر یا تفاوت برای تاب آوری

برابر با ۰/۷۷ و برای خودکارآمدی ۰/۷۱ می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس آزمون تاب آوری گروه‌های آزمایش و گواه با گواه پیش آزمون

گروه‌ها	میانگین	درمان شناختی رفتاری مثبت نگر	راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	گواه
مثبت نگر	۳۷/۳۳	-	(p=۰/۰۰۰۱)°	(p=۰/۰۰۰۱)°
شناختی هیجان	۳۳/۶۰	-	-	(p=۰/۰۰۰۱)°
گواه	۲۷/۷۳	-	-	-

طبق جدول ۶ بین میانگین پس آزمون تاب آوری دانش آموزان دختر گروه درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). به عبارت دیگر، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با توجه به میانگین تاب آوری دانش آموزان دختر گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری هر دو گروه آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دو گانه (درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از لحاظ تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). این امر بیانگر تأثیر بیشتر درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر نسبت به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افزایش تاب آوری می باشد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس آزمون خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و گواه با گواه پیش آزمون

گروه‌ها	میانگین	درمان شناختی رفتاری مثبت نگر	راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	گواه
مثبت نگر	۳۸/۲۷	-	(p=۰/۰۰۰۱)°	(p=۰/۰۰۰۱)°
شناختی هیجان	۳۲/۶۷	-	-	(p=۰/۰۰۰۱)°
گواه	۲۷/۰۷	-	-	-

همان طوری که در جدول ۷ مشاهده می شود بین میانگین پس آزمون خودکارآمدی دانش آموزان دختر گروه درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و گروه آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). به عبارت دیگر، درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با توجه به میانگین خودکارآمدی دانش آموزان دختر دو گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودکارآمدی گروه آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دو گانه (درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنی داری

وجود دارد ($p < 0/0001$). این امر بیانگر تأثیر بیشتر درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر نسبت به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افزایش معنای زندگی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر با افسردگی غیربالینی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه گواه هر دو روش درمانی شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان باعث افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر با افسردگی غیربالینی شد، اما اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر متغیرهای مذکور بیشتر از آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که دو رویکرد با افزایش توانایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی در افراد، به آنان کمک می‌کنند با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب تثبیت ارتباط خود با محیط شده، آن‌ها را به پاسخ‌های کارآمد و مناسب در برخورد با موقعیت‌ها تجهیز نمایند و در نتیجه تاب‌آوری و کارآمدی فرد را بهبود بخشند. در واقع هر کدام از این دو رویکرد، می‌توانند احساس کنترل فرد بر امور را بیشتر نموده و باور فرد به اثرگذاری بر موقعیت‌ها را تقویت کرده، با ایجاد دیدی مثبت به زندگی و تغییر سبک زندگی افراد مشوق آنان در ایجاد معنا می‌باشد و جلسات آموزشی این دو رویکرد توانسته‌اند به دانش‌آموزان با افسردگی غیربالینی در ارزشمند کردن زندگی کمک شایانی کنند.

پژوهش حاضر آشکار کرد که درمان شناختی رفتاری مثبت نگر می‌تواند تأثیر مطلوبی بر تقویت تاب‌آوری افراد داشته باشد؛ به این معنی که افراد تحت این نوع مداخله می‌توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند و توان بازگشت به حالت اولیه را پس از مشکلات داشته باشند. از نمونه نتایج همسو می‌توان به پژوهش‌های یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸)، بیگی و همکاران (۱۳۹۷)، رضازاده مقدم، خدابخشی کولایی، حمیدی پور و ثناگو، (۱۳۹۷)؛ چاوز و همکاران (۲۰۱۷)، اشاره کرد. تاب‌آوری به عنوان رشد و تحول شخصی در نظر گرفته می‌شود و به عنوان قابلیت مقابله و سازگاری در شرایط مشکل‌دار و یا قوت گرفتن دوباره و ایجاد عملکرد دوباره در شرایط استرس‌زای غیر قابل مقاومت تعریف می‌شود. درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر این عقیده است که توانایی‌ها، نقاط قوت و منابع مراجع در کمک به ایجاد تغییرات در فرد مهم می‌باشد. درمانگران تلاش می‌کنند تا از مراجعان حمایت کنند تا با افزایش خودکارآمدی و عزت نفس خود، تاب‌آوری طولانی مدت را در خود پرورش دهند (پراسکو ۲۰۱۶، بانیک، ۲۰۱۴). مهمترین اهداف درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر، افزایش تاب‌آوری طولانی مدت، کیفیت زندگی و دیگرسازه‌های مثبت افراد است. این درمان بر توانایی‌های سازگاری، قابلیت‌ها، منابع و نقاط قوت شخصی تأکید می‌کند که در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد (بانیک، ۲۰۱۴). نظریه بسط و گسترش هیجانات مثبت پیشنهاد می‌کند که هیجانات منفی، آمادگی‌های عمل و تفکر افراد را محدود می‌نماید؛ درحالی که هیجانات مثبت، توجه ما را گسترش می‌دهد و افکار و اعمال ابتکاری، متنوع و اکتشافی افراد را تقویت می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۹). تکنیک‌ها و پرسش‌هایی که در

درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر استفاده می‌شود، می‌تواند به گسترش نظام فکری افراد کمک کند. استفاده از تصویرسازی ذهنی و استعاره‌ها، استفاده از سؤالات مبتنی بر شایستگی‌ها و نقاط قوت، هیجان‌ات مثبت را افزایش می‌دهد و تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر ایجاد و گسترش مفاهیم و اعمال افراد دارد (بانیک، ۲۰۱۴). بدین گونه درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر با تأکید بر دو بعد شناختی و رفتاری نسبت به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانسته در ایجاد تاب‌آوری در دانش‌آموزان با افسردگی غیربالینی مؤثرتر عمل نماید. بعضی از پژوهشگران معتقد هستند که چنانچه درمانگران بر ساخت و ایجاد باورها و رفتارهای تاب‌آور تمرکز کنند، در مقایسه با تمرکز بر کاهش باورها و رفتارهایی که مانعی برای تاب‌آوری هستند، مؤثرتر خواهد بود. آنها بر این عقیده هستند که نیازی به آموزش مهارت‌های جدید به مراجعان آنگونه که در رفتار درمانی شناختی سنتی انجام می‌شود، نیست، بلکه درمانگران می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا نقاط قوت خود را که تا کنون داشتند، تشخیص دهند و از این نقاط قوت، تاب‌آوری خود را شکل دهند (پدسکی، ۲۰۱۲). در فرآیند درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر درمانگر، نقاط قوت و جنبه‌های مثبت مراجع را مشخص می‌سازد تا امکانات موجود او را در مورد مباحث مطرح شده، به کار گیرد و آگاهی مراجع را افزایش دهد و از توانمندی‌ها و امکانات خود به مرور زمان استفاده کند. در این روش، تأکید بر توانمندی‌ها، اغلب برای مراجعان، خوشایندتر و جذاب‌تر است که این توانمندی‌ها، مراجع را در فرآیند تغییر مجهز می‌سازد تا راه بهبود پایدار، هموار گردد. مراجعان اغلب از راهبردهایی که برای انعطاف‌پذیری استفاده می‌کنند، آگاه نیستند. مشخص ساختن این توانمندی در فرآیند درمان، این احتمال را افزایش می‌دهد که فرد در طی چالش‌های آتی خود، این توانمندی را در نظر بگیرد و از آن استفاده کند. در افرادی که توانایی انعطاف‌پذیری دارند، گرایش به تفسیر مثبت رویدادها و از جمله تفسیر عینی و ملموس رویدادهای سخت وجود دارد. مفهوم سازی انعطاف‌پذیری باعث می‌شود تا این گونه سوگیری‌های تفسیری وارد آگاهی فرد شود و بدین ترتیب مراجعان می‌توانند در طی دوران‌های سخت چگونگی پاسخ خود را انتخاب کنند. تأکید این درمان، از فشار متعاقب رویداد تکان‌دهنده، به سوی «موفقیت‌ها و دست آوردهای متعاقب رویداد تکان‌دهنده» تغییر می‌یابد (بن‌نیک، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند بر خودکارآمدی دانش‌آموزان تأثیر مطلوبی داشته باشد. بدین ترتیب، دانش‌آموزانی که تحت مداخله این درمان قرار گرفتند، احساس ارزش مثبت بیشتری از خود پیدا کرده، کارهایشان را به خوبی اغلب مردم انجام داده و به طور کلی، رضایت از خود تقویت شده‌ای را از خود گزارش می‌کنند. در درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر، از مراجعان دعوت می‌شود تا شواهدی را که با افکار و باورهای مثبت شخصی‌شان مرتبط می‌باشد، جمع‌آوری کنند. زمانی که افراد به افکار و باورهای مثبت توجه می‌کنند، شانس این که شواهدی را برای این افکار و باورهای مثبت بیابند، بیشتر می‌شود. این درمان با ایجاد فضایی برای اظهارنظرهای مثبت، تقویت مثبت‌نگری درباره خود، برجسته کردن نقاط قوت و توانمندی‌های افراد و تشویق افراد برای تقویت این ویژگی‌های مثبت و توانایی‌ها، می‌تواند خودکارآمدی افراد را تقویت نماید و باعث احساس رضایت شخصی و درونی بیشتر در افراد گردد (بن‌نیک، ۲۰۱۴). لذا درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر با تأکید بر دو بعد شناختی و رفتاری نسبت به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانسته در افزایش

خودکارآمدی دانش‌آموزان با افسردگی غیربالینی مؤثرتر عمل نماید.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر آموزش راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیربالینی بود که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های نیرومند و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر تاثیر آموزش فنون تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری دانشجویان، توگاد و فردریکسون (۲۰۰۷) مبنی بر تاثیر راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و مهربان و لیورجانی (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر فنون گراس بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان همسو بود. در تفسیر این نتایج می‌توان گفت که تنظیم هیجانی به کاهش پاسخ‌های هیجانی منفی و پذیرش آنها کمک می‌کند و تاب‌آوری افراد را در شرایط نامساعد بالا می‌برد. سازوکار تنظیم هیجانی سبب می‌شود که افراد افکار خودکار خود را شناسایی کرده و آنها را مدیریت نمایند که این عوامل نقش موثری در کاهش و مدیریت استرس خواهد داشت و پذیرش هیجان نیز توانایی تحمل در شرایط دشوار و تاب‌آوری را نیز بالا می‌برد (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین، مدیریت هیجان‌های خود و دیگران سبب قدرت سازماندهی و سازگاری فرد در موقعیت‌های تحریک‌کننده می‌شود. فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشدیافته‌ای دارد، از هر گونه اجبار درونی و بیرونی می‌تواند هیجان‌ها را تجربه کند و یا از بروز آنها جلوگیری نماید. در واقع عدم توانایی تنظیم هیجان‌ها باعث می‌شود که احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه داشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی تصمیم‌گیری و در برابر رویدادها بایستد و برای مقابله با آنها مقاومت نماید. پس مدیریت تنظیم هیجان می‌تواند از طریق مدیریت عواطف و هیجان‌ها میزان مقاومت افراد در برابر رویدادهای چالش‌انگیز و استرس‌زا را افزایش دهد (مهربان و لیورجانی، ۱۳۹۸).

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که آموزش راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم با افسردگی غیربالینی بود که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های امانی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر تاثیر آموزش گروهی خودتنظیمی هیجانی بر افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان، فولادچنگ و حسن‌نیا (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر افزایش خودکارآمدی زنان و اخلاقی یزدی‌نژاد و همکاران تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر افزایش خودکارآمدی معتادان همسو بود. در تفسیر این نتایج می‌توان گفت که افراد با قدرت بالا می‌توانند در راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان رویدادهای استرس‌زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن یا نبودن ارزیابی نمایند و از راهکارهای مناسب برای مقابله با آنها استفاده کنند. و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجان‌های خود را تنظیم نمایند. پس تنظیم هیجان عامل مهمی در بهزیستی و عملکرد موفق در تعاملات است و می‌تواند در ایجاد و حفظ روابط میان‌فردی، افزایش شادکامی و حل موفق چالش‌ها موثر واقع شود که این عوامل از طریق بهبود عزت‌نفس باعث افزایش احساس خودکارآمدی می‌شوند (اخلاقی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، ناتوانی در کنترل و مدیریت هیجان‌ها ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی است و تنظیم هیجان به‌عنوان یک توانایی رفتاری و شناختی می‌تواند با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب تثبیت ارتباط فرد با محیط شده، او را به پاسخ‌های کارآمد و مناسب در برخورد با موقعیت‌ها تجهیز نماید و در نتیجه حس کارآمدی فرد را بهبود

بخشد. در واقع تنظیم شناختی هیجان می‌تواند احساس کنترل فرد بر امور را بیشتر نموده و باور فرد به اثرگذاری بر موقعیت‌ها را تقویت کرده و احساس کارآمدی را ارتقاء دهد (فولادچنگ و همکاران، ۱۳۹۵).

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به عدم استفاده از مصاحبه بالینی جهت تشخیص افسردگی غیر بالینی در شرکت کنندگان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده کرده، پایداری و تداوم نتایج روش مداخله را بررسی و پژوهش حاضر را بر روی دانش‌آموزان پسر، دانش‌آموزان دختر سایر شهرها و حتی دانشجویان تکرار نمایند. پیشنهاد دیگر مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با سایر روش‌های آموزش از جمله روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مانند آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش پذیرش و تعهد و غیره است.

منابع

- امانی، احمد؛ عیسی نژاد، امید و پشآبادی، سمیرا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش گروهی خودتنظیمی هیجانی بر راهبردهای انگیزشی، اهمال کاری تحصیلی و سلامت روان در دانش‌آموزان. *مجله پژوهش در آموزش*، ۷ (۳)، ۱۸۱-۲۰۸.
- برجعی، احمد؛ اعظمی، یوسف؛ چوپان، حامد و عرب کوهستانی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی استراتژی‌های تنظیم هیجان برای کنترل پرخاشگری بر اساس مدل ناخالص در سوء مصرف کنندگان مواد. *مجله تحقیقات توانبخشی ایران در پرستاری*، ۱ (۱)، ۲-۶۵.
- بیگی، علی؛ نجفی، محمود و عبدالهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶ (۱)، ۴۷-۵۳.
- رضازاده مقدم، سونه؛ خدابخشی کولایی، آناهینا؛ حمیدی پور، رحیم؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۷). اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *مجله علمی پژوهشی روان پرستاری*، ۳ (۶)، ۳۲-۳۸.
- زلفخانی، نسترن و دبیری، سولماز. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر سرمایه روان‌شناختی زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد. *سلامت اجتماعی و اعتیاد* (۶)، ۲۱، ۱۱۳-۱۳۱.
- فولادچنگ محبوبه و حسن‌نیا، سمیه. (۱۳۹۴). تأثیر مقررات عاطفی بر خوشبختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. *مجله زن و جامعه*، ۲۰ (۵)، ۱۰۶-۱۰۹.
- کربلایی صالحی شهلا و دشت بزرگی زهرا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مثبت گروهی بر شادی زناشویی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی در والدین کودکان با نیازهای ویژه. *مجله پرستاری روانپزشکی ایران*، ۸ (۱)، ۶۰-۷۱.
- کیانی، سیاوش؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ رفیعی‌نیا، پروین و آل بویه، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن. *علوم روانشناختی دوره* (۱۹)، ۸۹، ۵۶۷-۵۷۸.
- مهربان، رقیه و لیورجانی، شعله. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان بر

اساس تکنیک‌های ناخالص بر تاب‌آوری، پرخاشگری واکنشی و هوش هیجانی دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان مربوط به نهالستان قرآن تبریز. مجله زن و مطالعه خانواده، ۱۰ (۳۹)، ۸۳-۱۱۹
نیرومند، رقیه؛ صیدمرادی، کاوه؛ کاکاوند، علیرضا؛ توسلی، زهرا. (۱۳۹۹). تأثیر تکنیک‌های تنظیم هیجان آموزش بر کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۴ (۵۳)، ۷-۱۶.

یوسفیان، زهرا؛ احدی، حسن و کراسکیان مومنجاری، آدیس. (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روانشناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی: مجله علوم روانشناختی، ۲۲ (۱۸)، ۲۲-۳۳

Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. *J Contemp Psychother* 2014; 44(1): 1-8

Catabay CJ, Stockman JK, Campbell JC, Tsuyuki K. Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *J Affect Disord*. 2019;259:143-9. doi: 10.1016/j.jad.2019.08.037 [Link]

Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognit Ther Res* 2017; 41(3): 417-33

experimental psychiatry, 59, 134-141

Favale D, Bellomo A, Lotti P, Bradascio MC, Ventriglio A. Role of hope and resilience in the outcome of depression and related suicidality. *Psychology*. 2020;11(3):428-35. doi: 10.4236/psych.2020.113028 [Link]

Fredrickson B. *Positivity*. New York, NY: Crown Publishers; 2009.

Prasko J, Hruby R, Holubova M, Latalova K, Vyskocilova J, Slepecky M, et al. Positive cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2016; 58(1): 23-32

Geschwind, N., Bosgraaf, E., Bannink, F., & Peeters, F. (2020). Positivity pays off: Clients' perspectives on positive compared with traditional cognitive behavioral therapy for depression. *Psychotherapy*.

Gross, G. M., Laws, H., Park, C. L., Hoff, R., & Hoffmire, C. A. (2019). Meaning in life following deployment sexual trauma: prediction of posttraumatic stress symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation. *Psychiatry research*, 278, 78-85.

Han HR, Chung Y, Kim K, Lee JE, Kim MT. Depression in North Korean refugees: a mixed methods study. *Public Health*. 2020;185:283-9. doi: 10.1016/j.puhe.2020.05.046 [Link]

Hein, V., Koka, A., & Hagger, M. S. (2015). Relationships between perceived teachers' controlling behavior, psychological need thwarting, anger and bullying behavior in highschool students. *Journal of Adolescence*, 42, 103-114.

Huang X, Lee JC, Yang X. What really counts? Investigating the effects of creative role identity and self-efficacy on teachers' attitudes towards the implementation of teaching for creativity. *Teaching and Teacher Education*. 2019;84:57-65. doi: 10.1016/j.tate.2019.04.017 [Link]

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*,

- 289:3095-3105
- Lee SJ, Kim S, Han SY, Lee YJ, Chae H. Is the cognitive emotion regulation strategy related to Yin-Yang personality traits? *European Journal of Integrative Medicine*. 2019;26:24-30. doi: 10.1016/j.eujim.2019.01.004 [Link]
- Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C. J., Ten Have, T. R., Katz, I. R., Drayer, R., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L. (2006). Outcomes of minor and sub syndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144:496–504.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 1-13.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescents supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Muris P, Meesters C, Pierik A, DeKock B. Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *J Child Fam Stud*. 2016;25(2):607-117. doi: 10.1007/s10826-015-0235-2 [Link]
- Smith LM, Erceg-Hurn D, MvEvoy PM, Lim L. Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale. *J Affect Disord*. 2020;262:108-17. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.026 [Link]
- Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*. 2007;8:311-33. doi: 10.1007/s10902-006-9015-4 [Link]
- Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):441-8. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30434-1 [Link]

Comparison of the Effectiveness of Positive Behavioral Cognitive Therapy and Teaching Cognitive Emotion Regulation Strategies on Resilience and Self-efficacy of Female Students with Nonclinical Depression

¹S.N. Salehi

^{2*}S .Z. Eftekhar

³M.R. Borna

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy and Teaching cognitive emotion regulation strategies for resilience and self-efficacy of female students with nonclinical depression. This research is an experimental research method with a pre-test, post-test and a control group. The statistical population of this study includes all female high school students with non-clinical depression who were studying in the academic year 2019-2020, among whom a sample of 45 people was selected by purposive sampling. The experimental and control groups were randomly equated. Positive Cognitive Behavioral Therapy Based on Regulatory Intervention Based on Positive Cognitive Behavioral Therapy (Bennink, 2014) in ten 90-minute sessions and Emotional Cognitive Regulation Cognitive Training Protocol in 8 90-minute sessions in experimental groups 1 and 2, respectively. The control group did not receive any training. Data were collected using Beck et al.'s (1996) Depression Inventory, Connor and Davidson's Resistance Scale (2003) and Scherer et al.'s (1982) General Self-Efficacy Scale using univariate and Analysis of covariance of one variable (ANKOVA) and multivariate (MANCOVA). Were analyzed in SPSS-24 software. The results showed that the experimental and control groups in the post-test stage were significantly different in terms of self-efficacy and resilience ($P < 0.001$). That is, positive cognitive-behavioral therapy and teaching cognitive emotion regulation strategies increased resilience and self-efficacy in female students with nonclinical depression. Also, the scores of positive cognitive behavioral therapy in both variables were significantly higher compared to cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: positive behavioral cognitive therapy, cognitive emotion regulation strategies, resilience and self-efficacy, nonclinical depression

1. PhD Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran student.59@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran eftekharsaadi@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran bornamohammad1349@yahoo.com