DOI: 10.22122/rbs.v16i3.2176

تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی–رفتاری بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش‌آموزان دختر افسرده

فاطمه سادات طباطبائی نژاد [۱]، محسن گل پرور [۲]، اصغر آقایی [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پرخاشگری و حالات خلقی سطح پایین از زمره مشکلاتی است که دختران دانش‌آموز افسرده از آن رنج می‌برند. ازاین‌رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور (Positive Mindfulness Therapy یا PMT)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy یا MBCT) و درمان شناختی–رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy یا CBT) بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش‌آموزان دختر افسرده اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون–پس آزمون و گروه کنترل بود. از ۳۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه اول شهر نائین در سال ۱۳۹۶، ۶۰ نفر به‌صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌طور تصادفی در چهار گروه (شاهد، PMT، MBCT و CBT) گمارده شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش پرسشنامه پرخاشگری (Aggression Questionnaire یا AQ) و مقیاس حالات خلقی (Brunel Mood Scale یا BRUMS) استفاده شد. گروه‌های PMT، MBCT و CBT هر یک به مدت ۱۲ جلسه، تحت درمان قرارگرفته و گروه شاهد هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، هر سه نوع درمان نسبت به گروه شاهد تأثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری و افزایش حالات خلقی نشان دادند ($p<۰/۰۱$). همچنین اثر PMT در مقایسه با MBCT و CBT بر کاهش پرخاشگری بیشتر بود ($p<۰/۰۱$)، ولی تأثیر سه نوع درمان بر حالات خلقی یکسان بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر نیرومندتر PMT در مقایسه با دو درمان دیگر در کاهش پرخاشگری و با توجه به تأثیرات برابر سه نوع درمان بر حالات خلقی، استفاده از این درمان‌ها برای دانش‌آموزان دختر افسرده پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، پرخاشگری، درمان ذهن آگاهی، درمان شناختی– رفتاری

ارجاع: طباطبائی‌نژاد فاطمه سادات، گل‌پرور محسن، آقایی اصغر. **تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی–رفتاری بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش‌آموزان دختر افسرده.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶(۳): ۲۹۸–۲۸۵.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲

۱– دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲– دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۳– استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
نویسنده مسئول: محسن گل پرور
Email: drmgolparvar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

مقدمه

دوره نوجوانی (Adolescence) یکی از پرفشارترین مراحل تحول و درعین‌حال دوره شکوفا شدن توانایی‌های جسمانی، شناختی و عاطفی انسان است (۱). حساسیت این مرحله رشدی گاهی موجب می‌شود تا برخی از نوجوانان در این مرحله با مشکلاتی نظیر افسردگی (Depression) مواجه شوند. شیوع افسردگی در نوجوانان نوسان قابل‌توجهی را بین ۱۵ تا ۲۰ درصد و ۱۰ تا ۶۰ درصد نشان می‌دهد (۲، ۳، ۴). میزان شیوع افسردگی در نوجوانان دختر بالاتر از نوجوانان پسر است و به همین دلیل نیز در موارد زیادی نوجوانان دختر بیش از همسالان پسر خود، نیازمند توجه، یاری و کمک درمانی در حوزه افسردگی هستند (۵). افسردگی اغلب با طیف متنوع و گسترده‌ای از متغیرها در ارتباط است. دو متغیر بسیار مهم که با افسردگی همراه بوده و با آن رابطه دارند، حالات خلقی (Mood states) و پرخاشگری (Aggression) هستند (۶، ۷).

طیف حالات خلقی منفی و نامطبوع که با افسردگی و علائم آن در بسیاری مواقع همراه است شامل احساس تنش، احساس غم و اندوه، خشم، خستگی، احساس سرگشتگی و گیجی (Confusion) است (۸، ۹). مطالعه فراتحلیلی Bylsma و همکاران نشان داده است که در چرخه‌ای معیوب افسردگی واکنش‌های خلقی و هیجانی مثبت و منفی را نسبت به محرک‌های دنیای پیرامون به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). این شواهد حاکی از آن است که افسردگی قادر است تا با تشدید حالات خلقی منفی افراد را در چرخه معیوب تقویت متقابل افسردگی و حالات خلقی منفی قرار داده و به‌این‌ترتیب امکان رهایی از افسردگی را در افراد و بالأخص در نوجوانان کاهش دهد. در کنار حالات خلقی، یکی از متغیرهای دیگر که در بسیاری مواقع با افسردگی در نوجوانان همراه است و با علائم افسردگی رابطه دارد، پرخاشگری است (۱۱). پرخاشگری به هر رفتار کلامی یا غیرکلامی مستقیم یا غیرمستقیم که همراه با حالات هیجانی منفی نظیر خشم و برافروختگی بوده و در آن به‌صورت آشکار و نهان حالتی از تهاجم و یا آسیب‌رسانی به دیگری وجود داشته باشد، اطلاق می‌گردد (۱۲). در بسیاری از مواقع نوجوانان افسرده حالتی تحریک‌پذیر به خود گرفته و به‌صورت فیزیکی یا کلامی با دیگران پرخاشگری می‌کنند. علاوه بر این، بسیاری از نوجوانان افسرده دارای سبک اسناد منفی هستند و در مقابل کوچک‌ترین مخالفتی با نظراتشان، حالاتی از پرخاشگری را از خود بروز می‌دهند (۱۳). شواهد و نتایج مطالعه Cerniglia و همکاران نشان می‌دهد که بین افسردگی و برخی نشانه‌های پرخاشگری در کودکان و نوجوانان رابطه وجود دارد (۱۴).

درمجموع با توجه به این‌که دوره نوجوانی دوره رشد و شکوفایی جسمی و روانی و دوره آماده شدن برای ورود به دنیای بزرگسالی است، پژوهشگران سراسر دنیا برای ایجاد و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مختلف برای کنترل و مدیریت علائم افسردگی و متغیرهای مرتبط با آن تلاش‌های بی‌وقفه نموده‌اند. در این پژوهش همگام با روند نوین درمان نوجوانان افسرده، سه درمان ذهن آگاهی مثبت محور (Positive Mindfulness Therapy یا PMT)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy یا MBCT) و درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy یا CBT) مورداستفاده قرارگرفته است. CBT که دارای قدمتی نسبتاً طولانی است، بر این اصل استوار است که آنچه در سطح شناختی و رفتاری برای انسان در هر دوره سنی اتفاق می‌افتد، حاصل تعامل میان افکار، احساسات و رفتار او است (۱۵). در همین راستا نیز درمانگران شناختی رفتاری به مراجعان و ازجمله به نوجوانان کمک می‌کنند تا الگوهای ناکارآمد یا آسیب‌زای فکری، شناختی، احساسی و رفتاری خود را شناسایی نموده و در مسیر جایگزین نمودن آن‌ها با الگوهای کارآمدتر حرکت کنند(۱۶، ۱۷). در کنار CBT، در درمان‌های متمرکز بر ذهن آگاهی که درواقع نسل نوین‌تر CBTs محسوب می‌شوند، با اقتباس و تکیه‌بر شیوه‌ها و آئین‌های مراقبه شرقی، به افراد کمک می‌شود تا از حالات و هیجان‌های خود در زمان کنونی آگاه شده و با تمرکز بر اینجا و اکنون تمرکز کاملی بر آنچه در حال انجام هستند داشته باشند و به‌این‌ترتیب زمینه ارتقاء آرامش و شادمانی درونی را برای خود فراهم نمایند (۱۸).

اثربخشی هر دو CBT و درمان ذهن آگاهی (Mindfulness therapy)، بالأخص MBCT در مطالعات مختلف برای طیف متنوعی از انسان‌ها ازجمله در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

نوجوانان موردبررسی قرارگرفته است (۱۹). برای نمونه در ایران، صداقت و همکاران تأثیر CBT کنترل خشم را بر پرخاشگری دانش آموزان دختر (۲۰)، حاتمی پور و همکاران تأثیر CBT را بر کاهش پرخاشگری و افزایش بلوغ هیجانی (۲۱)، بیرامی و همکاران تأثیر MBCT را بر نگرانی آسیب‌شناختی و نشانگان اضطراب (۲۲) و اسماعیلیان و همکاران نیز تأثیر MBCT را بر افزایش تنظیم هیجان در کودکانی که والدین آن‌ها طلاق گرفته بودند، نشان دادند (۲۳). در خارج از ایران نیز مطالعاتی نظیر Spirito و همکاران تأثیر CBT را بر کاهش افکار و رفتار خودکشی نوجوانان که نوعی پرخاشگری بازگشت شده به خود است (۱۵)، Bui و همکاران تأثیر CBT را بر خشم و پرخاشگری نوجوانان ویتنامی دارای مشکل خشونت (۲۴)، Nwolisa و همکاران تأثیر CBT و درمان‌های یادگیری اجتماعی را بر پرخاشگری دانش‌آموزان دبیرستانی (۲۵)، Chi و همکاران فراتحلیلی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness Based Stress Therapy یا MBSR) را بر حالات و علائم خلقی مرتبط با افسردگی (۱۸)، Milani و همکاران تأثیر MBCT را بر پرخاشگری نوجوانان تحت مراقبت در مراکز اصلاح و بازپروری (۲۶)، Keng و همکاران نیز تأثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را بر واکنش خلقی و هیجانی و تنظیم و کنترل رفتاری (۲۷) و Waters و همکاران نیز تأثیر مداخلات مبتنی بر مراقبه و ذهن آگاهی در مدارس را بر کاهش خشم و پرخاشگری و افزایش حالات آرامش نشان داده‌اند (۲۸).

در کنار بسط و گسترش روش‌ها و فنون درمانی مختلف طی سال‌های اخیر، گروهی از اندیشمندان و پژوهشگران در خارج از ایران و در داخل ایران، با این ایده که می‌توان با ترکیب ظرفیت‌های درمانی درمان‌های روان‌شناختی قابل‌تلفیق باهم، از نقاط قوت این درمان‌ها بهره توأم برد، دست به تلفیق و معرفی رویکردهای درمانی نوین و مرکب زده‌اند. در همین راستا نیز با توجه به وجود شواهدی طی سال‌های اخیر از اثربخشی درمان‌های مبتنی نگر بر ارتقاء بهزیستی و بهبود حالات هیجانی و خلقی مثبت انسان‌ها در سنین مختلف (۳۱-۲۹)، گروهی از پژوهشگران و اندیشمندان از ضرورت تلفیق درمان ذهن آگاهی با درمان مثبت نگر با یکدیگر سخن به میان آورده‌اند (۳۲).

به باور Cebolla و همکاران ذهن آگاهی با تمرکززدایی از آینده و گذشته و بهره‌برداری از زمان حال که خود یک سازه مثبت‌نگر است که می‌توان فنون درمانی و آموزشی آن را در متن مثبت‌نگری با تمرکز بر خردمندی، انسانیت، شجاعت، شکوفایی، اعتدال و آزادی از قیودی که تمرکز برگذشته و آینده برای انسان پدید می‌آورد، استفاده نمود (۳۲). این استفاده توأم این امکان و ظرفیت بالقوه را خلق می‌کند که با رهایی از افکار و حالات منفی، امکان تحقق، شکوفایی و شادمانی درونی را برای انسان‌ها ازجمله برای نوجوانان دختری که از افسردگی رنج می‌برند، فراهم نمود (۳۳، ۳۴).

پس از جستجوهای انجام‌شده، تنها در یک مطالعه آن‌هم در افراد بزرگسال، Ivtzan و همکاران نشان دادند مداخله ذهن آگاهانه معطوف به نقاط قوت انسانی موجب افزایش سطح رضایت از زندگی، تمایل به خودشکوفایی، نقاط قوت منشی می‌شود (۳۵). علی‌رغم معرفی ظرفیت‌های بالقوه قابل‌ترکیب دو درمان مثبت نگر و درمان ذهن آگاهی با یکدیگر و معرفی حلقه‌های اتصالی نظیر تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌های فردی همراه با پذیرش خود در زمان حال برای این دو رویکرد با یکدیگر (۳۳-۳۱)، تاکنون در کمتر پژوهشی PMT در قالبی علمی و به‌صورت پژوهشی در کنار دیگر درمان‌ها ازنظر تأثیر بر متغیرهای مختلف مورداستفاده قرارگرفته است. در همین راستا، در پژوهش حاضر همسو با اندیشه‌ها و روندهای پژوهشی نوین، رویکرد PMT برای اولین بار مبتنی بر آموزه‌ها و فنون دو رویکرد ذهن آگاهی و مثبت‌نگری در جهت تأثیر سنجی رقابتی آن با CBT و MBCT بر حالات خلقی و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای افسردگی مورد بررسی قرارگرفته تا از این طریق خلأ دانش پژوهشی در باب این درمان بالقوه مرکب برطرف شود.

با توجه به موارد مورداشاره، با توجه به عدم دسترسی به شواهد پژوهشی درباره تأثیر PMT بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش آموزان دختر افسرده، سؤال محوری در این پژوهش این بوده که آیا تأثیر PMT با MBCT و CBT بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش آموزان دختر افسرده متوسطه اول متفاوت است؟

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در قالب طرح چهار گروهی (شاهد، PMT، MBCT و CBT) است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه اول سه مدرسه شهر نائین بود که به گزارش آموزش‌وپرورش، مدیران و مشاوران مدارس دارای تعداد قابل-توجهی دانش‌آموز دختر دارای علائم افسردگی بودند. تعداد کل آن‌ها در پائیز سال ۱۳۹۶، ۳۰۰ نفر بود که از میان آن‌ها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. مهم‌ترین ملاک ورود به مطالعه حاضر برای اعضای نمونه کسب نمره متوسط ۲۰ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II یا BDI-II) بوده است. در BDI-II نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشانه افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ به‌عنوان افسردگی شدید تلقی می‌شود (۳۶). لازم به ذکر است که نمرات افسردگی شدید و بسیار شدید در این مطالعه به دلیل وقوع اثر سقف و همچنین غیراخلاقی بودن در انتظار درمان قرار دادن افراد موردمطالعه، استفاده‌نشده است. درنهایت ۶۰ نفر نمونه انتخاب‌شده به‌طور تصادفی در چهار گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه‌های PMT، MBCT و CBT طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ‌گونه درمانی در این مدت دریافت ننمود. در آغاز دوره درمان و سپس در پایان دوره درمان هر چهار گروه مجدد از طریق پرسشنامه‌های پژوهش موردسنجش قرار گرفتند. اجرای پژوهش درمجموع ۳ ماه به طول انجامید.

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، تحصیل در مقطع متوسطه اول، ابتلا به افسردگی بر اساس مصاحبه و پرسشنامه افسردگی بک بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه درمان، تحت درمان بودن از طریق درمان‌های روان‌پزشکی و یا درمان روان‌شناختی موازی و غیبت دو جلسه و یا بیشتر در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی مطرح در پژوهش رعایت رازداری کامل برای تک‌تک شرکت-کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در موردپژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. درعین‌حال گروه شاهد که زحمت شرکت در پژوهش را بر خود هموار نمودند، در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از درمان‌های سه‌گانه قرار گرفتند. درمان‌های مورداستفاده در این پژوهش پس از کسب مجوز از اداره آموزش‌وپرورش شهر نائین و با هماهنگی کامل توسط نویسنده فردی باسابقه دو دهه تدریس و درمان اجرا شد. در تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده‌شده است. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها با یکدیگر استفاده شد. از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرهای وابسته پژوهش استفاده‌شده است.

پرسشنامه پرخاشگری (Aggression Questionnaire یا AQ): ابزاری است که توسط Buss و Perry در سال ۱۹۹۲ ساخته‌شده است (۳۷). این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی با ۲۹ سؤال است که چهار حوزه پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را پوشش می‌دهد. پاسخ‌گویان به هریک از عبارات در یک طیف پنج‌درجه‌ای از ۱ (به‌شدت شبیه من نیست) تا ۵ (کاملاً شبیه من است) پاسخ می-دهند. نمره کل از مجموع کل امتیازات سؤالات به دست می‌آید (۳۷، ۳۸). دامنه نوسان امتیازات برای کل پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ است و افزایش امتیازات به معنای افزایش پرخاشگری است (۳۸). Buss و Perry بر مبنای استخراج چهار مؤلفه معرفی‌شده از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و سپس انجام تحلیل عاملی تأییدی روایی سازه این پرسشنامه را مستند نموده و در راستای روایی همگرا و واگرا نشان دادند که امتیازات حاصل از این پرسشنامه با متغیرهایی نظیر هیجانی بودن، رقابت‌پذیری، ابراز وجود و تکانشی بودن دارای رابطه است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز برابر با ۰/۸۹ گزارش‌شده است (۳۷). سامانی نسخه‌ای از پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry را بر روی دانشجویان ایرانی اعتبارسنجی نموده و نشان داد که در راستای روایی تمیزی پرسشنامه بین امتیازات دختران و پسران در خشم، پرخاشگری و بدگمانی تفاوت معنادار وجود دارد. ضریب اعتبار باز آزمایی در مطالعه مورداشاره برابر با ۰/۷۸ گزارش‌شده است (۳۹). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۹ به دست آمد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات PMT و فنون مورداستفاده

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیک‌های درمانی
جلسه اول	آشنایی درون‌گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن و درنهایت آشنایی با PMT و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی.
جلسه دوم	آموزش فنون مراقبه بالأخص مراقبه کشمش و تمرکز بر تقویت ارزشمندی و رضایت از خود در متن امید و خوش‌بینی.
جلسه سوم	آموزش شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش بازداری هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد و دانایی و ابعاد آن.
جلسه چهارم	آموزش فنون ذهن آگاهی پذیرش بدون قضاوت، حضور ذهن از افکار، هیجانات و احساسات، آموزش مهارت مدیریت هیجان و تنظیم هیجان از طریق تمرین مراقبه مهربانی، افزایش هیجان مثبت از طریق دستورالعمل لذت چشی، تمرکز بر اینجا و اکنون و زندگی در لحظه و جستجوی اهداف مثبت در زمان کنونی و عدم توجه به گذشته و آینده.
جلسه پنجم	آموزش ذهن آگاهی در حوزه خودآگاهی از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، باورها و افکار و ارزش‌های خود هم‌زمان با تلقین مثبت درزمینه‌ی توانمندی‌ها، ارتقاء جنبه‌های مثبت زندگی.
جلسه ششم	آموزش فنون مراقبه وارسی بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف‌گذاری شناختی و فکری روی نقاط قوت و علائق و احساسات خود، افزودن ارزش‌های رایج (شجاعت، مهربانی، امیدواری و رعایت حقوق دیگران) به نقاط قوت، احساسات و علائق خود، لیست کردن اهداف.
جلسه هفتم	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، مورد بازخواست قرار دادن خود، جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی، انجام آگاهانه فعالیت‌های لذت‌بخش، استفاده آگاهانه از واژه‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتمادبه‌نفس، استفاده از واژه چگونه به‌جای چرا.
جلسه هشتم	معرفی ارزش‌های درونی ازجمله فضیلت انسانیت (عشق، مهربانی و هوش اجتماعی) و نقش عواطف و اندیشه‌های مثبت در موفقیت، سلامتی و خوشبختی و پیشگیری از افسردگی، تمرین آگاهانه نقاط قوت(آگاهی مبتنی بر انسانیت (دوستی و عشق و مهربانی).
جلسه نهم	آموزش آگاهانه قدم زدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش توجه آگاهانه، آموزش زندگی آگاهانه، استمرار طراحی اهداف و اهمیت آن‌ها، تأکید بر توانمندی‌های خود متناسب با نقاط قوت جهت مرتفع کردن مشکلات رفتاری و شناختی و انفعال هیجانی.
جلسه دهم	آموزش ایجاد رابطه مثبت با دیگران، آموزش آگاهانه جرأتمندی و مهارت ارتباط مؤثر با دیگران و نقش آن در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، آموزش بیان آگاهانه احساسات، معرفی جایگزین‌های مثبت جهت مقابله با عادت‌های ارتباطی منفی و تعیین روابط مثبت، معرفی شوخ‌طبعی و تکنیک‌های آن و نقش آن بر ارتباطات بین فردی و سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر استرس‌های روزمره.
جلسه یازدهم	استمرار مراقبه نشسته و مراقبه وارسی بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل کردن بایدها و نبایدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ابهام موقعیت.
جلسه دوازدهم	انجام تمرینات کششی هاتایوگا و نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری، ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی.

پرسشنامه حالات خلقی (*Brunel Mood Scale یا BRUMS*):

ابزاری است که توسط Lane و همکاران با اقتباس از پرسشنامه حالات خلقی Terry و همکاران ساخته‌شده و دارای ۳۲ سؤال است که هشت مؤلفه تنش، سرزندگی، سردرگمی، خستگی، شادکامی، آرامش، افسردگی و خشم را پوشش می‌دهد (۴۰، ۴۱). پاسخ‌گویان به هریک از سؤالات دریک طیف پنج‌درجه‌ای از ۰ (به‌هیچ‌وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) پاسخ می‌دهند. دامنه نوسان امتیازات بین صفر تا ۱۲۸ است. با توجه به این‌که ۱۲ سؤال از ۳۲ سؤال مربوط به حالات مثبت خلقی و ۲۰ سؤال مربوط به حالات خلقی منفی است، در این پژوهش برای حالات خلقی مثبت امتیازدهی معکوس استفاده‌شده و به‌این‌ترتیب افزایش امتیازات به معنای افزایش حالات خلقی منفی و در مقابل کاهش امتیازات به معنای افزایش حالات خلقی مثبت است. Lane و همکاران روایی سازه این پرسشنامه را در نمونه‌های انگلستانی، ایتالیایی و مجارستانی بررسی و تائید نموده‌اند (۴۰). Lan و همکاران در ورزشکاران مالزیایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ۰/۷ تا ۰/۷۷ گزارش نموده‌اند (۴۲). در ایران فرخی و همکاران نسخه‌ای از این پرسشنامه را در میان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

ورزشکاران بررسی نموده و جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده نموده و نشان دادند مدل سنجشی BRUMS از شاخص‌های برازندگی (RMSEA=۰/۰۸ و CFI=۰/۹۴ و TLI=۰/۹۳)، همسانی درونی (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸) و اعتبار زمانی (همبستگی درون طبقه‌ای برابر با ۰/۸۸) قابل قبولی برخورداراست (۴۳).

ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرانباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۹ به‌دست آمد.

جدول۲: خلاصه محتوای جلسات MBCT و فنون مورداستفاده

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی اولیه، شرح جلسات و اعلام قوانین گروه، تشکیل گروه دونفره و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضاء گروه، تمرین خوردن کشمش و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	تمرین خوردن کشمش، وارسی بدنی.
سوم	تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، تمرین مراقبه نشسته.
چهارم	توجه به تفسیر ذهنی به‌عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات، تنفس با حضور ذهن.
پنجم	تمرین «دیدن» یا «شنیدن» آگاهانه، مراقبه نشستن، بحث پیرامون بودن در لحظه حاضر.
ششم	تمرین تماس با افکار اجتنابی، انجام مراقبه نشسته و همزمان ارتباط با افکار خوشایند و ناخوشایند، نوشتن افکار و توجه به تنفس.
هفتم	نوشتن افکار و توجه به تنفس و بحث در خصوص مدل‌سازی MBCT از افکار مربوط به افسردگی.
هشتم	تمرین نشستن آگاهانه، گسترش آگاهی از افکار، بحث و تمرین پذیرش افکار، مراقبه نشسته متضاد، تمرین فکر کردن.
نهم	مراقبه‌ی نشسته طولانی‌مدت، بحث در خصوص فکر بودن افکار نه واقعیت، آگاهی و شناسایی افکار منفی و راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها.
دهم	تمرین نوار در ذهن برای آگاهی از افکار، بحث و تمرین با افکار محدودکننده ذهن در افسردگی
یازدهم	مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین‌ها، شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با علائم افسردگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
دوازدهم	وارسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته و درنهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۳: خلاصه محتوای جلسات CBT و فنون مورداستفاده

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل‌اعتماد جهت راحتی اعضاء و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر و درنهایت اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا با یکدیگر و صحبت در مورد مسائل و احساسات شخصی
سوم	آموزش خود نظارتی.
چهارم	آموزش فعال‌سازی رفتاری.
پنجم	آموزش رابطه و تعامل سالم بین نوجوان و والدین و همسالان.
ششم	آموزش مهارت‌های سازشی اجتماعی.
هفتم	آموزش نظارت بر فکر و اصلاح فکر.
هشتم	آموزش حل تعارض (حل تعارض بین فردی).
نهم	آموزش مثلث شناختی افسرده‌ها.
دهم	آموزش مدیریت افکار منفی خودکار و نشخوار فکری.
یازدهم	آموزش تکنیک‌های ابطال سازی.
دوازدهم	آموزش پیشگیری از عود و بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم‌گیری، حل تعارض و آموزش مهارت‌های اجتماعی و آماده‌سازی برای حل مشکلات زندگی.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

شیوه اجرای مداخلات در جداول ۱ تا ۳ مختصراً شرح داده شده است. لازم به ذکر است که PMT برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط دانش‌آموزان ایرانی دارای افسردگی تهیه و تدوین گردید. ضریب توافق پنج داور، برای ارزیابی محتوایی و تناسب درمان‌های مورداستفاده در مطالعات روان‌شناختی، در مورد ساختار، تناسب محتوایی بسته درمانی با نیازهای دختران افسرده، کفایت درمانی، کفایت زمانی کل بسته و کفایت زمانی هر جلسه از درمان بین ۰/۸۹تا ۰/۹۴ در نوسان بود. علاوه بر این طی یک مطالعه مقدماتی تأثیر این بسته درمانی در کاهش افسردگی بررسی و تائید گردید (p<۰/۰۱). MBCT مبتنی بر نظریات و درمان مطرح‌شده توسط Kabat-Zinn که در ایران به‌کرات موردبررسی قرارگرفته (۴۴، ۴۵ ، ۴۶) و CBT نیز مطابق با بسته CBT گروهی Muñoz و همکاران (۴۷) که در ایران در مطالعات قبلی مورداستفاده قرارگرفته و اعتبار اجرایی آن تائید شده (۴۸، ۴۹) در این پژوهش اجرا شده است. درمان‌ها همگی به‌صورت هفتگی طی سه ماه و به‌صورت گروهی اجرا شدند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین سنی گروه PMT با ۰/۸۳±۱۴/۱۳ سال، میانگین سنی گروه CBT برابر با ۰/۸۶±۱۴/۸ سال و میانگین سنی گروه شاهد برابر با ۰/۷۹-±۱۴/۰۷ بود. در گروه شاهد، ۲۶/۷٪ در پایه تحصیلی هفتم، ۵۳/۳٪ در پایه تحصیلی هشتم و ۲۰ ٪ در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. در گروه MBCT، ۸۶/۷٪ در پایه تحصیلی هشتم و ۱۳/۳٪ در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. در گروه PMT، ۲۶/۳۷٪ در پایه تحصیلی هفتم، ۳۳/۳٪ در پایه تحصیلی هشتم و ۴۰٪ در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. در گروه CBT،۴۰٪ در پایه تحصیلی هشتم و ۶۰٪ در پایه تحصیلی نهم قرار داشتند. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای عامل سن و آزمون کای اسکور (خی‌دو) برای تحصیلات نشان داد ازنظر سن و تحصیلات چهار گروه پژوهش با یکدیگر دارای تفاوت معنادار نیستند (P>۰/۰۵). در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار پرخاشگری و حالات خلقی گروه‌های آزمایش و گروه شاهد در دو مرحله پژوهش ارائه‌شده است. بر اساس یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۱، امتیازات به‌دست‌آمده از سه گروه‌درمانی در پس‌آزمون پرخاشگری و حالات خلقی (در این متغیر کاهش امتیازات به معنای افزایش حالات خلقی مثبت بوده است) کاهش نشان می‌دهد، ولی در گروه شاهد اندکی افزایش داشته است.

جدول ٤: میانگین و انحراف معیار پرخاشگری و حالات خلقی در چهار گروه پژوهش

گروه‌های پژوهش	متغیرها	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
MBCT	پرخاشگری	۱۰۹/۲۰ ± ۴/۶۵	۷۵/۵۲ ± ۲/۸۶
	حالات خلقی	۹۶/۵۳ ± ۱۲/۷۲	۴۳ ± ۵/۵۸
PMT	پرخاشگری	۱۰۷/۶۶ ± ۴/۲۹	۶۳/۵۴ ± ۲/۴۴
	حالات خلقی	۱۳۴/۹۳ ± ۱۳/۲۲	۳۳/۴ ± ۱/۹۶
CBT	پرخاشگری	۱۰۹/۴۷ ± ۶/۳	۸۲/۶۱ ± ۶/۲۹
	حالات خلقی	۹۳/۱۳ ± ۱۴/۰۸	۴۷/۷۳ ± ۴/۶۲
گروه شاهد	پرخاشگری	۱۰۶/۴۰ ± ۳/۹۵	۱۰۹/۳۳ ± ۶/۹۳
	حالات خلقی	۱۰۹/۸۷ ± ۱۰/۵۹	۱۱۱/۸۷ ± ۱۳/۷۳

پیش از انجام تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو- ویلکز (P>۰/۰۵)، همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین (P>۰/۰۵)، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون Box's M (P>۰/۰۵) و برابری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی تعامل آزمون و عضویت گروهی نیز موردبررسی قرار گرفتند و مشخص گردید که ازنظر پیش‌فرض‌های مورداشاره در پژوهش حاضر مشکلی وجود ندارد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس ارائه‌شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس‌آزمون پرخاشگری و حالات خلقی پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۷۵/۳۴	۱	۷۵/۳۴	۳/۱۱	۰/۰۸۳	۰/۰۵۴	۰/۴۱
	عضویت گروهی	۷۷۵۴۰/۷۴	۳	۲۵۸۴۶/۹۱	۱۰۶۸/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
	خطا (درون‌گروهی)	۱۳۳۱/۰۶	۵۵	۲۴/۲۰	–	–	–	–
حالات خلقی	پیش‌آزمون	۱/۲۵	۱	۱/۲۵	۰/۰۲۰	۰۸۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۲
	عضویت گروهی	۵۶۹۵۵/۸۵	۳	۱۸۹۸۵/۲۸	۳۰۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
	خطا (درون‌گروهی)	۳۴۲۷/۰۲	۵۵	۶۲/۳۱	–	–	–	–

بر اساس یافته‌های جدول ۵، پرخاشگری و حالات خلقی بین گروه‌های درمانی با گروه شاهد در مرحله پس-آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون دارای تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای دو متغیر پرخاشگری و حالات خلقی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌های پژوهش ارائه‌شده است.

جدول ٦: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در پرخاشگری و حالات خلقی گروه‌های چهارگانه پژوهش

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
پرخاشگری	MBCT	PMT	۱۲/۱۳	۲/۴۲	۰/۰۰۱
	MBCT	CBT	۶/۸۶	۱/۸۰	۰/۰۰۲
	MBCT	گروه شاهد	۳۲/۶۹	۱/۸۳	۰/۰۰۱
	PMT	CBT	۱۸/۹۹	۲/۴۵	۰/۰۰۱
	PMT	گروه شاهد	۴۴/۸۲	۲/۱۹	۰/۰۰۱
	CBT	گروه شاهد	۲۵/۸۹	۱/۸۴	۰/۰۰۱
حالات خلقی	MBCT	PMT	۹/۱۵	۴/۲۹	۰/۲۳
	MBCT	CBT	-۴/۶۹	۲/۹۰	۰/۶۶
	MBCT	گروه شاهد	-۶۹/۰۲	۳/۰۹	۰/۰۰۱
	PMT	CBT	-۱۳/۸۴	۴/۵۱	۰/۰۲
	PMT	گروه شاهد	-۷۸/۱۷	۳/۵۵	۰/۰۰۱
	CBT	گروه شاهد	-۶۴/۳۳	۳/۲۰	۰/۰۰۱

بر اساس یافته‌های جدول ۱، ۵، و ۶، در پرخاشگری بین MBCT، PMT و CBT با گروه شاهد ($p<۰/۰۱$)، و بین PMT با MBCT و CBT و بین MBCT با CBT در پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$). همچنین در حالات خلقی، بین MBCT، PMT و CBT با گروه شاهد ($p<۰/۰۱$) و فقط بین PMT با CBT ($P<۰/۰۵$) تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه تأثیر PMT، MBCT و CBT بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش‌آموزان دختر افسرده متوسطه اول انجام شد. نتایج نشان داد سه نوع درمان مورداشاره موجب کاهش معنادار پرخاشگری در دختران دانش‌آموز افسرده شدند. علاوه بر این، از میان سه نوع درمان، PMT نسبت به دو درمان دیگر دارای تأثیرات بیشتری بر کاهش پرخاشگری در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

دانش‌آموزان دختر افسرده بود. علی‌رغم جستجوهای مکرر در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی، مطالعه‌ای در دسترس قرار نگرفت که طی آن PMT بر روی نوجوانان دختر افسرده و در مقایسه با دیگر درمان‌ها مورداستفاده قرارگرفته باشد. بااین‌حال در حوزه CBT و MBCT تاکنون مطالعات قابل‌توجهی در داخل و خارج از ایران بر روی نوجوانان و افراد بزرگسال مورداستفاده قرارگرفته است.

در بخش نتایج مربوط به دو درمان CBT و MBCT، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های صداقت و همکاران (۲۰) و حاتمی پور و همکاران (۲۱) در داخل ایران در باب تأثیر CBT بر کاهش پرخاشگری همسویی نشان می‌دهد. در خارج از ایران نیز مطالعاتی نظیر Spirito و همکاران (۱۵)، Bui و همکاران (۲۴) و Nwolisa و همکاران (۲۵) تأثیر CBT را بر کاهش خشم و پرخاشگری و مطالعات Milani و همکاران (۲۶) و Waters و همکاران (۲۸) نیز تأثیر مداخلات مبتنی بر مراقبه و ذهن آگاهی و یا MBCT را بر کاهش پرخاشگری نوجوانان مستند نموده و نشان داده‌اند. نتایج مطالعات خارجی مورداشاره نیز ازنظر کلی با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همسویی دارد. علاوه بر مطالعات مربوط به CBT و درمان‌های متمرکز بر ذهن آگاهی، درمان‌های مثبت نگر نیز تاکنون به اشکال مختلف تأثیر خود را بر رفتارهای دانش‌آموزان در محیط مدرسه نشان داده‌اند. در دو مطالعه Shoshani و همکاران شواهدی ارائه نموده‌اند مبنی بر این‌که آموزش‌های مثبت نگر زمینه‌ساز کاهش تنش در روابط و سطح رفتارهای خشن و پرخاشگرانه می‌شود (۲۹، ۳۰). با توجه به این‌که PMT در این پژوهش با جهت‌گیری‌های کلی آموزش‌ها و درمان‌های مثبت نگر همسویی دارد، می‌توان گفت نتایج این پژوهش در خصوص تأثیر این نوع درمان بر کاهش پرخاشگری با شواهد و یافته‌های Shoshani و همکاران (۲۹، ۳۰) همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین تأثیر درمان‌های سه‌گانه مورداستفاده در این پژوهش بر کاهش پرخاشگری، با توجه به این‌که وجود پرخاشگری در متن علائم افسردگی در نوجوانان، اغلب در اثر فقدان انرژی، خستگی، اسناد منفی نسبت به محرک‌های بیرونی و خلقیات و عواطف منفی رخ می‌دهد (۹، ۷-۵)، می‌توان گفت که هر سه درمان با تمرکز ویژه‌ای که بر مدیریت و کنترل افکار، نگرش‌ها و به‌تبع آن عواطف منفی ناشی از ارزیابی خود و دیگران دارند، نوجوانان را در گام نخست از افکار و عواطف منفی رهانیده و از این طریق بسترهای شناختی و عاطفی بروز پرخاشگری را تضعیف می‌نمایند (۹).Estévez و همکاران در حمایت از تبیین ارائه‌شده نشان دادند که از میان متغیرهایی نظیر رفتارهای مجرمانه و پرخاشگرانه پدر و مادر، احساس تنهایی، استرس ادراک‌شده و تعارض خانوادگی، نشانه‌های افسردگی از نیرومندترین پیش‌بینی کننده‌های پرخاشگری و پاسخ‌های پرخاشگرانه در نوجوانان است (۷). از طرف دیگر CBT، PMT و MBCT هر سه به لحاظ عملی دارای این توان هستند تا پس از ایجاد آرامش شناختی و عاطفی، واکنش‌پذیری هیجانی و عاطفی افراد را تحت تأثیر قرار داده و در کنار افزایش تمایل افراد به همدلی، میزان روابط تعارض‌آمیز که اغلب عاملی جهت بروز پرخاشگری در نوجوانان است را کاهش دهند (۱۰).

در کنار تبیین‌های ارائه‌شده، به‌طور ویژه لازم است در مطالعه حاضر بر توان بالاتر PMT نسبت به دو درمان دیگر در تأثیر بر کاهش پرخاشگری تمرکز نمود. اگرچه PMT، به‌جز درمان وب‌بنیاد (Online) معطوف به نقاط قوت انسانی مبتنی بر ذهن آگاهی Ivtzan و همکاران (۳۵)، برای اولین بار در قالب و شکلی نوین در این پژوهش معرفی‌شده، بااین‌حال، مبانی، اصول و فنون آن در دو حوزه ذهن آگاهی و مثبت نگری که هر دو به‌خوبی شناخته و آزموده شده‌اند، وجود دارد. PMT معرفی‌شده در مطالعه حاضر بر این اصل و تفکر تأکید می‌کند که ارتقاء توان انسان و بالأخص نوجوانان برای رهایی از افکار، باورها و عواطف و رفتارهای ارزیابانه که اغلب منجر به سرزنش خود، احساس بی‌ارزشی و تضعیف عزت‌نفس در متن افسردگی می‌شود (۱)، اگرچه ارزشمند، مفید و مؤثر است، ولی چنان‌که این رهایی توأم با تمرکز بر نقاط قوت خود و شادمانی و عواطف مثبت که در متن آموزش و درمان مثبت نگری از جایگاه محوری و والایی برخوردار است همراه شود، دست آورده‌های بیشتری را برای انسان به همراه خواهد آورد (۳۴-۳۲). شواهد به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر در خصوص تأثیر نیرومندتر PMT بر کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده نسبت به دو درمان دیگر، اگرچه لازم است تا تکرار نتایج در پژوهش‌های بعدی نتیجه‌گیری قطعی را به تعویق انداخت، ولی شواهدی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

اولیه برای حمایت از ایده ترکیب دو درمان ذهن آگاهی و مثبت نگری و بهره‌گیری توأم از ظرفیت‌های این دو درمان در کنار هم به‌دست می‌دهد. در تبیین نهایی این بخش از نتایج می‌توان گفت که به نظر می‌رسد، تمرکزی که در PMT بر رهایی از ارزیابی خود و دیگران در قالب رجوع به گذشته و آینده هم‌زمان با تقویت هیجان‌ها و عواطف مثبت و نقاط قوت فردی در قالب خردمندی، انسانیت و شکوفایی می‌شود، نسبت به CBT و MBCT که پس از ایجاد آرامش و رهایی از افکار و عواطف و هیجان‌های منفی بدیل و جایگزینی برای آن‌ها معرفی نمی‌کنند، کلید اثربخشی بالاتر این درمان نسبت به دو درمان دیگر بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان دختر افسرده باشد.

در بخش دیگری از نتایج مطالعه حاضر نیز مشخص شد که هر سه درمان PMT، MBCT و CBT نسبت به گروه شاهد، موجب ارتقاء حالات خلقی مثبت در نوجوانان افسرده شدند. درعین‌حال PMT مانند متغیر پرخاشگری، فقط نسبت به CBT موجب ارتقاء نیرومندتر حالات خلقی در دانش آموزان دختر افسرده گردید. این بخش از نتایج پژوهش حاضر نیز با یافته‌های بیرامی و همکاران (۲۲)، اسماعیلیان و همکاران (۲۳)، بامطالعه فراتحلیلی Chi و همکاران (۱۸)، با یافته‌های Keng و همکاران (۲۷) و با شواهد ارائه‌شده توسط Waters و همکاران (۲۸) در خصوص تأثیر درمان‌های ذهن آگاهی و متکی بر اصلاح شناخت‌ها و رفتارهای مشکل‌آفرین بر کاهش نگرانی آسیب‌شناختی و نشانگان اضطراب، افزایش توان تنظیم هیجان، کاهش حالات و علائم خلقی مرتبط با افسردگی، کنترل واکنش خلقی و هیجانی و برافزایش حالات آرامش همسویی نشان می‌دهد. تضعیف حالات خلقی مثبت و در مقابل تقویت حالات خلقی منفی دو پدیده بسیار شایع در میان افراد افسرده است (۶). در نمایی واضح‌تر، در سنجش حالات خلقی در انسان‌ها، افسردگی و نشانه‌های آن همواره یکی از مؤلفه‌های اصلی است (۴۰، ۴۱). به این سبب، دو درمان MBCT و CBT که در این مطالعه استفاده شد، در تأثیر بر ارتقاء حالات خلقی مثبت، در مسیر نظریات و پژوهش‌های قبلی بوده است. در نگاه اول، درمان‌های مورداستفاده در این پژوهش، از طریق مهارت‌آموزی مدیریت و کنترل افکار، باورها و نگرش‌ها و رفتارهای نوجوانان دختر افسرده، توان آن‌ها برای مدیریت حالات خلقی خود افزایش داده و از این طریق موجبات کاهش حالات خلقی منفی و در مقابل افزایش حالات خلقی مثبت را فراهم نموده‌اند. از طرف دیگر در متن CBT و درمان ذهن آگاهی، نوجوانان افسرده زمانی که متوجه می‌شوند که می‌توانند علائم و نشانه‌های خلقی آزاد دهنده را مهار نموده و کمتر تحت تأثیر آن‌ها قرار گیرند، این خود نیز می‌تواند موجب گردد تا حالات خلقی مثبت به دلیل احساس موفقیت در مدیریت و کنترل حالات خلقی منفی در آن‌ها افزایش یابد. تأثیر نیرومندتر PMT فقط نسبت به CBT نیز حاکی از آن است که این درمان نوین، اگرچه نه مانند پرخاشگری، ولی با بسترسازی جایگزین نمودن حالات و عواطف مثبت به‌جای حالات و عواطف منفی در متن درمان و تمرین‌های درمانی، زمینه‌ساز نیرومندتری نسبت به CBT برای ارتقاء حالات خلقی مثبت در نوجوانان دختر افسرده است.

با توجه به موارد مورداشاره، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود تا PMT برای کاهش پرخاشگری و ارتقاء حالات خلقی مثبت در دختران دانش‌آموز افسرده به‌عنوان اولویت درمانی اول مورداستفاده قرار گیرد. البته طبیعی است که با توجه به تأثیرات نیرومندتر دو درمان CBT و MBCT نسبت به گروه شاهد، استفاده از این دو درمان را برای کنترل پرخاشگری و ارتقاء حالات خلقی مثبت دختران دانش‌آموز افسرده نباید ازنظر دور داشت.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. اولین محدودیت پژوهش این‌که دوره زمانی اجرای پژوهش به پس‌آزمون محدود گشته و دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، مورداستفاده قرار نگرفته است. به همین دلیل امکان بررسی و ارائه نتایج در بازه زمانی پس از پس‌آزمون و دوام زمانی نتایج میسر نگردید. محدودیت بعدی این‌که، با توجه به جامعه آماری پژوهش که دختران مقطع متوسطه اول دارای افسردگی متوسط بود، به همین دلیل تعمیم نتایج به پسران دانش‌آموز افسرده منطقی نیست. کنترل ننمودن کلیه متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بر نتایج محدودیت بعدی بوده که در این پژوهش وجود داشته است. با توجه به محدودیت‌های مورداشاره، پیشنهاد می‌شود، در مطالعات بعدی مرحله پیگیری به مطالعه افزوده‌شده و دوام زمانی نتایج در بازه‌های زمانی چندماهه پس از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

اتمام درمان بررسی شود. در درجه بعدی لازم است در پژوهش-های بعدی، بامطالعه پیشینه، متغیرهای احتمالی تأثیرگذار فراتر از جنسیت و مقطع تحصیلی شناسایی و با سنجش و لحاظ کردن به هنگام، تأثیر این متغیرها از طریق یکی از روش‌های کنترل پژوهشی یا کنترل آماری، در پژوهش‌ها مورد کنترل قرار گیرد. همچنین در مطالعات بعدی، با توجه به نوین بودن PMT، علاوه بر این‌که لازم است تأثیر این نوع درمان با دیگر درمان‌ها ازنظر تأثیر بر متغیرهای دیگری به‌جز پرخاشگری و حالات خلقی موردبررسی قرار گیرد، مطلوب است که اثرات این درمان بر روی پسران دانش‌آموز نیز بررسی و تأثیرات آن در مقایسه با دختران و با دیگر درمان‌ها ارائه شود.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته نظارت بر پژوهش‌های علمی برابر با IR.IAU.Isfahan (Khorasgan). REC. 1397.024 است. بدین‌وسیله از کلیه دانش‌آموزان دختر و مدیران مدارسی که با همکاری خود در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Hussain H, Dubicka B, Wilkinson P. Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. Evid Based Ment Health. 2018; 21(3):101-6.
2. Sidana S, Kishore J, Ghosh V, Gulati D, Jiloha R, Anand T. Prevalence of depression in students of a medical college in New Delhi: A cross-sectional study. Australas Med J. 2012; 5(5):247–50.
3. Mojoudi M, Yousefi Z, Torkan H. Predicting the adolescence depression based on adolescence stress, resiliency, attachment style, and family relations among two groups of one-child and multi-child. J Res Behav Sci. 2018; 16(2):221-8. [In Persian].
4. Jha KK, Singh SK, Nirala SK, Kumar C, Kumar P, Aggrawal N. Prevalence of depression among school-going adolescents in an Urban area of Bihar, India. Indian J Psychol Med. 2017; 39(3):287-92.
5. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. Pediatrics. 2016; 138(6):e20161878.
6. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52(8):831-40.
7. Estévez E, Jiménez TI, Moreno D. Aggressive behavior in adolescence as a predictor of personal, family, and school adjustment problems. Psicothema 2018; 30(1):66-73.
8. Peeters F, Nicolson NA, Berkhof J, Delespaul P, deVriews M. Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. J Abnorm Psychol. 2003; 112(2):203-11.
9. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. Depress Anxiety. 2018; 35(8):700-16.
10. Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J. A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. Clin Psychol Rev. 2008; 28(4).676-91.
11. Jackson J, Kuppens P, Sheeber LB, Allen NB. Expression of anger in depressed adolescents: the role of the family environment. J Abnorm Child Psychol. 2011; 39(3):463-74.
12. Katic B. Violence and aggression in school settings. Wisdom in Education. 2018; 8(1):1-9.
13. Cook MN, Peterson J, Sheldon C. Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. Psychiatry (Edgmont). 2009; 6(9):17-31.
14. Cerniglia L, Cimino S, Erriu M, Jezek S, Almenara CA, Tambelli R. Trajectories of aggressive and depressive symptoms in male and female overweight children: Do they share a common path or do they follow different routes? PLoS One. 2018;13(1):e0190731.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]

[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

15. Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011; 20(2):191-204.

16. Ma ZR, Shi LJ, Deng MH. Efficacy of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with insomnia: a systematic review and meta-analysis. Braz J Med Biol Res. 2018; 51(6):e7070.

17. Fooladvand M, Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Ahadi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on weight loss, and blood glucose level in women with type 2 diabetes mellitus. J Res Behav Sci. 2018; 15(4):397-403. [In Persian].

18. Chi X, Bo A, Liu T, Zhang P, Chi I. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2018; 9: 1034.

19. Yousefian F, Asgharipour N. Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. J Fundam Ment Health. 2013; 15(3):205-15. [In Persian].

20. Sedaghat S, Moradi O, Ahmadian H. The effectiveness of anger cognitive behavioral group training on aggression of third grade aggressive female students in Baneh's high schools. Med Sci J. 2015; 24(4):215-20. [In Persian].

21. Hatamipour K, Hoveida F, Zabihi Hesari N K, Babaieamiri N, DashtBozorgi Z. The effect of cognitive behavioral training on aggression and emotional maturity of female adolescents with type I diabetes for assessing a new approach of care and nursing. J Diabetes Nurs. 2016; 4(4):62-71. [In Persian].

22. Bayrami M, Movahedi Y, Kazimi Razai S, Esmaili S. The effect of mindfulness cognitive therapy on pathological worry and anxiety symptoms in students with generalized anxiety disorder. Iran J Rehabil Res. 2015; 2(1):79-90. [In Persian].

23. Esmailian N, Tahmasian K, Dehghani M, Mvtaby F. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on emotion regulation, mindful attention and acceptance in children with divorced parents. Achievements Clin Psychol. 2015; 1(2):45-66. [In Persian].

24. Bui HT, Mackie L, Hoang PA, Tran TT. Exploring the effectiveness of cognitive behavioral therapy for Vietnamese adolescents with anger problems. Kasetsart Journal of Social Sciences. (In Press); https://doi.org/10.1016/j.kjss.2018.05.013.

25. Nwolisa FA, Olusakin AM, Fashina AY. Effects of cognitive behaviour and social learning therapies on managing adolescents' aggressiveness among senior secondary school students in Lagos Metropolis. The Counselor. 2013; 32(1-2):85-93.

26. Milani A, Nikmanesh Z, Farnam A. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing aggression of individuals at the juvenile correction and rehabilitation center. Int J High Risk Behav Addict. 2013; 2(3): 26-31.

27. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clin Psychol Rev. 2011; 31(6):1041-56.

28. Waters L, Barsky A, Ridd A, Allen K. Contemplative education: A systematic, evidence-based review of the effect of meditation interventions in schools. Educ Psychol Rev. 2015; 27(1):103-34.

29. Shoshani A, Slone M. Positive education for young children: Effects of a positive psychology intervention for preschool children on subjective well being and learning behaviors. Front Psychol. 2017; 8: 1866.

30. Shoshani A, Steinmetz S, Kanat-Maymon Y. Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement. J Sch Psychol. 2016; 57(4): 73-92.

31. 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.

32. Cebolla A, Enrique A, Alvear D, Soler J, García-Campayo YJ. Contemplative positive psychology: Introducing mindfulness in to positive psychology. Papeles del Psicólogo. 2017; 38(1):12-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]

[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

33. Baer RA, Lykins ELM. Mindfulness and positive psychological functioning. In KM Sheldon, TB Kashdan, MF Steger (Eds.), Designing positive psychology: Taking stock and moving forward (pp. 335–348). 1th edition, New York, NY: Oxford University Press; 2011.

34. Baer R. Ethics, values, virtues, and character strengths in mindfulness-based interventions: A psychological science perspective. Mindfulness. 2015; 6(4):956-69.

35. Ivtzan I, Nienmiec RM, Briscoe CA. Study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. Int J wellbeing. 2016; 6(2):1-13.

36. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988; 8(1): 77-100.

37. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992; 63(3):452-59.

38. Golparvar M. Applied measurement in organizational psychology-1st volume. Tehran: Jangle Javedaveh Press; 2016. [In Persian].

39. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008; 13(4):359-65. [In Persian].

40. Lane AM, Soos I, Leibinger E, Karsai I, Hamar P. Validity of the Brunel Mood Scale for use with UK, Italian and Hungarian Athletes. In AM Lane (ed.), Mood and human performance: Conceptual, measurement, and applied issues (pp.119-130). 1th edition, Hauppauge, NY: Nova Science; 2007.

41. Terry PC, Lane AM, Fogarty G. Construct validity of the profile of mood states-A for use with adults. Psychol Sport Exerc. 2003; 4(2):125-39.

42. Lan MF, Lane AM, Roy J, Hanin NA. Validity of the Brunel Mood Scale for use with Malaysian athletes. J Sports Sci Med. 2012; 11(1):131-5.

43. Farokhi A, Moteshareie E, Zeidabady R. Validity and reliability of Persian version of Brunel mood scale 32 items. Motor Behavior. 2013; 5(13):15-40. [In Persian].

44. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. Clin Psychol Sci Pract. 2003; 10(2):144-56.

45. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2014; 2(4):6-14. [In Persian].

46. Ghadampour E, Gholamrezaei S, Radmehr P. The effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy on reducing social anxiety and depression in adolescences suffering comorbidity of social anxiety disorder and depression to 60 day follow up. J Urmia Univ Med Sci. 2016; 26(12):1028-40. [In Persian].

47. Muñoz RF, Aguilar-Gaxiola SA, Guzmán J. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. San Francisco General Hospital Depression Clinic; San Francisco: 1986. [Group therapy for cognitive-behavioral treatment of depression].

48. Faramarzi S, Asgari K, Taghavi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on adjustment rate of high-school students with abnormal grief. J Res Behav Sci. 2013; 10(5):373-82. [In Persian].

49. Hemmati Nejhad H, Zeinali A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on improving mental health of mothers with delinquent adolescent student. J Urmia Univ Med Sci. 2017; 28 (5):296-304. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]

[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]

Effect of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Aggression and Mood States of Female Students with Depression

Fatemeh Sadat Tabatabaienejad[1], **Mohsen Golparvar**[2], **Asghar Aghaei**[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Aggression and low level of mood states are the problems which female students with depression suffer from them. Therefore, the aim of this study was to compare the effect of Positive Mindfulness Therapy (PMT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on aggression and mood states in female students with depression.

Methods and Materials: The research method was semi-experimental with pretest-posttest and control group. Out of 300 female high school students in Nain City in 2017, 60 participants were selected using purposeful method based on entry and exit criteria and randomly assigned into four groups (control, PMT, MBCT and CBT). To measure the dependent variables, the Aggression Questionnaire (AQ) and Brunel Mood Scale (BRUMS) were used. The group of PMT, MBCT and CBT received 12 sessions of treatment and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed with the use of analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: Based on the results of ANCOVA, all three treatments had a significant effect on decrease of aggression and increase of mood states ($p<0.01$). Also, the effect of PMT was more than MBCT and CBT on reducing aggression ($p<0.01$), but the effect of three types of treatment on mood states was similar ($p>0.05$).

Conclusions: Considering the more powerful effect of PMT compared to other two treatments in decreasing aggression and with the equal effects of three types of treatment on mood states, the use of these treatments is suggested for girl students with depression.

Keywords: Aggression, Cognitive behavioral therapy, Depression, Mindfulness

Citation: Tabatabaienejad F, Golparvar M, Aghaei A. **Effect of Positive Mindfulness Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Aggression and Mood States of Female Students with Depression.** J Res Behav Sci 2018; 16(3): 285-298.

Received: 2018.07.29 Accepted: 2018.12.03

1- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
Corresponding Author: Mohsen Golparvar Email: drmgolparvar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.5.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.285]