

مقایسه اثربخشی معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده

الهه زنگیان*

چکیده

مقدمه: ارتقای سلامت روان در نوجوانان و تعیین برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت این گروه در معرض خطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده بود.

روش پژوهش: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر افسرده در مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر گروه آزمایش معنادرمانی و ۱۵ نفر گروه گواه) تقسیم شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط همه نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش، گروه آزمایش اول تحت درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی کابات زین در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی قرار گرفتند و در این مدت گروه آزمایش دوم نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنادرمانی فرانکل شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی بک و سرمایه‌های روانشناختی لوتانز بود. بعد از پایان جلسات مداخلات گروه‌های آزمایش، دوباره پرسشنامه‌ها توسط همه نوجوانان تکمیل شد و در فاصله ۲ ماه بعد نیز آزمون پیگیری به عمل آمد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو روش ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده اثربخش بودند ($P < 0/05$). همچنین یافته‌ها حاکی از اثربخشی یکسان دو روش درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به منظور افزایش سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده، نهادهای مسئول و مرتبط با دانش‌آموزان و مراکز روانشناختی، باید گسترش آگاهی و آموزش مهارت‌های معنادرمانی و ذهن‌آگاهی را سرلوحه برنامه‌های خود در کار با نوجوانان افسرده قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، سرمایه‌های روانشناختی، معنادرمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۶

استناد: زنگیان الهه. مقایسه اثربخشی معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده، خانواده و

بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۱۳(۳): ۹۲-۱۰۶

* (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

elahezangian@gmail.com, Tel: 09121234567



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کربیتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است

که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

انسان در طی رشد، در جهت تکمیل رشد جسمانی، شناختی و روانی، از دوره‌ها و مراحل مختلفی عبور می‌کند و یکی از مراحل مهم رشد که معمولاً دختران و پسران را با چالش‌های مختلفی رو به رو می‌کند، دوران نوجوانی است (۱). چنانچه نوجوانان از مهارت‌های کمی برای کنار آمدن با مسائل تنش‌زای این دوره برخوردار باشند، در برخورد با این تنش‌ها توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری و روانشناختی از قبیل افسردگی را نشان خواهند داد (۲). افسردگی^۱ نوعی اختلال خلقی است که می‌تواند بر احساس، تفکر و رفتار فرد تأثیر گذاشته و حتی منجر به انواع مشکلات عاطفی و جسمی شود، تا جایی که فرد گاهی اوقات احساس می‌کند ارزش زندگی کردن را ندارد (۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲، بار بیماری افسردگی تا چندی دیگر به بیشترین بار بیماری‌ها در دنیا و به رتبه اول خواهد رسید و سال‌های از دست‌رفته عمر ناشی از افسردگی بسیار افزایش خواهد یافت (۴). افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست اما نوجوانان به دلیل دوران و شرایط خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیرند (۵).

ولی پرورش برخی ظرفیت‌ها در کاهش مشکلات روانی و اجتماعی نوجوانان و از جمله علایم افسردگی موثر است که سرمایه‌های روانشناختی^۳ به عنوان یکی از این قابلیت‌ها می‌تواند قدرت مقابله‌ای نوجوانان را بهبود بخشیده و رضایت کلی از زندگی را در آن‌ها افزایش دهد (۶). سرمایه‌های روانشناختی دارای مشخصه‌های متعهد شدن و انجام تلاش لازم برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز (خودکارآمدی^۴)، داشتن استناد مثبت درباره موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی^۵)، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امید^۶) و پایداری هنگام مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت (تاب‌آوری^۷) است (۷). این چهار سرمایه به زندگی نوجوانان معنا بخشیده و آنان را برای مقابله با موقعیت‌های فشارزا آماده نموده، آنان را برای ورود به صحنه‌های عملی زندگی آماده کرده و مقاومت و سرسختی را در تحقق اهدافشان تضمین می‌کنند (۸).

در نتیجه با توجه به آسیب‌های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی افسردگی نوجوانان در سراسر دنیا، لازم است روش‌های درمانی مقرون به صرفه و مناسب برای این گروه از افراد جامعه مورد ارزیابی قرار گرفته و در جهت کاهش افسردگی و افزایش قابلیت‌های مثبت روانی به کار برده شوند (۹). بالطبع پیشگیری و یا درمان صحیح و عملی افسردگی نوجوانان باعث کاهش ناکارآمدی در زمینه‌های مختلف خواهد گردید و هر چه این روش‌های درمانی با ثبات‌تر و مناسب دوران نوجوانی باشند با افزایش سرمایه‌های روانشناختی و کاهش بیشتر افسردگی در این گروه افراد همراه خواهد بود (۱۰). لذا از آن جایی که در بیشتر پژوهش‌های گذشته به بحران‌ها، مشکلات و اختلالات روانی و رفتاری همراه با ابعاد منفی دوره نوجوانی پرداخته شده، توجه به رویکردهای مداخله‌ای مثبت که سعی دارند ابتدا قابلیت‌ها، توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت افراد را افزایش دهند تا همراه با افزایش نقاط مثبت در وجود فرد، صفات منفی نیز کاهش پیدا کنند، اهمیت بسیاری پیدا کرده است.

بنابراین در این پژوهش با تمرکز بر معنادرمانی^۸ و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی^۹، می‌توان به نوجوانان کمک کرد به تسهیل بحران‌ها و چالش‌های این دوره بپردازند (۱۱). به طوری که نوجوانان دارای مهارت‌های ذهن‌آگاهی تلاش می‌کنند تا نسبت به الگوهای تفکر، هیجان و واکنش، خودآگاهی یافته و دست به بهترین انتخاب برای رسیدن به اهداف تعیین شده بزنند (۱۲). در واقع افراد ذهن

1. depression
2. world Health Organization
3. psychological capital
4. self-efficacy
5. optimism
6. hope
7. resiliency
1. Logotherapy
۹. Mindfulness based on cognitive therapy

آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۱۳). لذا ارتقای سطح ذهن آگاهی افراد، موجی از تأثیرات مثبت و شناختی را به همراه دارد که عناصر کلیدی بهزیستی هستند و منجر به بهبود ویژگی‌های روانشناختی مثبت افراد می‌شود (۱۴). بر این اساس، استفاده از ذهن آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیت‌های بالینی و غیربالینی در افراد مختلف است که از جمله می‌توان به پژوهش‌های عنایت و همکاران (۱۵)، باباخانی (۱۶)، کومار-شارما و همکاران (۱۷)، پرز آراند^۱ و همکاران (۱۸) و ماداک و بلایر^۲ (۱۹) مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی بر افسردگی و سلامت روانی اشاره کرد.

یکی دیگر از مداخلات روانشناختی که می‌تواند راه و روشی جدید جهت ایجاد هدفمندی در زندگی هنگام مواجهه با سختی‌ها به کار رود، معنادرمانی می‌باشد. معنادرمانی، روش فلسفی درباره انسان و موجودیت آن است که به مفاهیم و موضوعات مهم زندگی مثل مرگ و آزادی، مسئولیت‌پذیری، خلا وجود و رنج معنا می‌دهند و به مقابله با زندگی بدون معنا می‌پردازد (۲۰). بنابراین در شرایط استرس‌زای دوران نوجوانی، معنادرمانی به عنوان یک ضرورت انکارناپذیر، قدرت مبارزه‌جویی روح را در آن‌ها فعال نموده و موجب می‌شود بر موقعیت‌های سخت و منفی غلبه کنند تا تغییر مطلوبی که زندگی‌بخش است را در زندگی خود و تا بزرگسالی ایجاد نمایند (۲۱). در واقع ساختن معنا، بخش مهمی از سازگاری با تحولات دوره نوجوانی محسوب می‌گردد و گزارش‌های متعدد نیز نشان داده‌اند که معنادرمانی به عنوان یک مداخله در بهبود اختلالات روانی و سازه‌های روانی مثبت (۱۱، ۲۲، ۲۳) و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در نوجوانان (۲۴) تأثیر مثبت دارد.

لذا با در نظر گرفتن این موضوع که افسردگی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی نوجوانان تأثیرگذار باشد و زمینه‌های آموزشی، تحصیلی، اقتصادی و به دنبال آن سلامت روانی و جسمانی را تحت تأثیر قرار دهد، مساله ارتقای سلامت روان در نوجوانان و تعیین برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت این گروه در معرض خطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در نتیجه با توجه به این که مقایسه درمان‌های روانشناختی و شناخت مداخله اثربخش‌تر و با کارآمدی بالاتر بر سرمایه‌های روانشناختی در دوره نوجوانی و داشتن زمینه افسردگی، به صورت مشخص مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر در زمره روش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه‌های کنترل و آزمایش قرار می‌گیرد. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر دارای علائم افسردگی در مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد ۴۵ از آن‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و از آن‌ها برای همکاری با پژوهشگر درخواست شد. سپس این دانش‌آموزان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و ۱۵ نفر مداخله معنادرمانی) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از ابتلا به افسردگی بر اساس نمره بالاتر از ۱۸ در پرسشنامه افسردگی بک، مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دخترانه، تمایل به همکاری برای شرکت در مداخله درمانی، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه حاضر. همچنین معیارهای خروج نمونه از

۱. Perez-Aranda

۵. Maddock & Blair

پژوهش شامل عدم علاقه‌مندی نوجوان به ادامه شرکت در پژوهش، عدم همکاری نوجوان برای انجام تکالیف و تمرینات در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

- پرسشنامه افسردگی بک^۱: پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه یکی از معتبرترین آزمون‌های تشخیصی افسردگی بوده و شامل ۲۱ ماده است که علایم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. هر ماده ۴ گزینه دارد که به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. تعداد مواد نشانه‌های جسمانی، شناختی و هیجانی به ترتیب ۸، ۵ و ۸ ماده است. در این پژوهش از ویرایش دوم این آزمون که فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده می‌شود. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. مطالعاتی که به منظور ارزیابی اعتبار و پایایی این آزمون انجام گرفته است حاکی از معتبر بودن این ابزار است. بک و همکاران ثبات درونی این پرسشنامه را به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرانباخ را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیربیمار ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در ایران محمدخانی ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان را گزارش کرده است. در مطالعه دیگری که روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی برای بررسی اعتبار و پایایی ویرایش دوم آزمون بک انجام گرفت ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمد. نمره ۱۸ به عنوان نقطه برش این پرسشنامه مطرح شده است و نمرات بین ۲۹ تا ۶۳ نشان دهنده سطح افسردگی شدید می‌باشند (۲۵).

- پرسشنامه سرمایه‌های روانشناختی لوتانز^۲: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز طراحی شد که دارای ۲۴ سوال و ۴ مولفه است. این پرسشنامه بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به سنجش سرمایه‌های روانشناختی می‌پردازد. مولفه‌های پرسشنامه شامل خودکارآمدی (شامل سوالات ۱ تا ۶)، امیدواری (شامل سوالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (شامل سوالات ۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی (شامل سوالات ۱۸ تا ۲۴) می‌باشند. برای تحلیل بر اساس میزان نمره پرسشنامه نمره‌های به دست آمده را جمع کرده، به این ترتیب حد پایین نمرات ۲۴، حد متوسط ۶۰ و حد بالا ۱۲۰ خواهد بود. روایی پرسشنامه در پژوهش بهادری خسروشاهی و همکاران توسط متخصصان و کارشناسان حوزه روانشناسی و علوم اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت که پس از اعمال اصلاحات جزئی مورد تایید نهایی قرار گرفت. پایایی نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد (۲۶).

برای انجام این پژوهش ابتدا پس از اخذ مجوز از آموزش و پرورش شهر اصفهان، ابتدا چهار مدرسه دخترانه در مقطع متوسطه دوم به صورت در دسترس انتخاب شدند و پس از هماهنگی با مسئولین این مدارس و تکمیل پرسشنامه افسردگی بک توسط دانش‌آموزان، از بین دانش‌آموزانی که در پرسشنامه نمرات بالای ۱۸ دریافت کردند، تعداد ۴۵ دانش‌آموز به صورت هدفمند انتخاب و از آن‌ها برای همکاری با پژوهشگر درخواست شد. سپس این دانش‌آموزان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و ۱۵ نفر مداخله معنادرمانی) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی مبتنی بر پروتکل کابات زین (۲۰۰۵) را در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت کردند و شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دوم؛ تحت مداخله معنادرمانی بر اساس پروتکل فرانکل (۱۹۹۸) در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. بعد از پایان دوره آموزشی گروه‌های آزمایش، دوباره پرسشنامه‌ها توسط سه گروه تکمیل و جمع‌آوری شد و در نهایت پس از دو ماه پرسشنامه‌ها توسط هر سه گروه جهت پیگیری نتایج دوباره تکمیل شد. برای تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

1. Beck depression inventory (BDI)

2. Lotanez

جدول ۱. محتوای جلسات معنادرمانی فرانکل

جلسه	اهداف جلسات
اول	آشنایی مراجعه کننده و درمانگر با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف برگزاری جلسات، تشریح اهمیت قوانین جلسات برای رسیدن به اهداف درمان، مشخص نمودن زمان جلسات.
دوم	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنا و مفهوم زندگی و تعریف آن از نظر مراجعه کننده، بیان چگونگی غلبه بر مشکلات به وسیله یک آرمان (فقط معنای زندگی)، بیان ارزش خودشناسی همراه با مثال آینده و آشنایی با نقاط قوت و ضعف خود، بیان ضرورت ارتباط با جامعه و هم نوعان و بیان ویژگی های افراد سازگار در اجتماع، بحث در مورد نقش امید در زندگی، بیان ویژگی های افراد سرسخت، چگونگی کنار آمدن با رخدادهای منفی زندگی جهت فهم نظریه شادمانی و نسبت دادن علت رویدادهای منفی به عواملی با سه مشخصه بیرونی بودن، گذرا بودن و خاص بودن.
سوم	آگاهی از مفهوم معنا در زندگی و بیان ویژگی های مختلف افرادی که به معنا و مفهوم زندگی پی برده اند و دارای ارزش خودشناسی هستند، تاثیر آن در حالات جسمی و روانی افراد از طریق بررسی احساسات و هیجانات ناشی از این اعمال. تبیین چگونگی رشد امید و بیان اهمیت و ضرورت وجود امید به زندگی و تاثیر آن بر سلامت (فرد از زندگی چه می خواسته و چه می خواهد)، شناسایی هدف و انواع آن به مراجعه کننده و شناسایی شیوه صحیح برگزیدن اهداف مثبت، استفاده از فن ایجاد یک فیلم درونی برای برداشتن قدم هایی به سوی اهداف.
چهارم	تصحیح نگرش ها از منفی به مثبت با شرح مثال دختر نظافت چی، نوازنده ترانه حس مادری، مثال مرد هیزم شکن برای جا افتادن مفهوم معنای زندگی. بحث در مورد راه حل های افزایش امید به زندگی و مسیرهای تفکر برای رسیدن به هدف. ارائه مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروهای لایزال و بیان روحیه گذشت و فداکاری همراه با ذکر مثال، به کارگیری قدرت مبارزه جویی روح مراجعه کننده برای تغییر مثبت شرایط فعلی، شناسایی موانع و برطرف کردن موانع و مشکلات قابل حل در رسیدن به اهداف و تشخیص اهداف غیرموثر.
پنجم	آشنایی با معنای صحیح گذشت داشتن و تقویت کردن روحیه بزرگ از طریق شکستن روح خود و تاثیر آن در زندگی مادی و معنوی، توجه به آینده به جای توجه کردن به گذشته، آشنایی با وظایف و مسئولیت های زندگی جهت هدفمند شدن روند زندگی، پیدا کردن معنای زندگی از طریق عشق، بیان اهمیت وجود شوخ طبعی در زندگی و داشتن لبخند در زندگی و شکست رنج، شناساندن مولفه عاملیت امید به بیماران و بالا بردن انگیزه در مولفه عاملیت امید.
ششم	جست و جوی معنای زندگی در رنج نه خلق آن، شرح شیوه های جست و جوی معنای زندگی، شرح و توصیف ویژگی های یک انسان سالم (قدرت اراده انسان، آزادی و مسئولیت

پذیری)، بیان قانون بقای انرژی، آموزش فن بازتاب زدایی و فرهنگ لبخند زدن، بالا بردن تفکر امیدوارانه از طریق همکاری بین درمانگر و مراجعه کننده.	
آموزش سه منبع معنا: ارزش های خلاق، ارزش های تجربی و ارزش های نگرشی و تشریح آن ها با استفاده از مثال هایی در زندگی مراجعه کننده، حفظ و ابقای امید. آموزش فن فراخوانی و استفاده از قدرت تلقین برای رسیدن به اهداف، لزوم داشتن هدف در حیطه های مختلف زندگی مانند سلامتی، خانواده، عشق، کار، تحصیلات، ایجاد تعهد نسبت به مسئولیت ها و اهداف	هفتم
جمع بندی و خلاصه مطالب جلسات گذشته و اختتامیه جلسات، تکمیل پرسشنامه ها	هشتم

جدول ۲. محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی کابات زین

اهداف جلسات	جلسات
آشنایی و ایجاد ارتباط توضیح قواعد و قوانین جلسات، معرفی تمرین ها و نحوه ی انجام آن	اول
بحث درباره آگاهی بیش تر از احساسات، افکار لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه انجام تمرین کشمش ها و واری بدن تعیین تکلیف های ذهن آگاهانه برای انجام در فاصله ی بین جلسات	دوم
بررسی تکالیف جلسه قبل توجه به احساسات، افکار و گسترش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند تمرین گوش دادن بدون قضاوت و رل پلی بین اعضا تمرین مهارت های یوگا	سوم
بررسی تکالیف جلسه قبل، مهارت های پاسخ گویی به فکر یا احساس ناخوشایند تمرین مراقبه نشسته با تاکید بر احساسات بدنی. تمرین قدم زدن آگاهانه توضیح علائم روانی فیزیولوژیک پاسخ به استرس و تعیین تکالیف خانگی شامل واری بدن، یوگا، مراقبه نشسته، مراقبه قدم زدن	چهارم
بررسی تکالیف جلسه ی قبل، جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی خواندن جدول تجارب ناخوشایند هر کدام از اعضا و ارتباط آن با احساسات بازخورد به مشکلات مراجعان در انجام تکالیف	پنجم
تمرین تغییر عادات قدیمی فکر کردن و بالا بردن قدرت پذیرش امور ناخواسته انجام تمرین مراقبه همچنین در این مراقبه از افراد شرکت کننده خواسته شد که در آغاز نفس خود در ناحیه شکم محبوس تمرین تماس چشمی و ارتباط سازنده و مبتنی بر پذیرش بین اعضا	ششم

تمرکز بر اینجا و اکنون و تمرین رهایی ذهن

تعیین تکالیف خانگی

هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آگاهی از تغییرات جزئی خلق، و احساسات بدنی خود بازخورد و رفع ایرادات مراجعان در انجام تمرین ها.
هشتم	بحث گروهی در مورد احساسات اعضا به پایان جلسات مروری بر تغییرات انجام شده و ابعاد ذهن آگاهی، برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی تعمیم آنها به کل جریان زندگی

یافته‌های پژوهش:

ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سرمایه‌های روانشناختی و ابعاد آن

متغیر	مرحله	معنادرمانی		ذهن آگاهی مبتنی		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سرمایه‌های روانشناختی	پیش‌آزمون	۵۷/۶۶	۹/۷۷	۵۸/۵۳	۹/۸۱	۹/۰۱
	پس‌آزمون	۶۶/۶۶	۱۰/۲۵	۶۷/۵۳	۹/۴۶	۹/۰۸
	پیگیری	۶۴/۸۶	۱۰/۰۱	۶۵/۵۳	۹/۷۳	۸/۹۶
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۳/۸۶	۲/۳۲	۱۴/۱۳	۲/۴۴	۲/۳۳
	پس‌آزمون	۱۶/۰۰	۲/۲۳	۱۶/۲۶	۲/۵۲	۲/۲۹
	پیگیری	۱۵/۴۰	۲/۴۱	۱۵/۵۳	۲/۹۲	۲/۶۸
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۲/۴۹	۱۴/۸۰	۲/۴۲	۲/۴۱
	پس‌آزمون	۱۷/۰۰	۲/۸۷	۱۷/۱۳	۲/۴۴	۲/۴۱
	پیگیری	۱۶/۴۰	۲/۹۹	۱۶/۴۶	۲/۶۶	۲/۶۳
تاب آوری	پیش‌آزمون	۱۴/۳۳	۲/۵۲	۱۴/۵۳	۲/۶۶	۲/۲۴
	پس‌آزمون	۱۶/۶۶	۲/۷۶	۱۶/۸۰	۲/۷۵	۲/۵۰
	پیگیری	۱۶/۳۳	۲/۹۹	۱۶/۴۶	۳/۰۴	۲/۵۷
خوش بینی	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۲/۶۸	۱۵/۰۶	۲/۷۱	۲/۴۱
	پس‌آزمون	۱۷/۰۰	۳/۰۰	۱۷/۳۳	۲/۷۹	۲/۵۷
	پیگیری	۱۶/۷۳	۲/۹۳	۱۷/۰۶	۲/۷۶	۲/۵۸

با توجه به یافته‌های جدول ۳ میانگین نمرات سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش ذهن آگاهی و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه آزمایش، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن افزایش داشته است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل اندازه‌گیری مکرر (پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها، فرض کرویت، فرضیه همگنی و تشابه واریانس‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری) را برآورده می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک از مقدار $0/05$ بیشتر است، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون موچلی برای بررسی کرویت سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن، بیانگر تأیید پیش‌فرض کرویت است. نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه در سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنی‌داری در سطح $0/05$ وجود نداشت ($P > 0/05$) و بدین معنی که همگنی واریانس برقرار است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیر سرمایه‌های

روانشناختی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی	P	اندازه اثر
سرمایه‌های روانشناختی	زمان	۰/۰۸۵	۲۲۰/۴۹۳	(۲, ۴۱)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
مؤلفه‌های روانشناختی	اثر تعاملی	۰/۱۸۱	۲۷/۷۰۴	(۴, ۸۲)	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
سرمایه‌های روانشناختی	گروه	۰/۸۸۸	۰/۵۹۶	(۸, ۷۸)	۰/۷۷۹	۰/۰۵۸
سرمایه‌های روانشناختی	زمان	۰/۰۵۰	۸۲/۳۶۳	(۸, ۳۵)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۵۰
مؤلفه‌های روانشناختی	اثر تعاملی	۰/۱۲۲	۸/۱۶۰	(۱۶, ۷۰)	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۱

منطبق بر جدول ۴، نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی (زمان) در متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای مستقل میانگین با تغییر همراه بوده است، و همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی زمان×گروه بر متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن معنادار می‌باشد و بدین معنی است که در طول زمان (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری) میانگین متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در یکی از گروه‌های مستقل با تغییر همراه بوده است. جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌ها

متغیر	منابع تغییرات	MS	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	P	مجذور اتا
گروه‌ها	آزمایش	۶۵۱/۸۳۰	۲۶۵/۹۱۲	(۲, ۴۲)	۲/۴۵۱	۰/۰۹۸	۰/۱۰۵

۰/۶۹۱	<۰/۰۰۱	۹۳/۹۴۷	(۱/۴۳۲, ۶۰/۱۴۸)	۶/۵۳۴	۶۱۳/۸۷۱	مراحل	سرمایه‌های
۰/۵۶۷	<۰/۰۰۱	۲۷/۵۲۷	(۲/۸۶۴, ۶۰/۱۴۸)	۶/۵۳۴	۱۷۹/۸۷۰	تعامل مراحل	روانشناختی
با گروه							
۰/۱۰۰	۰/۱۰۹	۲/۳۴۱	(۲, ۴۲)	۱۶/۱۸۷	۳۷/۸۹۶	گروه‌ها	خودکارآمدی
۰/۳۵۴	<۰/۰۰۱	۲۲/۹۷۲	(۱/۱۴۱, ۴۷/۹۳۸)	۱/۹۰۲	۴۳/۷۰۳	مراحل	
۰/۲۴۱	۰/۰۰۲	۶/۶۵۹	(۲/۲۸۳, ۴۷/۹۳۸)	۱/۹۰۲	۱۲/۶۶۸	تعامل مراحل	
با گروه							
۰/۱۰۰	۰/۱۰۸	۲/۳۴۴	(۲, ۴۲)	۱۷/۸۱۲	۴۱/۷۵۷۶	گروه‌ها	امیدواری
۰/۳۴۸	<۰/۰۰۱	۲۲/۴۵۷	(۱/۶۸۰, ۷۰/۵۵۰)	۱/۵۰۷	۳۳/۸۴۱	مراحل	
۰/۲۲۵	۰/۰۰۱	۶/۰۹۳	(۳/۳۶۰, ۷۰/۵۵۰)	۱/۵۰۷	۹/۱۸۱	تعامل مراحل	
با گروه							
۰/۰۹۰	۰/۱۳۹	۲/۰۶۶	(۲, ۴۲)	۲۰/۵۶۷	۴۲/۴۹۶	گروه‌ها	تاب آوری
۰/۵۸۳	<۰/۰۰۱	۵۸/۷۸۱	(۱/۴۹۶, ۶۲/۸۳۷)	۰/۷۱۶	۴۲/۰۷۵	مراحل	
۰/۴۱۱	<۰/۰۰۱	۱۴/۶۶۴	(۲/۹۹۲, ۶۲/۸۳۷)	۰/۷۱۶	۱۰/۴۹۶	تعامل مراحل	
با گروه							
۰/۰۸۵	۰/۱۵۷	۱/۹۳۸	(۲, ۴۲)	۲۱/۲۸۹	۴۱/۲۶۷	گروه‌ها	خوش بینی
۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱	۵۵/۸۱۹	(۱/۶۱۴, ۶۷/۷۸۱)	۰/۶۱۰	۳۴/۰۳۹	مراحل	
۰/۴۸۲	<۰/۰۰۱	۱۹/۵۱۰	(۳/۲۲۸, ۶۷/۷۸۱)	۰/۶۱۰	۱۱/۸۹۷	تعامل مراحل	
با گروه							

با در نظر گرفتن مقادیر اپسیلون در جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین بر اساس یافته‌ها، اثر اصلی عامل درون گروهی (مراحل) بر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین صرف‌نظر از گروه، در طول زمان متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در نوجوانان افسرده بهبود یافته است. جهت بررسی اثربخشی آموزش معنادرمانی و ذهن آگاهی و مقایسه بین این دو روش از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه در زمان به صورت دو گروهی بر متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مقایسه گروه‌ها	MS آزمایش	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	P	مجذور اتا
سرمایه‌های روانشناختی	ذهن آگاهی	۰/۱۳۱	۵/۳۰۵	(۴۲/۷۸۰, ۱/۵۲۸)	۰/۰۲۵	۰/۹۴۸	۰/۰۰۱
گواه		۲۸۲/۲۳۵	۷/۰۷۴	(۳۸/۷۸۶, ۱/۳۸۵)	۳۹/۹۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۸

۰/۵۷۳	<۰/۰۰۱	۳۷/۵۲۵	,۳۸/۷۰۰)	۷/۳۵۸	۲۷۶/۱۱۲	گواه	ذهن آگاهی	
			(۱/۳۸۲					
۰/۰۰۲	۰/۸۷۴	۰/۰۴۴	,۳۳/۳۲۹)	۱/۶۹۴	۰/۰۷۵	ذهن آگاهی	معنادرمانی	خودکارآمدی
			(۱/۱۹۰					
۰/۲۷۳	۰/۰۰۲	۱۰/۵۲۳	,۲۹/۹۴۷)	۱/۹۹۶	۲۱/۰۰۶	گواه		
			(۱/۰۷۰					
۰/۲۳۹	۰/۰۰۴	۸/۸۱۰	,۳۲/۲۱۲)	۲/۰۵۴	۱۸/۱۰۰	گواه	ذهن آگاهی	
			(۱/۱۵۰					
<۰/۰۰۱	۰/۹۸۸	۰/۰۰۷	,۴۹/۵۶۴)	۱/۷۴۸	۰/۰۱۱۳	ذهن آگاهی	معنادرمانی	امیدواری
			(۱/۷۷۰					
۰/۲۷۲	<۰/۰۰۱	۱۰/۴۴۹	,۴۵/۵۶۴)	۱/۳۳۸	۱۳/۹۸۴	گواه		
			(۱/۶۲۷					
۰/۲۶۵	۰/۰۰۱	۱۰/۱۱۵	,۴۳/۹۷۴)	۱/۴۷۹	۱۴/۹۵۶	گواه	ذهن آگاهی	
			(۱/۵۷۰					
۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۰/۰۲۱	,۴۰/۸۶۳)	۰/۷۱۷	۰/۰۱۵	ذهن آگاهی	معنادرمانی	تاب آوری
			(۱/۴۵۹					
۰/۴۳۲	<۰/۰۰۱	۲۱/۲۹۲	,۴۲/۴۲۶)	۰/۷۵۲	۱۶/۰۱۵	گواه		
			(۱/۵۱۵					
۰/۴۴۲	<۰/۰۰۱	۲۲/۲۲۳	,۴۰/۰۴۹)	۰/۷۱۸	۱۵/۹۵۶	گواه	ذهن آگاهی	
			(۱/۴۳۰					
۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	,۵۵/۴۷۲)	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱	ذهن آگاهی	معنادرمانی	خوش بینی
			(۱/۹۸۱					
۰/۴۵۸	<۰/۰۰۱	۲۳/۶۸۷	,۴۲/۰۰۴)	۰/۸۱۱	۱۹/۱۹۸	گواه		
			(۱/۵۰۰					
۰/۴۵۸	<۰/۰۰۱	۲۳/۶۸۷	,۴۲/۰۰۴)	۰/۸۱۱	۱۹/۱۹۸	گواه	ذهن آگاهی	
			(۱/۵۰۰					

جدول ۶ نشان می‌دهد که معنادرمانی در مقایسه با گروه گواه، متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن را در سطح معناداری ۰/۰۵ تحت تأثیر قرار داده است. بنابراین آموزش معنادرمانی بر متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن اثربخش است. هم‌چنین ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه، متغیر سرمایه‌های روانشناختی را در سطح معناداری ۰/۰۵ تحت تأثیر قرار داده است و بر متغیر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن اثربخش می‌باشد. به علاوه این یافته‌ها نشان می‌دهد که دو روش معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در نوجوانان افسرده در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دو روش معنادرمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در نوجوانان افسرده اثربخش بودند و هم‌چنین در طول زمان (سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) دو روش معنادرمانی و ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روانشناختی و مؤلفه‌های آن در نوجوانان افسرده اثربخشی یکسانی داشتند. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با

نتایج پژوهش‌های عنایت و همکاران (۱۵)، باباخانی (۱۶)، کومار-شارما و همکاران (۱۷)، پرز آراندا و همکاران (۱۸)، ماداک و بلایر (۱۹) مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی، سلامت روان و پریشانی روانی، همسو می‌باشد. به علاوه نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های شریعت و همکاران (۲۲)، عین بیگی و همکاران (۱۱)، فروزنده و همکاران (۲۳) و چن و همکاران (۲۴) مبنی بر تأثیر معنادرمانی بر سازه‌های روانی مثبت و کاهش اختلالات افسردگی، همسو می‌باشد.

در تبیین همسویی این نتایج می‌توان گفت شریعت و همکاران (۲۲) معتقدند معنادرمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آن‌ها را تغییر دهد و در مقابل آن رویداد واکنش مناسبی نشان دهد. پس شرکت در جلسات معنادرمانی باعث گردید نوجوانان احساس کنند دارای مسئولیت شخصی در برخورد با همه حوادث زندگی حتی حوادث ناگوار هستند و با یافتن معنا در زندگی است، که می‌توانند با شرایط سخت و مشکلات دوران نوجوانی، سازگاری داشته باشند. فروزنده و همکاران (۲۳) نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند افرادی که در زندگی خود احساس معنا می‌کنند و واجد روابط معنادار با دیگران می‌باشند، در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی به علت نگرش سازگارانه‌ای که دارند از آرامش و خون‌سردی خاصی برخوردارند که باعث می‌شود با نگرستن به مشکل خود از زوایای مختلف و بدون از دست دادن کنترل رفتاری و هیجانی در جهت حل منطقی مشکل تلاش کنند. در نتیجه این نوجوانان به جای اینکه مغلوب شرایط بحرانی شوند، سعی می‌کنند تا با احساس مسئولیت و آزادی اراده، تاب آوری خود را افزایش داده و بر شرایط موجود غلبه یابند و چنانچه ناکام شوند از شکست‌های خود عبرت گرفته و به دنبال راه حل‌های منطقی برای بهبود شرایط کنونی‌شان باشند. لذا معنادرمانی با تأکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد گوناگون زندگی نوجوانان، باعث به وجود آوردن افکار و اندیشه‌هایی حاکی از هدفمندی در زندگی می‌شود و این احساس را در افراد تقویت می‌کند که زندگی آن‌ها هدفمند، معنادار و ارزشمند است و منجر به افزایش احساس رضایت، استقلال، هدفمندی، ارزشمندی، ارتباط مناسب با دیگران، مسلط بودن، پیشرفت شخصی و خوش بینی و امیدواری در نوجوانان افسرده می‌شود. در کل معنادرمانی به طور گسترده‌ای برای موقعیت‌هایی که ممکن است فرد در یافتن حقیقت زندگی، دچار احساس یأس و بی‌ارزشی شود کاربرد دارد و بنابراین برای کار با نوجوانان افسرده‌ای که در عملکردهای خود دچار احساس بی‌پهودگی شده یا مشکلات بسیار و زندگی خالی از ارزش و معنا دارند بسیار مؤثر می‌باشد.

همچنین بر اساس نظر عنایت و همکاران (۱۵) در درمان ذهن آگاهی، آموزش راه‌های درست و مناسب مدیریت هیجان‌ها و رشد مهارت‌های بین فردی و مهارت‌های حل مسأله به نوجوانان، می‌تواند بر کفایت و سلامت روانی آن‌ها موثر باشد. در واقع این مهارت‌ها ضمن افزایش شناخت فرد از خودش، اعتماد به خویشتن را افزایش داده و استعداد‌های پنهان را فرا می‌خواند و سپس منجر به آن می‌شود که سطوح بالاتری از استقامت و تاب‌آوری را در کارهای چالشی از خود نشان داده و عملکرد مؤثرتری داشته باشد. کومار-شارما و همکاران (۱۷)، نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانان در درمان ذهن آگاهی از طریق تمرین مکرر مهارت‌های ذهن آگاهی، طی فرایند یادگیری، به طور عامدانه بر ساختار و پردازش‌های شناختی خود نظارت می‌کنند، تا به جای استفاده از الگوهای خودکار و پردازش‌های همیشگی، عادات و الگوهای فکری جدید ایجاد کنند و در نهایت شناخت افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها، به شکل‌گیری بینشی منجر می‌شود که با احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی در نوجوانان مقابله می‌کند و با آموزش فاصله‌گیری از افکار خودانتقادی و مشاهده افکار بدون قضاوت، بر خودانتقادی فایق می‌آیند و این موضوع خوش بینی و خودکارآمدی آن‌ها را افزایش می‌دهد. در کل می‌توان گفت ذهن آگاهی به نوجوانان کمک کرد تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و این امکان را به آن‌ها داد تا به جای اینکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهند با تفکر و تأمل پاسخ دهند. کسب این توانایی باعث گردید که نوجوانان افسرده احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی و روابط خود داشته باشند و به جای پاسخ‌های خودکار منفی، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهند، در برابر چالش‌های دوره

نوجوانی تاب‌آوری بیشتری نشان دهند و با مشکلات بهتر مقابله نمایند و با کاهش هیجانات منفی، جنبه‌های مختلف سرمایه‌های روانشناختی را در خود ارتقاء دهند.

پژوهش حاضر مانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله می‌توان گفت برای انتخاب نمونه آماری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و عدم استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و همچنین نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی در این پژوهش در نظر گرفته نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در مطالعات آتی، برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و معنادرمانی و مقایسه این دو مداخله بر نوجوانان افسرده، نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، سن، میزان تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته شود و از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی نیز استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان افسرده، نهادهای مسئول و مرتبط با دانش آموزان و مراکز درمانی و روانشناختی، گسترش آگاهی و آموزش مهارت‌های معنادرمانی و ذهن آگاهی را سرلوحه برنامه‌های روانشناختی خود در کار با نوجوانان افسرده قرار دهند.

موازین اخلاقی: برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به تمام شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی توسط شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل شد. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. **سپاسگذاری:** از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و مسئولین آموزش و پرورش شهر اصفهان و مدارس مقطع متوسطه به خاطر همکاری با پژوهشگر برای اجرای پژوهش حاضر، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع:

1. Skoog T, Kapetanovic S. The Role of Pubertal Timing in the Development of Peer Victimization and Offending from Early- to Mid-Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. 2022; 42(1): 6-32. <https://doi.org/10.1177/02724316211002265>
2. Ciocanel O, Power K, Eriksen A, Gillings K. Effectiveness of positive youth development interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal Youth Adolesc*. 2021; 46(3): 483-504. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0555-6>
3. Hunnicutt-Ferguson K, Hoxha D, Gollan J. Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behav Res Ther*. 2022; 50(3): 223-230. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fpsy.2021.576432>
4. Moosavi Afzal S.A, Heydari Nasab L. Predicting depressive symptoms based on neuroticism with respect to the mediating role of resilience and mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 14(2): 1-12. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.21847.2013>
5. Golizadeh D. The Effectiveness of Schema Therapy on Self-criticism and Emotional Self-regulation in Depressed Women. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022; 17(67): 1-9. <https://www.doi.org/10.22034/jmpr.2022.15304>
6. Kumar Sharma P, Kumra R. Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*. 2022; 186: 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111363>
7. Shariatipour S, Barabadi H, Heydarnia A. The Effectiveness of Reality Therapy based on Choice Theory on Psychological Capital of Orphan Adolescent Girls. *QJCR*. 2019; 18(71): 36-59. <http://dx.doi.org/10.29252/jcr.18.71.36>

8. Wang B, Hua Y, Dong X. Development and validation of a predictive index of elder self-neglect risk among a Chinese population. *Aging & Mental Health*. 2021; 25(5): 1572–1579. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758903>
9. Bahrami M, Khayatan F, Farhadi H, Aghaei A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's depression in Restructured Families: an Experimental Study. *IJPN*. 2021; 9(2): 11-19. <http://ijpn.ir/article-1-1637-fa.html>
10. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, Basson R. Mindfulness and cognitive behavior therapy for provoked vestibulodynia: Mediators of treatment outcome and long-term effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2020; 88(1): 48-64. <https://doi.org/10.1037/ccp0000473>
11. Einbeigi A, Soleimani A A, Jajarmi M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Improving Cognitive Flexibility in the Elderly. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2021; 13(1): 84-91. <http://dx.doi.org/10.52547/nkums.13.1.85>
12. Bahreini Z, Kahrazehi F, Nikmanesh Z. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Positive and Negative Emotions in Adolescent Girls with Body Dysmorphic Syndrome. *IJRN*. 2022; 8(2): 64-79. <http://dx.doi.org/DOI:%2010.22034/IJRN.8.2.7>
13. Royuela-Colomer E, Orue I, Ren D, Fernandez-Gonzalez L. The Association Between Dispositional Mindfulness and Need Threat Following Ostracism in Spanish Adolescents: The Moderating Role of Age. *Psicothema*. 2022; 34(1): 117- 125. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.147>
14. Yela JR, Crego A, Buz J, Sanchez-Zaballos E, Gomez-Martinez MA. Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and wellbeing after a mindfulness and self-compassion (MSC) training *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*. 2022; 95: 402-422. <https://doi.org/10.1111/papt.12375>
15. Enayat F, Ataee Far R, Abaspoor Azar Z. The Effectiveness of Training Mindfulness Skills on Depression, Anxiety and Stress of Female with Premenstrual Syndrome. *Aumj*. 2021; 10(4): 427-438. <http://dx.doi.org/10.29252/aums.10.4.427>
16. Babakhani V. The Effectiveness of Mindfulness Skills Training on Adjustment and Mental Health of Students. *Rooyesh*. 2019; 8(5): 171-178. <dor/20.1001.1.2383353.1398.8.5.25.9>
17. Kumar D, upadhyay Y, yadav R, goyal A. Psychological capital and innovative work behaviour: The role of mastery orientation and creative self-efficacy, *International Journal of Hospitality Management*. 2022; 102: 1-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103157>
18. Perez-Aranda A, Garcia-Campayo J, Gudee F, Lucianoc J, Feliu-Soler A, Gonzalez-Quintela A, Lopez-del-Hoyo Y, Montero-Marin J. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021; 21: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
19. Maddock A, Blair C. How do mindfulness-based programmes improve anxiety, depression and psychological distress? A systematic review. *Current Psychology*, 2021; 14: 1–23. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02082-y>
20. Madeson M. Logo therapy: Viktor Frankl's Theory of Meaning. *Journal positive psychology*. Published online. 2020; 10 (4): 225-238.

21. Cho S, Cho OH. Depression and quality of life in older adults with pneumoconiosis: The mediating role of death anxiety. *Geriatric Nursing*. 2022; 44: 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.018>
22. Shariat A, Ghazanfari A, Yarmohamedian A, Solati K, Cherami M. The effectiveness of meaning therapy on depression and positive psychological characteristics of the elderly. *Psychology of Aging*. 2021; 7(3): 283-300.
23. Frouzandeh Z, mami S, amani O. The Effectiveness of Group Logotherapy on Resiliency, Depression and Quality of Life in Elderly. *Joge*. 2020; 5 (1): 19-29. <http://joge.ir/article-1-374-fa.html>
24. Chen Q, Wang XQ, He XX, Ji LJ, Liu MF, Ye BJ. The relationship between search for meaning in life and symptoms of depression and anxiety: Key roles of the presence of meaning in life and life events among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282: 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.156>
25. Akbari R, Safai N. Prediction of depression based on feelings of loneliness and social support. The second national conference on social and psychological injuries with emphasis on behavioral sciences, Shiraz; 2022.
26. Nazari Gh, Tomaj A, Hosseini S, Pourqaz Sh. The relationship between psychological capital and social health with teachers' productivity. *Journal of Recent Advances in Humanities Studies*. 2021; 4(38): 1-10.