Original Article

Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression

Kazemi A[1], Golparvar M[2*], Atashpour H[3]

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 2020/03/18 | Accepted: 2020/06/6

Abstract:

Background: Training the skills which increase positive affect leading to a better problem solving, increase social support and has some other advantages which act as a protective factor thus decreasing depression. So this study aimed to compare the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression.

Materials and Methods: This research was a semi-experimental study pre-test, post-test and one and a half month follow-up design with three groups. The sample consisted of 54 female students with depression at secondary high school in Isfahan who were selected based on the inclusion criteria and were randomly assigned in two experimental groups and one control group. The experimental groups were treated with mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy. Golparvar affect capacity questionnaire were used to measure the dependent variables at pre-test, post-test and the follow up. The data were analyzed using repeated measure analysis of variance and Bonferroni post hoc test trough SPSS-22 software.

Results: The results showed that mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy had a significant effect on increasing the affective capital ($P<0.05$). But there was no significant difference between the two treatment groups ($P>0.05$).

Conclusion: Mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy were both effective treatments on increasing the affective capital of female students with depression and training them both can change female student's sentiments about life thus treating depression as a consequence.

Keywords: Mindful self-acceptance therapy, Positive psychotherapy, Affective capital, Depression

***Corresponding Author:**
Email: drmgolparvar@gmail.com
Tel: 0098 313 535 4001-9
Fax: 0098 313 535 4060

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2020; Vol. 24, No 2, Pages 198-208

Please cite this article as: Kazemi A, Golparvar M, Atashpour H. A Comparison of the Effect of Mindful Self-Acceptance Therapy and Positive Psychotherapy on affective Capital of Female Students with Depression. ***Feyz*** 2020; 24(2): 198-208.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

مقایسه تأثیر درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی

آذر کاظمی [۱]، محسن گل‌پرور [*۲]، حمید آتش‌پور [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: آموزش مهارت‌هایی که عواطف مثبت را افزایش می‌دهند، منجر به حلّ بهتر مشکل، افزایش حمایت اجتماعی و فواید دیگری می‌شوند که به‌عنوان عامل محافظتی و کاهنده افسردگی عمل می‌کنند. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه با روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماه و نیمه و سه گروهی بود. نمونه پژوهش، ٥٤ نفر از دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی در مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان بودند که برحسب معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه سرمایه عاطفی گل پرور در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. گروه‌های آزمایش تحت درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سرمایه عاطفی تأثیر داشتند ($P<۰/۰۵$)، اما بین تأثیر این دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر، هر دو روشی مؤثر جهت افزایش سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی هستند. پس با آموزش آن‌ها می‌توان نوع عواطف دختران دانش‌آموز را نسبت به زندگی، تغییر و به تبع آن افسردگی را کاهش داد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه ، روان‌درمانی مثبت‌نگر، سرمایه عاطفی، افسردگی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و چهارم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، صفحات ۲۰۸-۱۹۸

مقدمه

نوجوانی، دوره رشد و تغییرات سریع در اکثر زمینه‌های زندگی فرد، از جسمی تا روان‌شناختی است[۱]. یکی از تغییرات در این دوره افزایش شیوع افسردگی است[۲]. تحقیقات نشان می‌دهند، کاهش عواطف مثبت، یک شاخص اصلی افسردگی و مرتبط با غمگینی، فقدان انرژی، بی‌توجهی و عدم علاقه است[۳]. به همین دلیل افراد افسرده نیازمند بهبود در زمینه‌های شادمانی، انرژی و عاطفه مثبت هستند که تحت عنوان سرمایه عاطفی (Affective Capital) شکل گرفته است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**

گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان

تلفن: ۹-۳۵۳۵۴۰۰۱ ۰۳۱ **دورنویس:** ۳۵۳۵۴۰۶۰ ۰۳۱

پست الکترونیک: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۹/۳/۱۷

سرمایه عاطفی، وضعیتی از نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند، قابلیت تأثیرگذاری به نسبت پایدار بر رفتارها و انتخاب‌های انسان را دارد و قادر به گسترش توان ظرفیتی و مهارتی در افراد، ارتقای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی است[٤]. هم به لحاظ ماهیت و هم به لحاظ پیوندی که سرمایه عاطفی با شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی دارد، در تقابل با علائم و نشانه‌های افسردگی قرار می‌گیرد. به همین جهت هر نوع فعالیت یا تلاشی در مسیر افزایش سطح سرمایه عاطفی، بدون تردید بر کاهش علائم افسردگی نیز تأثیرات بسزایی خواهد داشت. تاکنون طیف متنوعی از درمان‌ها، برای یاری نوجوانان و افراد بزرگسال جهت غلبه بر علائم افسردگی مطرح و استفاده شده است. مهم‌ترین این طیف درمان‌ها به تأیید بسیاری از متون علمی، درمان‌های مثبت‌نگر همراه با درمان ذهن‌آگاهی است. روان‌درمانی مثبت‌نگر (PPT: Positive Psychotherapy) رویکردی برآمده از اصول و قواعد روان‌شناسی مثبت و نیز معطوف به شکوفایی انسان و ظرفیت‌های وی است[۵]. در این نوع روان‌درمانی، با تمرکز بر افزایش شناخت و هیجانات مثبت، ابراز خوش‌بینی، ایجاد قدردانی و پایه‌ریزی مجدد زندگی هدفمند به انسان‌ها کمک می‌شود تا بر افسردگی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

خود غلبه کنند[۸-٦]. شواهد موجود نشان می‌دهند که فنون آموزشی و درمانی مثبت‌نگر نه‌تنها سطح افسردگی را کاهش می‌دهند، بلکه راه و روش زندگی درست، در نتیجه رضایت از زندگی را نیز در افراد بالا می‌برند. افزایش هیجان‌ها و عواطف مثبت که نقش محوری در سرمایه عاطفی دارند، به ارضای نیازهای پایه، مانند خودمختاری، عشق، تعلق‌خاطر و ارتباط، کاهش افسردگی، افزایش شادمانی و احساس بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شوند. شواهد در دسترس نشان می‌دهد که مداخلات مثبت‌نگر با ارتقای عملکرد در مسیر تحقق ظرفیت‌های بهینه انسان نقش اساسی در فعال‌سازی شاخص‌های سرمایه عاطفی دارند[۱۱-۹]. در کنار روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه (MSAT: Mindful Self-Acceptance Therapy)، درمانی مبتنی بر ترکیب فنون درمانی پذیرش‌خود و ذهن‌آگاهی و متمرکز بر فنون درمانی عدم قضاوت درباره خود در گذشته، حال و آینده بدون توجه به ارزیابی‌های مثبت یا منفی قرار دارد. پذیرش‌خود به‌عنوان تمایل به پذیرش مالکیت و مسؤولیت احساسات، نظرات و رفتارها بدون انکار آن‌ها و بدون محکوم کردن خود تعریف می‌شود و ایده‌آل‌ترین روش بازسازی و ارتقای هویت فرد به‌عنوان مبنایی برای بهبودی است[۱۲]. فرد دارای پذیرش‌خود بالا، نگرش مثبتی به خود دارد و همه جنبه‌های خودش را بدون انتقاد و سردرگمی درباره هویت خود تأیید می‌کند[۱۳]. در حالی‌که فرد دچار عدم پذیرش‌خود، ممکن است توجه و منابع فردی زیادی را صرف خود بزرگ‌بینی به منظور جبران نقایص فردی درک‌شده‌اش کند [١٤]. پذیرش‌خود علاوه‌بر حفظ توجه و نگرش مثبت نسبت به خود به‌عنوان یک کل، شامل تجارب زندگی گذشته فرد نیز می‌شود و متکی بر تأیید دیگران یا موفقیت فردی نیست[۱۵] و با سلامت روان‌شناختی و سازگاری به‌ویژه با کاهش در میزان اضطراب و افسردگی مرتبط است [۱۷،۱٦]. یکی از طبیعی‌ترین و ساده‌ترین روش‌ها جهت کاهش خودارزیابی و جایگزینی آن با پذیرش، قرار دادن ذهنیت آگاهانه به‌جای ذهنیت غیرآگاهانه است. در این فرآیند، هدف از تلفیق ذهن‌آگاهی با پذیرش‌خود، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نتیجه افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و سازگاری با موقعیت فعلی به روشی معناداراست [۱۵]. چنین امری منجر به طرح رویکرد نوین درمانی موسوم به پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه شد که در این پژوهش معرفی و استفاده گردید. در کنار مبانی نظری ارائه‌شده درباره روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه که هر دو رویکردی مثبت در درمان افسردگی هستند، شواهد پژوهشی نیز از اثربخشی این رویکردهای درمانی حمایت می‌کنند. برای نمونه، پژوهش نفرستی و همکاران [۸] و تقوی‌نیا و علمداری[۱۱]، اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر افزایش شادمانی، بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در افراد دارای افسردگی نشان می‌دهند؛ مطالعه مددی‌زواره و همکاران [۱۸]، اثربخشی درمان مثبت‌نگر وجودی و پژوهش گل‌پرور و طباطبائی‌نژاد [۱۹] نیز تأثیر درمان مثبت‌نگر ذهن‌آگاهانه را بر افزایش سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر نوجوان مورد تأیید قرار دادند. در خارج از ایران نیز پژوهش Donaldson و همکاران [۹]، مطالعه Roth و همکاران [۲۰] و فراتحلیل Sin و Lyubomirsky تأثیر معنادار مداخلات مثبت‌نگر را بر بهبود بهزیستی و کاهش افسردگی نشان می‌دهند [۲۱]. در مجموع، مطالعات مورد اشاره، از اثربخشی درمان‌های حوزه مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی حمایت می‌کنند؛ همچنین، پژوهش‌های صورت‌گرفته بر نوجوانان دارای افسردگی نشان داده‌اند که سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن، یعنی عاطفه مثبت، شادمانی و احساس انرژی آن‌ها در شرایط مطلوبی قرار ندارد [۱۹،۱۸]. رویکرد مطالعه حاضر از بنیاد، رویکرد مثبت‌نگر هم در سطح متغیرهای مستقل و هم در سطح متغیر وابسته بود. به همین دلیل از رویکردهای درمانی دیگر، نظیر درمان‌شناختی- رفتاری به‌عنوان درمان رقیب استفاده نشد. از طرف دیگر با توجه به نقش همزمان فرآیندهای درمانی پذیرش‌خود و ذهن‌آگاهی در تضعیف علائم و نشانه‌های افسردگی و در عین‌حال عدم توجه شایسته و کافی به ظرفیت‌های جدید درمان‌های ترکیبی مثبت‌نگر، مانند درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه در رفع نیازهای شناختی، هیجانی و عاطفی نوجوانان دارای علائم افسردگی، به‌خصوص دانش‌آموزان دختر که ممکن است در این حوزه نیازمند یاری و کمک درمانی بیشتری باشند[۱۹]؛ در مطالعه حاضر، اثربخشی درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر برای اوّلین‌بار بر سرمایه عاطفی نوجوانان دختر دانش‌آموز مورد بررسی قرار گرفت. درواقع، خلأ دانش موجود در رابطه با تأثیر استفاده هم‌زمان از فنون پذیرش‌خود و ذهن‌آگاهی در راستای بهره‌مندی هرچه بیشتر از ظرفیت هم‌زمان این دو رویکرد در کنار هم در یک بسته درمانی[۱٦،۱۵]، آن‌گونه که در پژوهش حاضر و در بسته تدوین‌شده درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه وجود داشته، نیز یکی دیگر از زمینه‌های ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر بوده است. از سوی دیگر به‌دلیل نوین بودن بسته درمانی پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، منطقی و طبیعی بود که برای مقایسه اثربخشی این بسته درمانی، رویکرد درمانی مثبت‌نگر قبلاً آزموده و اعتبارسنجی شده در قالب بسته روان‌درمانی مثبت‌نگر مورد استفاده قرار گیرد. در مجموع براساس آن‌چه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح سه‌گروهی (شامل یک گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر، یک گروه درمان پذیرش-خود ذهن‌آگاهانه و یک گروه کنترل) و سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بود. جامعه آماری پژوهش، دانش‌آموزان دختر دارای علائم افسردگی در منطقه چهار آموزش و پرورش شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۸ بودند. طی فراخوان در مدارس دخترانه مقطع متوسطه در مورد سنجش برخی نشانه‌های خلق و انرژی پایین (برای پیشگیری از هرگونه سوءگیری نامی از افسردگی آورده نشد)، ۳۰۷ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل نمودند. از این تعداد پس از غربالگری اوّلیه مطابق با مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher، ۲۱۲ نفر دارای افسردگی بودند. برای تعیین حجم نمونه موردنیاز برای سه گروه پژوهش، از میان ۲۱۲ نفر دارای علائم افسردگی، براساس قاعده حداقل تعداد موردنیاز برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی که توسط Gall و همکاران [۲۲] به تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده و نیز با توجه به احتمال ریزش در طول دوره پژوهش، برای هر یک از سه گروه پژوهش ۱۸ نفر (در مجموع ٥٤ نفر) از طریق مصاحبه ساختاریافته و بررسی معیارهای ورود و خروج، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. با توجه به ملاک اصلی ورود به پژوهش که داشتن افسردگی در نقطه برش ٦ و بالاتر بود، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای ورود علاوه‌بر کسب نمره ٦ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان Kutcher، مؤنث بودن، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۷ تا ۱۹ سال؛ و همچنین 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 پایین‌تر بودند. ملاحظات اخلاقی هم، از جمله رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار تام برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی در مورد پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش به‌طور کامل مدّنظر قرار گرفتند. همچنین در راستای معیارهای اخلاقی در پژوهش‌های علمی، گروه کنترل در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر یا درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه قرار گرفتند (کد اخلاق: IR.IAU.KHUISF.REC.1397.196). شیوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه‌های آزمایش طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در ابتدای شروع درمان به‌عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات، به‌عنوان پس‌آزمون و پس از مدت یک ماه و نیم، یک‌بار دیگر به‌عنوان پیگیری، میزان سرمایه عاطفی سه گروه مورد سنجش قرار گرفت. از دو درمان مورد استفاده، درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه برای اوّلین‌بار و به‌طور اختصاصی برای این پژوهش برحسب متون درمان پذیرش‌خود و ذهن‌آگاهی با استفاده از تحلیل شبکه‌های موضوعی (مضمونی) قیاسی نظریه‌محور مبتنی بر رویکرد Attride Stirling [۲۳] طی یک فرآیند پیچیده و طولانی چندماهه (به‌صورت محقق‌ساخته) تهیه و تدوین شد. ضریب توافق در مورد محتوای جلسات، ساختار درمان، کفایت درمان و مناسب بودن طول زمان درمان براساس نظر شش داور متخصص روان‌شناس فعال در حوزه درمان‌های روان‌شناختی، بالای ۸۰ درصد و مطلوب به‌دست آمد. این بسته درمانی نوین طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۱ نفر از دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی، بررسی و برای اجرای نهایی تأیید شد. روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز از طریق بسته درمانی Rashid و Seligman [٥] که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده بود، اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲- جلسات درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه (MSAT) و روان‌درمانی مثبت‌نگر (PPT)

جلسات	محتوای جلسات پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

اوّل	معارفه، بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، آموزش سه مفهوم خود و جدایی افکار از خود.	معارفه، سپس ساختار مداخله، مشخص نمودن نقش‌ها و مسؤولیت‌های شرکت‌کنندگان، فقدان منابع مثبت و تأثیر آن بر افسردگی، معرفی مثبت و چگونگی تأثیر آن بر بهزیستی
دوم	آموزش مؤلفه‌های جهت‌گیری به تجربه کنجکاوی، گشودگی و بدون قضاوت بودن.	پیگیری داستان معرفی مثبت، تأثیر آن بر درک خود، آموزش و پرورش قدردانی از طریق نوشتن تجربیات مثبت و قدردانی از تأثیر سپاسگزاری بر بهزیستی
سوم	آموزش تنظیم ارادی توجه (توجه آگاهانه) برای تسهیل پذیرش، همچنین آموزش دوست داشتن خود.	کاردرمانی بر روی 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.
چهارم	آموزش نگرش صبورانه همراه با مهربانی و بدون تلاش برای کنترل تجربه همچنین ادامه آموزش دوست داشتن خود.	تمرکز بر تقویت توانمندی‌های مَنشی و توانمندی خاص و ترسیم نیمرخ توانمندی‌ها با استفاده از جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف مانند خودگزارشی، سنجش آنلاین، اعضای خانواده و دوستان
پنجم	آموزش توانمندی‌های شناختی. تقویت توانمندی‌های شناختی و ایجاد نگرش همراه با خلاقیت، کنجکاوی و گشوده و باز به تجارب	آموزش مهارت خرد عملی و استفاده از راهبردهای خرد عملی (جستجوی ویژگی، یافتن روابط، حلّ تعارض، تأمل و درجه‌بندی)
ششم	آموزش توانمندی‌های تعالی. هدف: افزایش تاب‌آوری، ایجاد قدردانی، امید و یافتن معنا.	انجام بررسی میان‌دوره‌ای، پیگیری تکالیف قدردانی، به اشتراک گذاشتن روزنگار نعمت‌ها و موهبت‌ها و بحث درباره آن
هفتم	آموزش توانمندی‌های بین فردی. تقویت اهمیت روابط اجتماعی و روش‌های ابراز علاقه، و اطمینان از ایجاد و حفظ روابط مثبت در زندگی و افزایش عواطف مثبت.	تمرکز بر خاطرات حل‌نشده یا باز (منفی) و خاتمه‌یافته یا بسته (مثبت حل‌شده) یادآوری، نوشتن و پردازش خاطرات مورد اشاره و بازآموزش مهارت‌هایی برای رویارویی با خاطرات
هشتم	آموزش توانمندی هیجانی، همچنین آموزش خودبخشودگی.	تعریف و آموزش بخشش و این‌که فرآیندی برای تغییر یک رویداد است.
نهم	ادامه آموزش خودبخشودگی و سپس آموزش توانمندی‌های اعتدال.	کار بر روی مفهوم زیاده‌خواهی (قصد ایجاد بهترین انتخاب) و قناعت (انجام یک انتخاب کافی)
دهم	آموزش توانمندی‌های عدالت و کار بر روی یادگیری خوب عمل کردن به‌عنوان عضوی از گروه، برابری و سازماندهی اعمال	جستجو و پیگیری تلاش‌های معنادار برای کامیابی بیشتر

برای غربالگری و سنجش متغیر پژوهش از مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher و پرسشنامه سرمایه عاطفی گل‌پرور به شرح زیر استفاده شد:

۱. برای سنجش افسردگی از مقیاس ۱۱ سؤالی Kutcher که در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است و شامل دو حوزه افسردگی اساسی و خودکشی می‌باشد، استفاده شد. این مقیاس برای تشخیص افسردگی در آغاز مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس پاسخگویی به این پرسشنامه به‌صورت لیکرت ٤ درجه‌ای ۰= کم تا ۳= خیلی زیاد است. در تفسیر نمرات، نقطه برش ٦ با کارایی دقت تشخیص، ۹۲ درصد از نوجوانان دارای افسردگی را از افراد بدون افسردگی متمایز می‌سازد. نمره هر آزمودنی عبارت است از: مجموع نمرات وی در تمامی عبارات؛ و نمره‌گذاری در تمامی عبارات به‌صورت مستقیم است. تحلیل‌های آماری در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مشخص کرد این آزمون بالاترین قدرت تشخیصی را داراست [٢٤]. همچنین در تحقیق Brooks و همکاران تأیید شد که علاوه‌بر قدرت تشخیصی بالا، مقیاس حاضر همبستگی بالایی با مقیاس‌های مشابه خود دارد [۲۵]. روایی و پایایی این مقیاس بر روی ٤۰۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان مورد بررسی قرار گرفته و ساختار عاملی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران به‌طور کلی ۰/۷۰ برآورد شده است [۲٦]. همچنین Gesinde و Sanu همسانی درونی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و با روش دونیمه‌سازی ۰/۷۸ گزارش کردند [۲۷]. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، برابر ۰/۷۵ به‌دست آمد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

۲. به منظور سنجش سرمایه عاطفی، پرسشنامه بیست سؤالی سرمایه عاطفی گل‌پرور که در سال ۲۰۱٦ تدوین شد، به کار رفت. این پرسشنامه متشکل از سه حیطه عاطفه مثبت (۱۰ سؤال)، احساس انرژی (۵ سؤال) و شادمانی (۵ سؤال) است. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای به‌صورت هرگز=۱ تا همیشه=۵ است. برای محاسبه امتیازات، نمرات فرد پاسخگو در کلّ پرسشنامه با یکدیگر جمع می‌شود و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح سرمایه عاطفی است [٤]. تحلیل عاملی اکتشافی روایی سازه این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸ تا ۰/۹٦ گزارش شده است [٤]. در پژوهش مددی‌زواره و همکاران آلفای کرونباخ سرمایه عاطفی ۰/۹۲ به‌دست آمد [۱۸]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای سرمایه عاطفی ۰/۹٤، به‌دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون، تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سه گروه پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این متغیرها در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر در مطالعه وارد و تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود، بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری از نظر مشخصات دموگرافیک وجود ندارد.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل

متغیر	گروه پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	گروه روان‌درمانی مثبت	گروه کنترل
سن	۱۷/۵۰±۰/۵۱٤	۱۷/٤٤±۰/۵۱۱	۱۷/۵۰±۰/۵۱٤
تحصیلات مادر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زیر دیپلم	۵ (۲۷/۸)	۸ (٤٤/٤)	٤ (۲۲/۲)
دیپلم تا لیسانس	۸ (٤٤/٤)	۹ (۵۰)	۱۱ (٦۱/۱)
بالاتر از لیسانس	۵ (۲۷/۸)	۱ (۵/٦)	۳ (۱٦/۷)
فوت‌شده	۰	۰	۰
	P =۰/۳۲ و χ^2=٤/٦۹٦		
تحصیلات پدر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زیر دیپلم	۸ (٤٤/٤)	۵(۲۷/۸)	۳ (۱۸/۳)
دیپلم تا لیسانس	۳ (۱٦/۷)	۸(۳۸/۹)	۱۱ (۵۰)
بالاتر از لیسانس	۷ (۳۸/۹)	۵(۲۷/۸)	٤ (۲۵)
فوت‌شده	۰	۱(۵/٦)	۰
	P =۰/۱۳۲ و χ^2=۹/۸۲۱		
سنّ مادر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زیر ٤۰ سال	۵(۲۷/۸)	۷(۳۸/۹)	۸(٤٤/٤)
۵۰-٤۰ سال	۱۲(٦٦/۷)	۱۰(۵۵/٦)	۱۰(۵۵/٦)
بالای ۵۰ سال	۱(۵/٦)	۱(۵/٦)	۰
فوت‌شده	۰	۰	۰
	P=۰/۷٤۵ و χ^2=۱/۹۵		
سنّ پدر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زیر ٤۰ سال	۰	۰	۰
۵۰-٤۰ سال	۱۵(۸۳/۳)	۱۲(٦٦/۷)	۱۷(۹٤/٤)
بالای ۵۰ سال	۳(۱٦/۷)	۵(۲۷/۸)	۱(۵/٦)
فوت‌شده	۰	۱ (۵/٦)	۰
	P =۰/۲۳۷ و χ^2=۵/۵۳		

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

در جدول شماره ۳ آماره‌های توصیفی سرمایه عاطفی همراه با آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول شماره ۳- آماره‌های توصیفی به تفکیک سه گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (تعداد: ٥٤ نفر)

متغیر	مرحله	درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه		گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر		گروه کنترل	
		شاپیروویلک		شاپیروویلک		شاپیروویلک	
سرمایه عاطفی	پیش‌آزمون	۵۲/۸۸±۱۲/۳۱	۰/۱٦۱	۵۱/۸۸±۸/۵۷	۰/۰۷٤	۵۵±۱۱/۲	۰/۰٦٤
	پس‌آزمون	٦۵/۳۸±۱۰/۰۱	۰/۷۳۷	٦۷/٦۱±۹/۰٦	۰/۸۱۳	٤۹/۵±۱۰/۷۱	۰/٦۹۱
	پیگیری	٦٤/۷۲±۱۳/۱۹	۰/۳۸٦	٦۳/۳۳±۱۲/۹٤	۰/۹٦۱	٤٦/۷۲±۱۱/۹٤	۰/۷۱۱

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، تغییرات از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سرمایه عاطفی در هر دو درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت به گروه کنترل چشمگیرتر است. پیش از اجرای تحلیل نهایی، آزمون شاپیروویلک نشان داد سرمایه عاطفی در هر سه مرحله غیرمعنادار است، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس خطا (آماره F لوین به ترتیب برای سرمایه عاطفی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۰/۲۳٤، ۰/٤۹۹، ۰/۸۵۷) و غیرمعنادار بود ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت با توجه به سطح معناداری ۰/۰۵ برای متغیر وابسته پژوهش رد شد؛ در نتیجه از آزمون تحلیل واریانس تعدیل‌یافته با استفاده از Green-House Giesser برای بررسی داده‌های پژوهش استفاده شد. آزمون ام‌باکس (برابر با ۰/۵۳٦) جهت برابری ماتریس واریانس - کواریانس حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشده درون‌گروهی و بین‌گروهی سرمایه عاطفی در سه مرحله آزمایش در جدول شماره ٤ ارائه شده است.

جدول شماره ٤- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشده درون‌گروهی و بین‌گروهی سرمایه عاطفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اثرات	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
درون گروهی	آزمون	۱٦۰۱/۸٦٤	۱/۷۲	۹۲۹/۱۱۱	۱۸/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۲٦٤	۱
	تعامل آزمون با گروه	۳۱۹٦/۱۷۳	۳/٤٤۸	۹۲٦/۹۲	۱۸/۲۸۸	۰/۰۰۰	۰/٤۱۸	۱
	خطا	٤٤۵٦/٦۳	۸۷/۹۲۸	۵۰/٦۸۵	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	٤۰۱۸/۲۳۵	۲	۲۰۰۹/۱۱۷	٦/۹۲٦	۰/۰۰۲	۰/۲۱٤	۰/۹۰۹
	خطا	۱٤۷۹۵/۲۰٤	۵۱	۲۹۰/۱۰۲	-	-	-	-

نتایج جدول شماره ٤ در بخش اثرات درون‌گروهی نشان می‌دهد اثر زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است ($P<۰/۰۵$). همچنین در بخش اثرات بین گروهی نشان می‌دهد که عامل گروه نیز معنادار است. این یعنی حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه پژوهش در سرمایه عاطفی تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۵$). برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

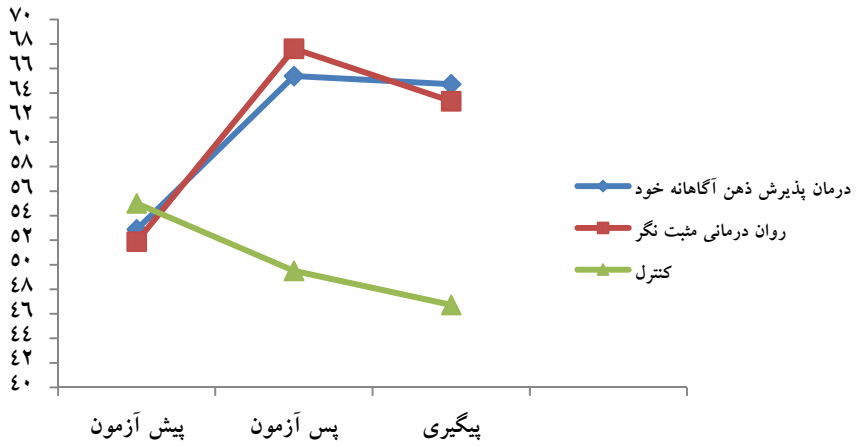
جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در سرمایه عاطفی به تفکیک پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	گروه اوّل	گروه دوم و سوم	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس‌آزمون	درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	روان‌درمانی مثبت‌نگر	-۲/۸۵۸	۲/٤۲۵	۰/۷۳۲
	درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	کنترل	۱۷/۲۳۱	۲/٤۳۱	۰/۰۰۰
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	کنترل	۲۰/۰۸۹	۲/٤٤	۰/۰۰۰
پیگیری	درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۰/۷۲۱	۳/۵۲۲	۱
	درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه	کنترل	۱۹/٤۱	۳/۵۳۱	۰/۰۰۰
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	کنترل	۱۸/٦۸۸	۳/۵٤۵	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ٦ دیده می‌شود، درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بر متغیر سرمایه عاطفی تأثیر معنادار داشته‌اند ($P<۰/۰۵$)؛ ولی بین دو درمان با یکدیگر تفاوت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$). نمودار زیر روند تغییرات نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر سرمایه عاطفی نشان می‌دهد.



شکل شماره ۱- مقایسه میانگین نمرات سرمایه عاطفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

بحث

این پژوهش که با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی انجام شد، از اثربخشی هر دو نوع درمان نوین پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر حمایت می‌کند. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه اگرچه به‌دلیل نوین بودن درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و متغیر سرمایه عاطفی، پژوهشی یافت نشد که به‌طور کامل از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد؛ ولی با در نظر گرفتن جهت‌گیری کلی مثبت‌نگری پژوهش حاضر، می‌توان گفت نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش مددی‌زواره و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مثبت‌نگر وجودی بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب اجتماعی [۱۸] و با نتایج مطالعه گل‌پرور و طباطبائی‌نژاد در خصوص تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی نوجوانان دختر دارای افسردگی [۱۹] و همچنین با برخی نتایج مطالعات خارج از ایران، نظیر مطالعه Donaldson و همکاران [۹]، Sin و Lyubomirsky [۲۱] و همچنین پژوهش Roth و همکاران [۲۰] در خصوص اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر بر علائم و نشانه‌های افسردگی، بهزیستی و یا شادمانی همسویی نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که اگرچه در هیچ‌یک از پژوهش‌های مورد اشاره، درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر روی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی به‌کار گرفته نشده است، ولی به لحاظ کلی با در نظر گرفتن دو درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌عنوان دو درمان نوین در متن رویکرد مثبت‌نگری رو به پیشرفت، کماکان از تأثیر درمان‌های مثبت‌نگر برای نوجوانان دارای مشکل خاص، مانند نوجوانان دختر دارای افسردگی حمایت می‌کند و با پژوهش‌های این حوزه هم‌جهت است. تأثیر درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی در مطالعه حاضر، از چند منظر قابل تبیین و توضیح است. در درجه اوّل، می‌توان گفت از آن‌جایی که در درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، بر آگاهی از قوت‌ها و ضعف‌های خود، قدردانی ذهنی یا واقعی از استعدادها، ظرفیت‌ها، رشد کلی و احساس رضایت از خود تأکید می‌شود [۱۵] و از طرف دیگر، از آن‌جایی که جهت‌گیری بدون قضاوت و گشوده همراه با نگرش همراه با شفقت و صبر یکی از محورهای پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه است، طبیعی است که با ورود فرد به مسیر پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش می‌یابد و توانایی سازش با موقعیت فعلی به روشی معنادار در کنار کاهش خودارزیابی اتفاق می‌افتد [۱۷]. این فرآیند در مسیری رو به جلو، موجب کاهش عواطف منفی [۱۶،۱۴] و در عوض افزایش عاطفه مثبت که مؤلفه‌ای از سرمایه عاطفی است، می‌شود. همچنین در درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، با عبور از احساس گناه، شرم و سرزنش و بخشیدن و دوست داشتن خود [۱۵]، عواطف فرد به سمت پذیرش تغییر می‌یابد و هرچه فرد نگرشی پذیرا به سمت خودش، بدون مورد قضاوت قرار دادن هیجانات خود اتخاذ کند، بیشتر قادر است به محتوای هیجانی خود نزدیک شود و به‌طور موفقیت‌آمیزی آن را تنظیم کند [۱۷]؛ در نتیجه منابع فردی که صرف خودبزرگ‌بینی به

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

منظور جبران نقایص درک‌شده می‌شد، آزاد گشته، افزایش عواطف مثبت را در پی خواهد داشت [۱۶]. این امر نیز خود زمینه‌ی ارتقای سرمایه عاطفی در دانش‌آموزان دختر افسرده را فراهم می‌کند. از طرف دیگر، هر دو درمان مثبت‌نگر و پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه، جهت‌گیری به زمان حال و ظرفیت توجه فرد به تجربیات و هیجانات مثبت را که قبلاً با توجه انتخابی به سمت تجارب منفی نادیده گرفته می‌شد، بهبود می‌بخشند [۱۷] و نگرش بدون قضاوت را آغاز می‌کنند و همراه با کنجکاوی، توجه مثبت‌تر به تجربیات خنثی را برای افراد میسر می‌سازند؛ بنابراین همین امر نیز سرمایه عاطفی را بالا می‌برد. بالأخره تبیین مکمل دیگر در خصوص تأثیر درمان مثبت‌نگر و پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه بر سرمایه عاطفی، به‌کارگیری قوای ذهنی در راستای توجه متمرکز و پرهیز از عواملی است که موجب عدم تمرکز و حواس‌پرتی می‌شوند. واقعیت امر این است که شواهد قابل توجهی تاکنون وجود دارد که نشان می‌دهد، تمایل به این‌که چیزهای خوب اتفاق خواهند افتاد، خود می‌تواند موجب افزایش احساس انرژی شود [٤]. این افزایش احساس انرژی در اثر انتظار رخداد وقایع مثبت نیز خود سرمایه عاطفی را افزایش خواهد داد. در کنار تبیین‌های ارائه‌شده برای اثربخشی هر دو درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر، در تبیین نتایج روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سرمایه عاطفی می‌توان گفت که در این نوع درمان از توانمندی‌های مَنشی و استعدادهای فرد و ارائه چیزی فراتر از خود، مانند معنویت، خانواده یا اجتماع به منظور ایجاد احساس رضایت و این باور که زندگی خوب است، استفاده می‌شود. چنین فعالیت‌هایی احساسی ذهنی ایجاد می‌کند که به‌طور جدی به شادمانی نزدیک است [٤]. از طرف دیگر روان‌درمانی مثبت‌نگر، هیجان‌های مثبت از گذشته را با ایجاد رضایت، قناعت و آرامش تلفیق و هیجان‌های مثبت از آینده را از طریق امید، خوش‌بینی، باور و اعتماد ایجاد می‌کند [٥]. همچنین از طریق تکنیک‌ها و مهارت‌های مثبت در جلسات درمان و با اشتراک گذاشتن تجربیات مثبت و دریافت بازخوردهای مثبت و حمایتی از گروه باعث تغییر نگرش فرد نسبت به دیگران و زندگی و بهبود روابط مثبت می‌شود [۱۰]. این افزایش در هیجانات و روابط مثبت، ایجاد احساس معنا و هدفمندی در زندگی و انرژی حاصل از غرقگی که در روان‌درمانی مثبت مورد تأکید قرار می‌گیرد، در نهایت منجر به افزایش سرمایه عاطفی می‌شود[٤]. در مقایسه دو درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر مشخص شد که بین دو درمان بر کاهش سرمایه عاطفی تفاوتی وجود ندارد. این عدم تفاوت نشان از آن دارد که درمان پذیرش-خود ذهن‌آگاهانه که برای اوّلین‌بار مخصوص این پژوهش تدوین شد، در مقایسه با روان‌درمانی مثبت‌نگر که درمانی معتبر و آزموده‌شده در داخل و خارج از ایران است، بر افزایش سرمایه عاطفی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی اثرات یکسانی دارد. این برابری اثربخشی، می‌تواند ناشی از محتوا و جهت‌گیری مثبت‌نگر هر دو درمان باشد. نگاهی به محتوای دو درمان در جدول شماره ۲، به‌خوبی نشان می‌دهد که هر دو درمان در عمل بر تقویت نگاه مثبت به خود و ظرفیت‌های خود بدون قضاوت و داوری منفی متمرکز هستند. این اثربخشی یکسان از جهت‌گیری مشترک درمانی این دو درمان نشأت می‌گیرد. از طرف دیگر این انتظار وجود دارد که استفاده هم‌زمان از پذیرش‌خود و ذهن‌آگاهی در درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه بتواند فراتر از روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقای سرمایه عاطفی که در تقابل و تضاد کامل با افسردگی می‌باشد، قرار بگیرد. اثربخشی یکسان هر دو درمان علی‌رغم انتظار اوّلیه مورد اشاره، مانع از این تبیین نمی‌شود که با احتمال زیاد، درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه ممکن است برای نوجوانانی که افسردگی آن‌ها با عدم پذیرش خود در ارتباط است، مفید باشد و در مقابل روان‌درمانی مثبت‌نگر برای نوجوانانی که احساس می‌کنند سراپا ضعف و ناتوانی هستند، بیشتر بتواند مفید فایده باشد. این نکته چیزی است که لازم است در مطالعات آینده، پیگیری و به آن توجه ویژه شود. در مجموع به‌نظر می‌رسد که دو درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌توانند به‌طور قابل توجهی به دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی کمک کنند؛ زیرا از جمله کارکردهای سرمایه عاطفی ایجاد احساس نشاط، آرامش، تلاش برای اهداف ارزشمند و ارتباط اجتماعی با دوستان است که برقراری این روابط دوستانه علاوه‌بر تأمین منابع مربوط به حمایت اجتماعی باعث کاهش میزان انزوای فردی و غم و اندوه در نتیجه افسردگی می‌شود [٤]. در پایان لازم است تا محدودیت‌های پژوهش حاضر در تبیین و تعمیم نتایج موردتوجه قرار گیرد. نخستین محدودیت این پژوهش، اجرای مداخله بر روی دانش‌آموزان دختر پایه دوازدهم مقطع متوسطه دوم است. بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان پسر و نمونه‌های دیگر احتیاط شود. محدودیت قابل اشاره دیگر، اجرای پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی و با توجه به معیارهای ورود و خروج و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در همه مراحل پژوهش می‌باشد. جهت رفع محدودیت‌های پژوهشی مورد اشاره پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر در مطالعات آینده و بر روی دانش‌آموزان هر دو جنس (دختر و پسر) در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در راستای افزایش دقت نتایج به‌دست‌آمده، در صورت امکان از نمونه‌گیری تصادفی استفاده

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش توصیه می‌شود که مدارس مقطع متوسطه با استفاده از مشاوران مدرسه برای کمک به دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی از درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر بهره بگیرند و یا با آگاهی دادن و اطلاع‌رسانی به دانش‌آموزان دختر و خانواده‌های آن‌ها، ایشان را به سمت استفاده از این دو درمان سوق دهند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، به‌نظر می‌رسد درمان پذیرش‌خود ذهن‌آگاهانه و روان‌درمانی مثبت‌نگر، علی‌رغم محدودیت‌های ذکرشده بتواند گام مفیدی در درمان روان‌شناختی باشد و امید است بتوانیم با همراه نمودن این درمان‌ها در کنار درمان‌های دارویی و روان‌پزشکی، سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی را ارتقا و در نتیجه غم و اندوه ناشی از افسردگی را کاهش دهیم.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش، همچنین آموزش و پرورش استان اصفهان و دست‌اندرکاران مدارسی که با همکاری خود، زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References:

[1] Steinberg L, Dahl R, Keating D, Kupfer DJ, Masten AS, Pine D. The study of developmental psychopathology in adolescence: integrating affective neuroscience with the study of context. In: Cicchetti D, Cohen DJ Developmental Psychopathology. 2th ed. New Jersey: Wiley; 2006. p. 710–41.

[2] American Psychological Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4^{th} ed. Washington DC: APA Press; 1994. p. 356.

[3] Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. ***J Abnorm Psychol*** 1991; 100(3): 316–36.

[4] Golparvar M. Affective capital: Essential and functional. Tehran: Jangale Publisher; 2016. p. 337. [in Persian]

[5] Rashid T, Seligman MEP. Positive psychotherapy: Clinician manual. New York: Oxford University press; 2018. p. 365

[6] Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. ***BMC Public Health*** 2013; 13(1): 119.

[7] Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being?. ***Current Directions Psychological Sci*** 2013; 22(1): 57-62.

[8] Nofresti A, Roshan R, Fata L, Hassanabadi H, Pasandideh A, Shaeiri M. The effectiveness of positive psychotherapy on happiness and psychological well-being on person with depression. ***Pos Psychol J*** 2015; 1(1): 1-18. [in Persian]

[9] Donaldson SI, Dollwet M, Rao MA. Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. ***J Pos Psychol*** 2014; 10(3): 185-95.

[10] Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. ***Am Psychol*** 2006; 61: 774-88.

[11] Taghvaienia A, Alamdari N. Effect of Positive Psychotherapy on Psychological Well-Being, Happiness, Life Expectancy and Depression among Retired Teachers with Depression: A Randomized Controlled Trial. ***Community Ment Health J*** 2020; 56(2): 229-37.

[12] Ashear V, Hastings V. Self-acceptance: The key to recovery from mental illness. Las Vegas: Central Recovery Press; 2015. p. 198.

[13] Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. ***J Happiness Stud*** 2006; 9(1): 13-39.

[14] Flett GL, Besser A, Davis RA, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. ***J Ration Emot Cogn Behav Ther*** 2003; 21(2): 119–38.

[15] Carson SH, Langer, EJ. Mindfulness and self-acceptance. ***J Ration Emot Cogn Behav Ther*** 2006; 24(1): 29-43.

[16] Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. ***Pers Individ Dif*** 2010; 49(6): 645-50.

[17] Casey LJ, Van Rooy KM, Sutherland SJ, Jenkins S M. Improved self-acceptance, quality of life, and stress level from participation in a worksite Yoga foundations program: A pilot study. Study. ***Int J Yoga Therap*** 2007; 28(1): 15-21.

[18] Madadi Zavareh S, Golparvar M, Aghaei A. A comparison of the effect of positive existential therapy and iranian-islamic positive therapy on affective capital of female students with social anxiety. ***jcmh*** 2019; 6(3): 112-25. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

[19] Golparvar M, Tabatabaie Nejad FA. The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital of female students with depression. *JPEN* 2020; 6(3): 30-8. [in Persian]
[20] Roth RA, Suldo SM, Ferron JM. Improving middle school student's subjective wellbeing: efficiency of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. ***Sch Psych Rev*** 2017; 46(1): 21-41.
[21] Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. ***J Clin Psychol*** 2009; 65(5): 467-87.
[22] Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational Research: an Introduction. Oregan: Pearson; 1996. p. 778.
[23] Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. ***QRJ*** 2001; 1(3): 385-405.
[24] LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. ***J Child Adolesc Psychopharmacol*** 2002; 12(2): 113-26.
[25] Books SJ, Krulewicz SP, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. ***J Child Adolesc Psychopharmacol*** 2003; 13(3): 337-49.
[26] Habibi M, Hamedinia E, Asgarinejad F, Kholghi H. Psychometric Properties of Kutcher Adolescent' Depression Scale. ***AEP*** 2015; 2(2): 15-28. [in Persian]
[27] Gesinde AM, Sanu OJ. Prevalence and Gender Difference in Self-Reported Depressive Symptomatology among Nigerian University Students: Implication for Depression Counseling. ***AJOL*** 2014; 33(2): 129-40.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]