

Research Paper



The Effect of Positive Mindfulness Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Regulation of Depressed Students in Rehabilitation School



Maryam Alsadat Mousavi¹, Fatemeh Sadat TabatabaeiNejad^{2*}

1. PHD student, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.16.6](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.16.6)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15277.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Positive Mindfulness Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Emotional Regulation, Depression.

Received:
Accepted:
Available:

Emotional regulation is the process by which individuals consciously and unconsciously adjust their emotions. The aim of this study was to investigate comparison of the effectiveness of positive mindfulness-based group therapy and cognitive-behavioral group therapy on increasing cognitive emotional regulation in depressed students of Ahvaz Jundishapur University School of Rehabilitation. This research was conducted in a quasi-experimental design, and during a three-group randomized controlled trial (two experimental groups and one control group), a three-stage study with a pre-test and follow-up design. From the statistical population of all undergraduate students of the Faculty of Rehabilitation, Jundishapur University of Shahr-e Ahvaz (1400-1399), 30 depressed students were selected based on inclusion criteria by available sampling method and randomly and equally in the two experimental groups (Positive mindfulness-oriented group therapy program was assigned $n = 10$ and cognitive-behavioral group therapy program ($n = 10$ during 12 group sessions) and control group ($n = 10$: did not receive any intervention during this period). All participants completed the Garnfsky et al. (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in all three groups before and after the intervention and one month after the intervention. The results of repeated measures analysis of variance showed that there was no significant difference in the scores of emotion regulation in post-test and follow-up compared to pre-test in comparison of positive therapy-minded and cognitive-behavioral therapy groups and none of the treatments had a significant effect on They did not have this component ($p < 0.05$). The results also showed that the two experimental groups, positive mind-based group therapy and cognitive-behavioral therapy had a significant effect on increasing positive cognitive regulation and reducing negative cognitive regulation in students compared to the control group ($p < 0.01$). According to the results of this study, group therapy of positive mindset and cognitive-behavioral therapy is an effective method to increase positive cognitive regulation and reduce negative cognitive regulation in the treatment of people with depression.



* Corresponding Author: Fatemeh Sadat TabatabaeiNejad

E-mail: f.tabatabaei49@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان شناختی رفتاری برتنظیم هیجانی دانشجویان افسرده دانشکده توانبخشی



مریم السادات موسوی^۱، فاطمه‌سادات طباطبائی‌نژاد^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.16.6](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.16.6)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15277.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور؛
درمان شناختی رفتاری؛ تنظیم
هیجانی؛ افسردگی.

تنظیم هیجانی فرایندی است که در طی آن، افراد هیجانات خود را به صورت هشیارانه و ناهشیار تعدیل می‌نمایند. پژوهش حاضر، با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان افسرده دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز تدوین گردیده است. این پژوهش در یک طرح نیمه‌آزمایشی، و طی یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) پژوهشی سه مرحله‌ای با طرح پیش‌پس‌آزمون و پیگیری اجرا گردید. از میان جامعه آماری کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور شهر اهواز (۱۴۰۰-۱۳۹۹)، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان افسرده بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش (تحت برنامه درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور $n=10$) و تحت برنامه درمان گروهی شناختی رفتاری ($n=10$ طی ۱۲ جلسه گروهی) و گروه کنترل ($n=10$: در این بازه زمانی مداخله‌ای دریافت نکرد) گمارده شدند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) را در هر سه گروه قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله تکمیل کردند. نتایج روش آماری تحلیل واریانس مکرر نشان داد که در مقایسه دو گروه درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناختی رفتاری درمانی در نمرات تنظیم هیجان در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت و هیچ کدام از درمان‌ها تاثیر معناداری بر این مؤلفه نداشتند ($p>0/05$). همچنین یافته‌ها نشان داد که دو گروه آزمایش درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناختی رفتاری درمانی نسبت به گروه کنترل بر افزایش تنظیم شناختی مثبت و کاهش تنظیم شناختی منفی دانشجویان تأثیر معناداری وجود داشت ($p<0/01$). طبق نتایج این پژوهش، درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناختی رفتاری درمانی روش موثری برای افزایش تنظیم شناختی مثبت و کاهش تنظیم شناختی منفی در درمان افراد مبتلا به افسردگی است.

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: فاطمه‌سادات طباطبائی‌نژاد

رایانامه: f.tabatabaei49@yahoo.com

عملکرد مطلوب جامعه مستلزم برخورداری از افرادی با وضعیت مطلوب بهداشت و سلامت روانی می باشد (رضاردبیلی و بنیسی، ۱۳۹۹). در این بین، دانشجویانی که در دانشگاه به دنبال دستیابی به هدف های آموزشی و شخصی متنوع هستند، گاه به دلیل وجود چالش ها و موانع مختلف در دستیابی به این هدف ها ناکام باقی می مانند. این چالش ها هم می توانند نشأت گرفته از فضای موجود اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (فتی و کیانی، ۱۳۹۹) و هم به دلیل دور بودن از خانواده، مسائل و مشکلات درسی، امکانات ناکافی، عدم سازگاری با شرایط جدید و مسائل و مشکلات مالی در معرض استرسی قرار داشته که به مرور می تواند باعث افسردگی^۱ آنان شود (ویمسات، اسپونک و سن^۲، ۲۰۱۶). افسردگی از بیماری های مختلفی است که سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۱۶)، آن را در صدر علل مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان قلمداد نموده و تا سال ۲۰۳۰ مهم ترین عامل بیماری و ناتوانی را به خود اختصاص خواهد داد. افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ده تا بیست درصد در سال در جمعیت عمومی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند (رضاردبیلی و بنیسی، ۱۳۹۹). شیوع و میزان زیاد این بیماری موجب شده که توجه متخصصان سلامت روان را به خود جلب کند (لی، لی، سونگ و زانگ^۴، ۲۰۱۷؛ وانگ، اکسایبی، وانگ، وانگ و لی^۵، ۲۰۱۷). افسردگی یک احساس مداوم غم و اندوه و از دست دادن علاقه به چیزهایی است که می تواند بر افکار، رفتار، احساسات و احساس سلامت روانی فرد تأثیر بگذارد و ممکن است در کل زندگی هر فرد به طور موقت رخ دهد و نیز به عنوان متغیر شناختی در پیش بینی افکار و رفتار خودکشی نقش اساسی دارد (ودرال، راب و اکانر^۶، ۲۰۱۹). کوپکن، بایفورد، تیلور، واتکینز، هولدن، وایت و همکاران^۷ (۲۰۱۶) در پژوهشی در دانشگاه آکسفورد نشان داد که تقریباً نیمی از دانشجویان به علت ابتلاء به مشکلات روحی- روانی به ویژه افسردگی منجر به هدر رفت یک نیمه تحصیلی در دانشجویان می شود. با توجه به تئوری های زیاد از جمله دیدگاه گراس و مونوز^۸ (۲۰۰۴) در تبیین پدید آمدن افسردگی، به نقش مهم الگوهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی^۹ در ابتلاء به افسردگی اشاره نموده اند. اولدن، هرماندز، رن و بلتن^{۱۰} (۲۰۱۸) استدلال کرده اند که نارسایی در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است که به عنوان عاملی مشترک و فراتشخیصی معرفی شده و با انواع مختلفی از آسیب های روانی از جمله افسردگی مرتبط است (سلطانی زاده، کاظمی، دارابی و قدرتی پور، ۱۴۰۰). بر طبق این نظریات علایم و نشانه های افسردگی پیامد نقص فرد در تنظیمات هیجانات خود به شیوه سازگارانه و صحیح هستند، چنانکه بر اساس نظر

گروس (۲۰۱۵) و گراتز و رومر^{۱۱} (۲۰۰۴) تنظیم هیجانی به صورت «فرآیندهای بیرونی و درونی که مسئول ثبت ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی می باشند و به خصوص الگوهای موقتی در جهت رسیدن به هدف تلقی می گردند»، تعریف کرده اند (مؤمنی، ۱۳۹۵). افرادی که نمی توانند به طور مؤثری پاسخ های هیجانی شان را به رویدادهایی که همه روزه اتفاق می افتد مدیریت کنند، دوره های طولانی و وخیمی از درماندگی را تجربه کرده و ممکن است باعث افسردگی یا اضطراب شود (شپس، سوری و گراس^{۱۲}، ۲۰۱۶). تنی، زین الدین، حسن و یوسف^{۱۳} (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که بین کنترل هیجانی و افسردگی در نوجوانان ارتباط معنی داری وجود دارد. اساس مفهوم سازی دیدگاه تنظیم هیجان درباره اختلالات هیجانی این است که نقص در تجربه یا ابراز هیجان منجر به تلاش های فراوان و ناکارآمد برای کنترل یا سرکوب تجربیات هیجانی می شود. به علاوه، افراد مبتلا به اختلالات هیجانی اغلب به راهبردهای کنترل شناختی از جمله نگرانی و نشخوار متوسل می شوند تا از این طریق ناتوانی خود در مدیریت هیجانات را جبران کنند (رنا، قینترو، فرسکو و منین^{۱۴}، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می کند که از طریق آن فرد بر اینکه چه هیجان هایی را تجربه کرده و چه موقع آنها را تجربه کند و نیز بر چگونگی بیان شان، تأثیر می گذارد (اسزیگیول، بازنی و بازیسکا^{۱۵}، ۲۰۱۳). توانمندی افراد در تنظیم هیجان می تواند نقش مهمی در سازگاری آن ها با وقایع استرس زای زندگی ایفا کند و استفاده از برخی راهبردهای تنظیم هیجان روی تجربه هر فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می گذارد (زنجان، مقبلی هنزائی، محسن-آبادی، ۱۳۹۷). از این رو، توانایی فرد در کنترل هیجاناتش یکی از مهم ترین قابلیت هایی است که باید آموخته شود. تنظیم هیجان باعث می شود شخص همیشه در یک حالت آرام و ساکن از برانگیختگی هیجانی قرار داشته که موجب نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخصی می شود (شوشتری، رضایی و طاهری، ۱۳۹۶). یکی از مداخله های درمانی که در تحقیقات بسیاری اثربخشی آن در زمینه های گوناگون مورد تایید قرار گرفته، گروه درمانی شناختی رفتاری^{۱۶} می باشد. بر اساس مطالعات اوی و دینگل^{۱۷} (۲۰۰۸)، گروه درمانی شناختی رفتاری یک روش منطقی و مداخله اثربخش است زیرا در این نوع درمان چرخه معیوب مشکل می شکند و فرد تشویق می شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو نماید (شاه نظری و حائری، ۱۳۹۵). در طی این روش درمانی فرد می آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه هایی در نظر گرفته که باید اعتبار آنها آزموده شود.

10. Olden, Hernandez, Wrenn, & Belton,
11. Gratz & Roemer
12. Sheppes, Suri, & Gross,
13. Tanni, Zainudin, Hassan, & Yusop
14. Renna, Quintero, Fresco, & Mennin
15. Szczygiel, Buczny & Bazinska
16. cognitive-behavioral therapy
17. Oei & Dingle

1. Depression
2. Wimsatt, Schwenk & Sen
3. World Health Organization
4. Li, Song & Zhang
5. Wang, Xie, & Lei
6. Wetherall, Robb, & O'Connor,
7. Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, et al
8. Gross & Muñoz
9. Emotion regulation

فرا تر از خویشتن می‌رود مانند خانواده و یا مذهب است (صادقی، ابوالقاسمی، کاظمی و نریمانی، ۱۳۹۸). کوهن و فردریکسون^۹ (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که اغلب افراد مایل و قادرند که روش‌هایی برای تولید هیجان‌های مثبت یاد بگیرند. براساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌گردد. در واقع رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روانشناسی مثبت‌گرا است (خانجانی، ۱۳۹۶).

درمان ذهن‌آگاهی به عنوان یک فن درمانی و برنامه آرامش‌آموزی اولین بار توسط کابات زین^{۱۱} (۱۹۹۰) مطرح شد (کبات-زین، هان، ۲۰۱۳). ذهن-آگاهی به مراقبه‌ای اشاره دارد که در آن بر حضور و آگاهی بر زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تأکید می‌شود. در طی سه دهه گذشته علاقه به استفاده درمانی از ذهن‌آگاهی افزایش یافته است (فتاحی، کاظمی، بقولی و کوروش‌نیا، ۱۴۰۰). ذهن‌آگاهی به وسیله فراهم آوردن پردازش هوشیارانه اطلاعات موجب افزایش توانمندی‌های رفتاری و هیجانی می‌گردد. شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر منابع مرتبط با سلامتی دارد (مک کنویل، مک آلر و هان^{۱۲}، ۲۰۱۷). موسوی، پارسا قربانی، سیاوش و شریفی زاوشی (۱۴۰۰) و داوودی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی تأثیر معناداری دارد. جنسن، هیرکنز، کویجر، وندر هایدن و انگلس^{۱۳} (۲۰۱۸) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی را بر افسردگی، اضطراب و استرس نشان دادند. گارلند، هانلی، گلدین^{۱۴} و گروس (۲۰۱۷) اثربخشی ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی بر تنظیم احساسات مثبت ذهن آگاهانه را نشان داد. کاونهوون و دورجی^{۱۵} (۲۰۱۴) نیز نشان دادند آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی گردد. سبول، انریکه، آلوار، سولر و گارسیا-کامپایو^{۱۶} (۲۰۱۷) نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی خود یک سازه مثبت‌گرا است که با ادغام در درمان‌های مثبت‌نگر دیگر، امکان بهره بردن از ظرفیت دو درمان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری را فراهم می‌کنند. داوودی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که هر سه درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور، و درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان-مدار، بر تنظیم هیجان مؤثر بودند. شواهد پژوهشی در مطالعات طباطبایی نژاد و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور را می‌توان برای کاهش اضطراب اجتماعی، پرخاشگری و حالات خلقی و سرمایه عاطفی دانش‌آموزان افسرده بیشتر از دیگر درمان‌ها استفاده نمود. باقری‌نیا، یمینی، جوادی علمی و نورادی (۱۳۹۴) در مقایسه دو روش درمانی نتیجه گرفتند

این درمان رویکردی آموزشی داشته که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه سازی در جلسات درمانی، بازسازی شناختی قبل و همچنین تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (فری^۱، ۱۳۹۷). شواهد مطالعاتی گذشته حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری قادر است سطح تنظیم مثبت هیجانی را افزایش داده و در مقابل سبک‌های منفی و ناکارآمد تنظیم هیجان را تضعیف نماید (داوودی، منشی و گلپرور، ۱۳۹۸). تأثیر این درمان در مطالعات بسیاری مورد اثبات علمی قرار گرفته است؛ از جمله می‌توان کاهش افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای سازش‌نا یافته در تنظیم شناختی هیجان (کیان‌زاد، نشاط دوست، مهربانی و موسوی، ۱۴۰۰)، خودافشاگری زناشویی (اسکندری و آریان‌پوران، ۱۳۹۸)، بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری (شوشتری و همکاران، ۱۳۹۶؛ اسفندیاری و دارابی، ۱۳۹۵؛ عظیمی، مرادی و حسنی، ۱۳۹۶) و در تحقیقات خارجی بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب (لیو، کیانو، خو، ژائو، یانگ، ون و همکاران^۲، ۲۰۲۱) و درمان اختلال افسردگی اساسی (کوجوکارو، پاپ، سوسیو، پیتر، شنک و مورسان^۳، ۲۰۲۱؛ حسین، دوبیکا، ویلکینسون^۴، ۲۰۱۸) اشاره کرد. از درمان‌های دیگر می‌توان به درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مثبت محور^۵ اشاره کرد. طی سال‌های اخیر برخی از اندیشمندان با هدف بسط و گسترش ظرفیت‌های درمانی، از حلقه‌های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی سخن به میان آورده‌اند. امکان تلفیق برخی درمان‌ها با یکدیگر بیشتر از این نظر مطرح شده که امکان استفاده از نقاط قوت درمان‌ها در کنار یک دیگر را فراهم می‌کند (طباطبایی نژاد، گلپرور و آقایی، ۱۳۹۷).

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد روش درمانی ذهن‌آگاهی مثبت محور یک مداخله تلفیقی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که از تلفیق دو شیوه برنامه روان‌درمانی مثبت‌گرا^۶ و مداخلات ذهن‌آگاهی^۷ به وجود آمده است. از دیدگاه سلیگمن^۸ (۲۰۱۲) راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذتبخش، جذاب و با معنا را بسازند، «مداخله‌های مثبت‌گرا» گفته می‌شود (نوفرستی، روشن چلسی، فتی، حسن‌آبادی و پسندیده، ۱۳۹۷). در این روش درمانی مراجعان می‌آموزند که خوشبین‌تر بوده و تغییرات درمانی آن پایداری بیشتری دارد. موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا از نظر نظریه‌پردازان حوزه روانشناسی مثبت نگر شادکامی است که شامل سه مولفه هیجان مثبت و مجذوب شدن و زندگی با معنی می‌باشد (رشید^۹ و سلیگمن، ۲۰۱۳). منظور از هیجان مثبت مانند احساس راحتی و صمیمیت، مجذوب شدن نیز فعالیت‌های جذاب و سرگرم کننده و منظور از معنی خدمت به چیزی که

9. Rashid
10. Cohn, & Fredrickson.
11. Kabat Zinn
12. McConville, McAleer, & Hahne
13. Janssen, Heerkens, Kuijter, van der Heijden & Engels
14. Garland, Hanley, Goldin,
15. Kaunhoven & Dorjee
16. Cebolla, Enrique, Alvear, Soler & García-Campayo

1. Frei
2. Liu, Qiao, Xu, Zhao, Yang, Wen et al
3. Cojocar, Popa, Suci, Péter, Schenk & Muresan
4. Hussain, Dubicka & Wilkinson
5. Positive Mindfulness Therapy (PMT)
6. Positive Psychotherapy (PPT)
7. mindfulness
8. Seligman

متغیر وابسته (تنظیم هیجانی) بود. در دو گروه آزمایشی دو متغیر مستقل اعمال شد، هر دو گروه سه مرحله به ابزار پژوهش پاسخ دادند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور در شهر اهواز که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل در رشته‌های فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و شنوایی شناسی بودند و تعداد آنها ۲۸۸ نفر گزارش شده بود و طبق مراحل زیر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. الف) مرحله شناسایی: در این مرحله پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی نایین و ارائه به دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز جهت شناسایی مددجویان و اجرای مراحل پژوهش اقدام گردید. ب) مرحله انتخاب: با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش از جمله تشخیص افسردگی، با کسب حداقل متوسط نمره ۲۸-۲۰ (نقطه برش) پرسشنامه افسردگی بک^۴ (ویرایش دوم) (آزمون غربالگری)، ۳۰ نفر مددجویان دانشجویان افسرده خواسته شد تا در پژوهش شرکت نمایند. پس از آن فرم رضایت‌نامه کتبی در اختیار آنها قرار گرفته و در صورت موافقت و امضای فرم مددجویان به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند و معیارهای خروج دارای افسردگی پایین‌تر از متوسط و یا افسردگی‌های شدید نیازمند بستری، شرکت در سایر برنامه‌های درمانی، مصرف داروهای روانگردان به تشخیص روانشناس، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روانشناختی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش و درمان بود. افراد با استفاده از کدهای عددی مشخص به صورت تصادفی در یکی از سه گروه (۱۰ نفر گروه آزمایش ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و ۱۰ نفر گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و ۱۰ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۵ گارنفسکی (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۶ (۲۰۰۱) که در کشور هلند تدوین شده، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی و دارای ۳۶ ماده است. مقیاس تنظیم‌شناختی هیجان نه راهبرد شناختی خودسرزنشگری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنشگری را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دامنه نمرات مقیاس از (هرگز) تا پنج (همیشه) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کل «تنظیم شناختی هیجان» از مجموع نمرات تنظیم شناختی مثبت (شامل سوالات ۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۷-۱۸-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳) و نمرات تنظیم شناختی منفی (شامل سوالات ۳۶-۳۵-۳۴-۳۳-۳۲-۳۱-۳۰-۲۹-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱) حاصل می‌شود. نمرات بالا در هر زیرمقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). سازندگان این پرسشنامه (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» پرسشنامه به ترتیب

که روش درمان مبتنی بر حضور ذهن در بهبود تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، مؤثرتر از روش درمان شناختی رفتاری است. بررسی‌های واترز، بارسکی، رید و آلن^۱ (۲۰۱۵)، انگ^۲ (۲۰۱۳) و پژوهش ایوتزین، رایان، نیمیک و بریسکو^۳ (۲۰۱۶) نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود در دانشجویان مؤثر است.

از جایی که جامعه دانشجویی، بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد و سالیانه رو به افزایش است، اهمیت سلامت دانشجویان و آمارهای گوناگونی که از میزان شیوع افسردگی در بین دانشجویان گزارش شده است (رضائی، آرامجو، رضائی، حاجی‌پور و ناصری، ۱۳۹۵)، و اینکه افسردگی سبب بروز مشکلاتی در زندگی شخصی و علمی دانشجویان می‌شود، بر اساس پیشینه مرور شده اندیشمندان و درمانگران به دنبال بررسی و آزمون روش‌ها و راهبردهایی برای درمان افسردگی و تبعات دیگر آن در جوانان افسرده هستند. به ویژه، روندهای درمانی نوین و ترکیبی از ترکیب دو رویکرد شناختی و مثبت‌نگر به آرامی در حال ظهور بوده، شواهد مشاهده شده اولیه بیانگر سودمندی نسبی این رویکردهای تلفیقی درمان و آموزش برای نوجوانان و جوانان افسرده می‌باشد. همچنین، با توجه به اهمیت پژوهش‌های اثربخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی، اگر چه در مورد اهمیت تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سازه‌های مختلف روانی، پژوهش‌هایی صورت گرفته است، اما در خصوص اثر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور در قالب کنونی بر تنظیم هیجانی برای اولین بار در این پژوهش، در کنار درمان پایه دیگر (درمان گروهی شناختی رفتاری) بر افزایش تنظیم شناختی هیجانی انجام شده و در پیشینه داخلی در این راستا، پژوهشی انجام نشده است. این خلاء خود از مهمترین دلایل معطوف به ضرورت و اهمیت مطالعاتی از نوع مطالعه حاضر در سطح حرفه‌ای و تخصصی بوده است. بنابراین پژوهش حاضر در جهت پر کردن خلاء موجود، درصدد ارائه پاسخ علمی به این سؤال که: «کدام یک از درمان‌های ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان شناختی رفتاری در افزایش تنظیم هیجانی در دانشجویان افسرده دانشکده توانبخشی پس از اختتام درمان مؤثرتر است؟»، طراحی و اجرا شد.

روش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی دارای گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. در این طرح به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان، دو روش درمانی با یکدیگر بر اساس مقیاس‌های پیامد مقایسه شد. متغیرهای پژوهش شامل دو متغیر مستقل (در دو سطح اجرای ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان شناختی رفتاری و عدم اجرای این رویکرد در گروه کنترل) و یک

4. Beck
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
6. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

1. Waters, Barsky, Ridd & Allen
2. Ong
3. Ivtzan, Ryan, Niemiec, & Briscoe

و ۹۰ دقیقه‌ای برگزار گردیدند. گروه کنترل، مداخله‌ی درمانی مذکور را دریافت نکرد. زمان کلاسی هر هفته با تمرین‌های مشخص فن تن‌آرامی شروع و با ارائه مهارت‌های عملی و گروهی و نیز موضوعات آموزشی معین توسط درمانگر در هر جلسه بدون ریزش و اُفت آزمودنی‌ها انجام شد. خصوصیات جمعیت شناختی مورد سنجش و ثبت قرار گرفت. هر دو درمان برای استفاده در قالب گروهی جرح و تعدیل شدند. جلسات درمانی در دو گروه آزمایش در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه جندی شاپور اهواز برگزار گردید. زمان اجرای آزمون‌ها برای غربال اولیه در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ و زمان اجرای جلسات درمانی و مرحله پیگیری نیز در محدوده زمانی نیمسال اول و دوم بود.

در این پژوهش برای گروه آزمایش دستور عمل جلسه‌ها و تکنیک‌های گروه شناختی رفتاری با استفاده از بسته آموزش شناختی رفتاری مونوز و میراندا^۳ (۱۹۹۶)، به نقل از قره‌داغی، شفیع‌آبادی، رشیدی، فرحبخش و اسماعیلی، (۱۳۹۳) و تحت مداخله قرار گرفت. ساختار جلسات درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور بر با استفاده از بسته‌ی درمانی تدوین شده توسط طباطبایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) تنظیم و به اجرا درآمد؛ در برخی جلسات درمانی با رعایت اصول اساسی جلسه، پژوهشگر هر جلسه را به افسردگی و تنظیم هیجان ربط می‌داد. جدول شماره یک خلاصه محتوای هر جلسه و زمان‌بندی جلسه‌های درمانی را نشان می‌دهد.

برابر با ۰/۹۱۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (یکه‌فلاح، حسین‌خانی و محمدی، ۱۳۹۴). همچنین پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۵) همسو با یافته‌های فوق ضرایب بالایی را گزارش کرده‌اند (امین‌آبادی، دهقانی و خدا پناهی، ۱۳۹۰).

۲- پرسشنامه افسردگی بک^۱: پرسشنامه افسردگی بک (فرم کوتاه)، شامل ۲۱ سؤال است که در پژوهش حاضر به عنوان آزمون غربالگری مورد استفاده قرار گرفت. به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌بازی و ... هستند. دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. بک، استیر، بال و رانیری^۲ (۱۹۹۷) با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در داخل کشور نیز می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار (۱۳۷۳) و چگینی (۱۳۸۱) اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (ازخوش، منوچهر ۱۳۸۷)

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۱۲ جلسه درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و ۱۲ جلسه درمان شناختی-رفتاری بود که به صورت هفتگی

جدول (۱) خلاصه‌ای از پروتکل دوازده جلسه‌ای جلسه‌های درمانی

مختصری از محتوای درمان شناختی-رفتاری	مختصری از محتوای درمان ذهن آگاهی مثبت محور	زمان بندی جلسات درمان
معرفه و توزیع پرسشنامه (پیش آزمون)، آشنایی کلی گروه با فرآیند روان درمانی با محتوای توضیح در مورد درمان شناختی-رفتاری، تعریف متغیرهای پژوهش و توضیح و کاربرد آن در زندگی و ارائه تکلیف در طول هفته، آشنا نمودن شرکت کنندگان با هدف پژوهش.	آشنایی درون گروهی، آشنایی با قواعد درمانی، آشنایی با افسردگی و نشانه‌های آن و در نهایت آشنایی با درمان ذهن آگاهی مثبت محور و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی.	جلسه اول
ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگوی اعضا با یکدیگر و صحبت در مورد مسائل و احساسات شخصی.	آموزش فنون مراقبه بالاخص مراقبه کشمش و تمرکز بر تقویت ارزشمندی و رضایت از خود در متن امید و خوش بینی.	جلسه دوم
آموزش فعال سازی رفتاری. ارزیابی تکالیف آزمودنی‌ها و دادن اطلاعاتی در مورد متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی.	آموزش شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی و بازداری هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد و دانایی و ابعاد آن.	جلسه سوم
آموزش مهارت‌های سازشی اجتماعی و همچنین ارائه تکالیف خانگی.	آموزش فنون مراقبه واری بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف گذاری 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 چهارم
آموزش نظارت بر فکر و اصلاح فکر و حل مسئله گروهی برای خروج از چرخه گوش به زنگ، ارائه تکالیف خانگی.	آموزش ذهن آگاهی در حوزه خودآگاهی از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف همزمان با تلقین مثبت در زمینه توانمندی‌ها و ارتقاء جنبه‌های مثبت زندگی.	جلسه پنجم
آموزش نظارت بر فکر و اصلاح فکر و حل مسئله گروهی برای خروج از چرخه گوش به زنگ، ارائه تکالیف خانگی.	آموزش فنون مراقبه واری بدن و مراقبه نشسته و تمرکز بر هدف گذاری 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 ششم
آموزش مثلث شناختی افسرده‌ها. طرحریزی برای انجام کار برای خروج از دوره‌های تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، بازبینی جلسات و سؤالات قبلی، آموزش در حوزه تنظیم هیجان.	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 به جای افکار منفی، انجام آگاهانه فعالیت‌های لذت بخش، استفاده آگاهانه از واژه‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتماد به نفس، استفاده از واژه چگونه به جای چرا.	جلسه هفتم
آموزش تکنیک‌های ابطال سازی و همچنین ارائه تکالیف خانگی.	معرفی ارزش‌های درونی از جمله 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 هشتم
آموزش پیشگیری از عود و بازگشت بیماری، آموزش تکنیک حل مسئله، تصمیم گیری، حل تعارض و آموزش مهارت‌های اجتماعی و آماده سازی برای حل مشکلات زندگی. بررسی مشکلات آزمودنی‌ها و ارائه پس-آزمون.	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 نهم
	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 روش حل مسئله، معرفی شوخ طبعی و تکنیک‌های آن و نقش آن بر ارتباطات بین فردی و سلامت جسمانی و روانی و مقاومت در برابر استرس‌های روزمره.	جلسه دهم
	استمرار مراقبه نشسته و مراقبه واری بدن، استمرار آموزش مهارت مثبت‌اندیشی، متعادل کردن باورها و نیایدهای ذهنی، آموزش خودگویی‌های سازنده در هنگام ابهام موقعیت.	جلسه یازدهم
	انجام تمرینات کششی هاتاویگا و نقش آن در افزایش آستانه تحمل دانشجویان و کاهش واکنش پذیری، ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی. بررسی مشکلات آزمودنی‌ها و ارائه پس‌آزمون.	جلسه دوازدهم

چنان‌که در جدول (۲) یافته‌های توصیفی نشان می‌دهند که در دانشجویان افسرده، میانگین متغیر تنظیم هیجان در گروه آزمایش (ذهن آگاهی مثبت محور) و در گروه آزمایش (شناختی رفتاری) میانگین نمره‌ی این مؤلفه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته و در گروه کنترل کاهش بسیار جزئی داشته است.

برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل پیش فرض تحلیل یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیر پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس لوین استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای مؤلفه مورد بررسی

مؤلفه	اندازه‌گیری	آزمون لوین	
		درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲
پیش‌آزمون	۰/۱۳۴	۲	۲۷
تنظیم هیجانی	۰/۲۴۷	۲	۲۷
پیگیری	۰/۲۲۶	۲	۲۷

همانطور که مشاهده می‌شود براساس سطح معنی‌داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، بنابراین پیش فرض تساوی واریانس‌ها به تفکیک سه زمان بررسی، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است.

در جدول زیر نتایج آزمون فرض کرویت^۱ برای مؤلفه مورد بررسی ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون فرض کرویت برای مؤلفه مورد بررسی در دانشجویان

مؤلفه‌های مورد بررسی	آماره ماچلی	تقریب	درجه آزادی	سطح معناداری
تنظیم هیجانی	۰/۷۹۱	کای-اسکور	۲	۰/۰۴۷

همانطور که مشاهده می‌شود فرض کرویت برای مؤلفه‌ی تنظیم هیجانی رد شده است و بنابراین از نتایج مربوط به گرین هوس گیسر^۳ در مدل اندازه‌های مکرر استفاده می‌شود.

ملاحظات اخلاقی عبارت بود از:

- ۱- رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت کنندگان.
- ۲- فرم رضایت آگاهانه که با قید تمام جزئیات پژوهش، به مدد جویان داده شد تا بعد از مطالعه، به امضاء رساندند.
- ۳- گروه کنترل نیز پس از اتمام جلسات دو گروه آزمایش، طبق برنامه قبلی، پس از پایان دوره پیگیری، به اختیار خود یکی از دو درمان‌های ذهن آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری را به صورت رایگان دریافت کردند.

نتایج

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو ویلک، پیش فرض برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در سطح معنی‌داری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در این پژوهش ۳۰ نفر گروه نمونه دانشجویان افسرده در سه گروه ۱۰ نفری تحت درمان بودند. براساس اطلاعات جمعیت شناختی میانگین سنی دانشجویان گروه آزمایش (ذهن آگاهی مثبت محور) برابر ۲۲/۶ سال و میانگین سنی دانشجویان گروه آزمایش (شناختی رفتاری) برابر ۲۴/۸ سال و میانگین سنی دانشجویان گروه کنترل برابر ۲۳/۹ سال بود. همچنین از نظر رشته تحصیلی ۳۰ درصد فیزیوتراپی، ۱۶/۷ درصد گفتاردرمانی، ۲۳/۳ درصد کاردرمانی و ۳۰ درصد شنوایی شناسی بوده‌اند. نتایج تحلیل واریانس یک راه برای عامل سن و آزمون کاسکور برای تحصیلات نشان داد از نظر سن و تحصیلات سه گروه پژوهش با یکدیگر دارای تفاوت معنادار نیستند ($p > 0.05$). ابتدا اطلاعات توصیفی و شاخص‌های آماری سه گروه در متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به شرح جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجان در دانشجویان افسرده به تفکیک

گروه و مرحله

مقیاس	شاخص‌های آماری	ذهن آگاهی مثبت محور		شناختی رفتاری		گروه کنترل	
		پیش-آزمون	پس-آزمون	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیش-آزمون	پس-آزمون
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۱۱۹/۱	۱۲۳/۷	۱۱۸/۳	۱۲۱/۴	۱۲۲/۶	۱۱۹/۲
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۳/۹	۴/۲	۳/۹	۴/۳	۴/۰	۴/۲
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۴۵/۸۰	۵۸/۵۰	۴۶/۹۰	۶۱/۷۰	۶۷/۳۰	۴۹/۳۰
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۳/۱۳	۳/۰۸	۳/۱۳	۳/۰۸	۲/۹۱	۳/۰۸
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۷۳/۳۰	۶۵/۲۰	۵۹/۹۰	۷۰/۴۰	۵۹/۳۰	۶۹/۹۰
تنظیم هیجان	میانگین خطای معیار	۲/۱۵	۲/۴۸	۲/۱۵	۲/۴۸	۲/۱۵	۲/۴۸

1. Sphericity test
2. Mauchly' W

پس مشخص شد که از نظر پیش فرض مورد اشاره در پژوهش حاضر مشکلی وجود ندارد. در ادامه به بررسی فرضیه‌های پژوهشی در قالب آمار استنباطی پرداخته شده است.

جدول ۵: نتایج چند متغیره در آنالیز اندازه مکرر در بررسی تاثیر درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور با درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی و ابعاد آن در دانشجویان افسرده

مقیاس	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلای	۰/۰۷۱	۰/۹۹۶	۲	۲۶	۰/۳۸۳	۰/۰۷۱	
لامبدای ویلکز	۰/۹۲۹	۰/۹۹۶	۲	۲۶	۰/۳۸۳	۰/۰۷۱	
تنظیم هیجانی	اثر هتلینگ	۰/۰۷۷	۰/۹۹۶	۲	۰/۳۸۳	۰/۰۷۱	
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۷۷	۰/۹۹۶	۲	۲۶	۰/۳۸۳	۰/۰۷۱	
اثر پیلای	۰/۷۶۸	۱۶/۸۴۸	۴	۱۰۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۴	
لامبدای ویلکز	۰/۲۳۵	۲۸/۱۹۹	۴	۱۰۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۶	ابعاد
تنظیم شناختی	اثر هتلینگ	۳/۲۴۷	۴۲/۲۱۱	۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۹	
بزرگترین ریشه روی	۳/۲۴۳	۸۷/۵۵۷	۲	۵۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴	

چنان که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری تعامل بین گروه با پیش آزمون در متغیر تنظیم هیجانی و ابعاد تنظیم شناختی، در سطح $P > 0.05$ معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان نمود که این مفروضه برای این متغیر برقرار است.

با توجه به نتایج فوق، داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را دارا می‌باشند و می‌توان تفاوت‌های سه گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد. که مشاهده می‌شود حداقل یکی از ابعاد تنظیم شناختی هیجان تحت تاثیر گروه‌های درمانی (درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و درمان گروهی شناختی رفتاری) در طی زمان تفاوت معناداری داشته است. جدول (۶) نتایج حاصل از آزمون تحلیل اندازه-های مکرر در بررسی اثر درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و اثر درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی و ابعاد آن دانشجویان افسرده، آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون اندازه‌های مکرر در بررسی اثر درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و اثر درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی، تنظیم هیجانی مثبت، تنظیم هیجانی منفی دانشجویان افسرده

متغیر	اندازه گیری	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان
تنظیم هیجانی	اثر زمان	۷۵/۹۳۲	۱/۰۶۰	۰/۳۴۴	۰/۰۳۸	۰/۲۰۷
	اثر گروه	۸۱/۷۳۳	۰/۲۲۹	۰/۷۹۷	۰/۰۱۷	۰/۰۸۲
تنظیم هیجانی مثبت	اثر متقابل گروه و زمان	۴۴/۱۷۳	۰/۶۱۷	۰/۶۲۳	۰/۰۴۴	۰/۱۷۴
	اثر زمان	۱۳۷۱/۷۴۴	۳۶/۱۷۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
تنظیم هیجانی مثبت	اثر گروه	۸۶۵/۵۴۴	۴/۲۹۵	۰/۰۲۴	۰/۲۴۱	۰/۶۹۸
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۶۰/۵۶۱	۶/۸۷۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۷	۰/۹۹۰
تنظیم هیجانی منفی	اثر زمان	۸۷۱/۶۷۸	۴۶/۹۶۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۵	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۴۷۷/۰۱۱	۳/۸۲۱	۰/۰۳۵	۰/۲۲۱	۰/۶۶۴
تنظیم هیجانی منفی	اثر متقابل گروه و زمان	۱۱۷/۹۱۱	۶/۳۵۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۰	۰/۹۸۴

همان‌طور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، برای متغیر تنظیم هیجانی اثر گروه (پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری) و اثر زمان (۰/۷۹۷) $P\text{-value} = 0.344$ و $P\text{-value} = 0.05$ معنادار نبوده. بر اساس نتایج ارائه شده فرضیه پژوهش مبنی بر این که اثرات درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و اثر درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی دانشجویان افسرده تاثیر دارد، مورد تایید قرار نمی‌گیرد. همچنین، اندازه اثر گروه بر مؤلفه تنظیم هیجانی مثبت دانشجویان برابر ۶۹/۸ بوده است ($P = 0.024$, $F = 4/295$). با توجه به میانگین مؤلفه تنظیم هیجانی مثبت گروه‌ها در طی زمان نتیجه می‌شود که درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجانی مثبت دانشجویان مؤثر بوده است. همچنین اثر متقابل اندازه‌ی اثر گروه بر مؤلفه‌ی تنظیم هیجانی منفی دانشجویان برابر ۶۶/۴ بوده است ($P = 0.035$, $F = 6/872$). با توجه به میانگین نمره‌ی مؤلفه تنظیم هیجانی منفی گروه‌ها در طی زمان نتیجه می‌شود که درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش تنظیم هیجانی منفی دانشجویان مؤثر بوده است.

با استفاده از آزمون‌های تعقیبی آزمون اندازه مکرر، به بررسی تفاوت اثر درمان گروهی ذهن آگاهی مثبت محور و درمان گروهی شناختی رفتاری بر ابعاد تنظیم هیجانی دانشجویان افسرده پرداخته شد و یافته‌ها نشان داد هرکدام از گروه‌های درمانی بطور مجزا بر روی ابعاد تنظیم هیجانی دانشجویان اثر معناداری داشته‌اند ولی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین مقایسه اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور و درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی دانشجویان افسرده دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو شیوه اجرای دو روش درمانی در ارتقاء و بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دیده نشد. فرضیه کلی پژوهش مبنی بر این که بین درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور با درمان گروهی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجانی دانشجویان افسرده تفاوت معنی‌دار وجود دارد، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تفاوتی بر بهبود تنظیم هیجانی در دانشجویان افسرده وجود نداشته است. یعنی هر دو برنامه‌ی درمانی تقریباً تأثیر یکسانی دارند، به طوری که هر دو درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناختی - رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم هیجانی در دانشجویان افسرده نداشته‌اند. اگر چه پژوهشی که منطبق بر موضوع پژوهش فوق باشد، یافت نگردید، اما از نظر کلی این یافته در پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش داوودی و همکاران (۱۳۹۸)، طباطبایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، سبولا و همکاران (۲۰۱۷) و پژوهش‌های ایوترین و همکاران (۲۰۱۶) و واترز و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر افزایش شاخص‌های بهزیستی دانشجویان مؤثر است، همسویی نشان نمی‌دهد. تفاوت در نتایج به دست آمده در مطالعات مختلف را می‌توان به شرایط روحی، جنسیت، سنی و محیطی (خصوصاً در زمان انجام مرحله اجرایی پژوهش حاضر با وجود بیماری کرونا) که پژوهش در آن انجام شده است و منابع حمایتی و امکانات دانشگاه مربوط دانست که شاید عوامل مداخله‌گر که به آن‌ها اشاره شد، توانسته تأثیرات جلسات هر دو گروه درمانی را در پژوهش حاضر کاهش دهد. در تبیین این یافته، باید ذکر کرد که به نظر می‌رسد افزایش عوامل استرس‌زای شخصی، تحصیلی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سبب افزایش میزان اضطراب و افسردگی دانشجویان شده است. این دانشجویان که در طی دوره‌ی تحصیل خود با مشکلات بسیاری مواجه می‌شوند، که لازمه‌ی کاهش شرایط استرس‌زای، مواجه با وضعیت و هم آموختن فرآیند چگونگی حل مسائل است. در غیر این صورت دانشجویان دچار آسیب‌های روانی و همچنین نوسانات گسترده در طیف عاطفی، روانی و رفتاری خود می‌شوند که آن‌ها را در معرض تنش غیرطبیعی قرار می‌دهد. این تنش‌ها به تدریج شدت یافته و با تأثیر بر روح و روان فرد، او را آسیب پذیرتر می‌نمایند که در نتیجه او را مستعد بروز مشکلات دیگر نظیر افسردگی نیز می‌کند. وقتی، این افراد برای مدت طولانی در وضعیتی قرار می‌گیرند که هیچ قدرتی روی آن نداشته و از آن نمی‌توانند فرار کنند، مستعد ابتلا به افسردگی می‌شوند. افسردگی با زیرمجموعه غم و اندوه، توانایی ضعیف در شناسایی و ابراز هیجان‌ها، سرکوبی عواطف و خلق پایین و ناراحت مشخص می‌شود که به طور فراوانی بر توانایی و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶) منجر به اختلال در عملکرد شغلی - تحصیلی، روابط اجتماعی و بین فردی شده (زارع، ۱۳۹۴)، با وجودی که غم و اندوه معمولاً به مرور زمان کاهش می‌یابد

اما باعث درماندگی شدید هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی می‌شود که نگرش مثبت خود را نسبت به چالش‌های پیشرو از دست داده و در حل مسائل دچار مشکل می‌شوند (یوکای کو، ۲۰۰۹). توانایی تمرکز مجدد و تنظیم هیجانی در افراد افسرده به دلیل ارتباط با کارکردهای اجرایی مغز بیشتر دارای مبنای فیزیولوژیک است که با گذشت زمان قابل تغییر است و به نظر نمی‌رسد که بتوان در کوتاه مدت تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر آن اعمال کرد. این تبیین می‌تواند از دلایل احتمالی دیگری در یافته‌های به دست آمده مبنی بر عدم اثربخشی هر دو درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناختی - رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بر بهبود تنظیم هیجانی در دانشجویان افسرده باشد.

همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور و شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجانی (افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی) دانشجویان به طور یکسان اثربخش هستند و تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد. در زمینه تبیین اثربخشی یکسان دو درمان می‌توان گفت که ممکن است هر دو درمان به این دلیل اثربخش باشند که بر روی مکانیسم‌های پایه مشترک عمل می‌کنند و شاید هر دوی آنها منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردند. به این سبب اثربخشی هر دو درمان در افزایش هیجانات مثبت در مسیر نظریات و پژوهش‌های قبلی بوده است (فتاحی، ۱۴۰۰؛ موسوی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کیان‌زاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ اسکندری و آریان‌پوران، ۱۳۹۸؛ شوشتری و همکاران، ۱۳۹۶؛ اسفندیاری و دارابی، ۱۳۹۵؛ عظیمی، مرادی و حسینی، ۱۳۹۶؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۸؛ داوودی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کاونهوون و دورجی، ۲۰۱۴؛ جنسن و همکاران، ۲۰۱۸؛ مک‌کنویل و همکاران، ۲۰۱۷؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوجوکارو و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور می‌توان گفت، افراد افسرده مورد بررسی، گرایش به تمایلات بدبینانه دارند، میزان قابل توجهی از استرس را دارند که در نهایت به بیماری جسمانی و اشفستگی ذهنی و هیجانی آن‌ها منجر شده است. محتوای جلسات درمانی و آموزشی گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور در پژوهش حاضر که محور مبنایی، اصول و فنون آن در دو حوزه ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری که هر دو به خوبی شناخته و آزمون شده‌اند، وجود دارد می‌تواند سبک تفکر فرد را دچار دگرگونی کرده و در ذهن فرد ساختارهای تفکری ایجاد و به فرد در مواجهه با شرایط مشکل‌زا در جهت بهبود مقابله و دستیابی به راه‌حل‌های مناسب کمک نماید. در این روش درمان ترکیبی بر این اصل و تفکر تأکید می‌شود که ارتقاء توان فرد و بالاخص دانشجویان مورد بررسی برای رهایی از افکار، و باورها و عواطف و رفتارهای ارزیابانه که اغلب منجر به سرزنش خود و احساس بی‌ارزشی می‌شود (حسین و همکاران، ۲۰۱۸)، اگرچه ارزشمند مفید و مؤثر است ولی چنان که این رهایی همراه با تمرکز بر نقاط قوت خود و عواطف مثبت باشد، اثربخشی بیشتری بر آزمودنی‌ها به همراه دارد. با درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت محور که روش جدیدی از پردازش شناختی و تنظیم هیجان را فراهم می‌کند، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابرازی برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود و همچنین به

دارد که امید هست در پژوهش‌های بعدی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. در مجموع با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان گفت که هر دو برنامه‌ی روان‌درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناختی رفتاری، برنامه‌ای مؤثر و کارآمد در افزایش هیجانات مثبت برای دانشجویان افسرده می‌باشد که با افزایش هیجانات مثبت از بروز مشکلات مختلف روانی و اجتماعی پیشگیری می‌شود، لذا با توجه به موارد مذکور پیشنهاد می‌شود، مهارت‌های درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و شناختی رفتاری به طور گسترده برای افزایش سلامت روان دانشجویان افسرده آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دانشجویان دانشکده توانبخشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز که در تکمیل و توزیع پرسشنامه دقت و وقت کافی مبذول داشتند و در مرحله اجرایی پژوهش، همکاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- ازخوش، منوچهر (۱۳۹۵). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران: روان.
- اسفندیاری، محمدسینا؛ دارابی، جلیل. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان زنان مطلقه، کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و رفتاری.
- اسکندری، آرزو؛ آریاپوران، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر خودافشگری زناشویی زوجین، *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۲): ۱۴۳-۱۲۷.
- امین آبادی، زهرا؛ خدایناهی، محمد کریم؛ دهقانی، محسن. (۱۳۹۰). نقش میانجی تنظیم هیجان شناختی در ادراک نوجوانان از ابعاد سبک‌های فرزندپروری و موفقیت تحصیلی آنها. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۵) (مسلسل ۱۶)، ۱۰۹-۱۱۷.
- باقری‌نیا، حسن؛ یمینی، محمد؛ جوادی علمی، لیلا؛ نوادی طیبه. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. *ارمغان دانش*، ۲۰(۳): ۲۱۰-۲۱۹.
- خانجانی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی، خوش‌بینی و عواطف مثبت در دانشجویان، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲۷): ۱۳۷-۱۵۹.
- داوودی، روژین؛ منشی، غلامرضا؛ گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار و درمان ذهن‌آگاهی نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۸(۴): ۲۵-۱۶.
- رضاردبیلی، مریم؛ بنیسی، پریناز. (۱۳۹۹). افسردگی و اضطراب و ارتباط آن با شاخص‌های امنیت شغلی و رضایت از زندگی در کارکنان سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران، *رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۲(۱): ۲۷-۴۷.
- رضائی، سجاد؛ آرامجو، حامد؛ رضائی، عباسعلی؛ حاجی‌پور، رضا؛ ناصری، محسن. (۱۳۹۵). بررسی استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، *فصلنامه افق توسعه آموزش پزشکی*، ۱۱(۱): ۱۴-۵.
- زنجان، زهرا؛ مقبلی‌هنزائی، معصومه؛ محسن‌آبادی، حمید. (۱۳۹۷). رابطه بین افسردگی، تحمل‌پریشانی و مشکل در تنظیم هیجان با اعتیاد به استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه کاشان. *فیض*، ۲۲(۴)، ۴۱۱-۴۲۰.
- سلطانی‌زاده، محمد؛ کاظمی، حمید؛ دارابی، ندا؛ قدرتی‌پور، سپیده. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل‌پریشانی در آتش‌نشانان شهر اصفهان، *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۲): ۸۳-۱۰۰.
- شاه‌نظری، مهدی؛ حائری، هایده. (۱۳۹۵). تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر نشخوار ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی (روانشناسی و علوم تربیتی)*، ۱(۷)، ۱۵۵-۱۶۷.

دلیل دخالت دادن باورهای معنوی یا مذهبی در فرآیند درمان با کاهش مشکلات میان‌فردی، روانی و جسمی باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش خوش‌بینی دانشجویانی که درمان گروهی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور را دریافت کرده‌اند، شده که باعث گسترش افکار جدید می‌شود و می‌تواند از افکار ناکارآمدی که موجب هیجانات منفی شده، خود را رها کرده و افکار و هیجانات مثبت‌تر و کارآمدتری را نسبت به خود و جهان اطراف داشته باشند و بدین ترتیب با تمرکز بر هیجان‌ها و ویژگی‌های مثبت (صادقی و همکاران، ۱۳۹۸) و گسترش نقاط قوت شخصی، جستجوی معنا، پرورش حل مسائل و آموزش خوش‌بینی به کاهش افسردگی و افزایش تنظیم هیجانی مثبت منجر شود. بر اساس نظر فردریکسون (۲۰۱۴) می‌توان گفت که هیجان‌های مثبت در افراد، اثر هیجان‌های منفی را خنثی و به عنوان پادزهری مؤثر در برابر تأثیرات پایدار هیجان‌های منفی عمل می‌نمایند و افراد را بر می‌انگیزاند تا با محیط پیرامون خود درگیر شده، در نتیجه باعث افسردگی کمتر، امیدواری بیشتری می‌شود. همچنین موجب به وجود آمدن ایده‌هایی شده که بیانگر توانایی کنترل هیجان در زندگی تحصیلی و اجتماعی دانشجویان افسرده شده و این حس، این فرض را در آنها تقویت می‌کند که مشکلات زندگی برای آنها قابل کنترل می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجانی مثبت و کاهش تنظیم هیجانی منفی دانشجویان افسرده، در اولین گام لازم است بر محتوای جلسات درمانی و آموزشی تمرکز نمود. همانطور که قبلاً اشاره شد تنظیم هیجان در انواع مختلفی از اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش ایفا می‌کند و مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد. در ادبیات پژوهشی چنین بحث شده است که محتوای درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به طور ابتدایی راهبردهای مثبت و سازگارانه تنظیم هیجان را ارتقاء بخشد و محتوای جلسات آن بر همین اساس تدوین شده است. هماهنگ با این ادبیات پژوهشی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در تعدیل راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مؤثر هستند. با توجه به افزایش تنظیم هیجانی مثبت می‌توان این گونه بیان کرد که در جلسات درمانی و آموزشی به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به جای سرکوب هیجانات و چالش و حل و فصل خطاهای شناختی آموزش داده شد. روش شناختی رفتاری مستقیماً افکارمنفی همچون مقصر دانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار داده و با آرامش شناختی توانسته مشکلات و اختلالاتی که همراه با دشواری در تنظیم هیجانی در دانشجویان افسرده هستند را تحت تأثیر قرار داده، کاهش دهد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مثبت را جایگزین کند و در این روش از افراد خواسته می‌شود که بر این امر تأکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن که شامل دانشجویان افسرده بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به نمونه‌های دیگر محدود کند. انتخاب در دسترس نمونه پژوهش و عدم بررسی نقش متغیرهای زمینه‌ای احتمالی تأثیرگذار بر نتایج این مداخله‌ها مهمترین محدودیت‌هایی هستند که در هنگام استنباط از یافته‌های این مطالعه توجه به آنها اهمیت

- Cebolla, A. Enrique, D. Alvear, J. Soler, and J. (2017). García-Campayo. Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Papeles del psicólogo*, vol. 38, pp. 12-18.
- Cojocar C, Popa C, Suci N, Péter O, Schenk A, Muresan S. (2021). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for treating major depressive disorder comorbid with chronic disease. *amm [Internet]*:67(1).
- Fredrickson, B. L. (2014). *The value of positive emotions*. *American Scientist*; 91(4), 330-33.
- Frey M. (2005). *A Practical Guide to Group Cognitive Therap.*, Tehran:: Roshd Publication;.
- Garland, L. Hanley, A. W. Goldin. P. R. Gross J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PLOS one*, vol. 12, p. e0187727.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 26(1): 41-54.
- Gross JJ, Muñoz RF. (2004). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 2(2): 151-64.
- Gross, J.J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26, 130-137.
- Hussain H, Dubicka B, Wilkinson P. (2018). Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *Evid Based Ment Health*; 21(3):101-6.
- Ivtzan I, Nienmiec RM, Briscoe CA. (2016). Study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. *Int J wellbeing*. 6(2):1-13.
- Janssen M, Heerkens Y, Kuijter W, van der Heijden B, Engels J (2018) Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS ONE* 13(1): e0191332.
- Kabat-Zinn J, Hanh TN. (2013). Full Catastrophe Living (Revised Edition): Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Bantam;
- Kaunhoven RJ, Dorjee D. (2017). How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*;74:163-84.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*; 76(6): 966-78.
- Li Z, Li B, Song X, Zhang D. (2017). Dietary zinc and iron intake and risk of depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*; 251(3): 41-7.
- Liu, Z., Qiao, D., Xu, Y., Zhao, W., Yang, Y., Wen, D., et al. (2021). The Efficacy of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Depressive and Anxiety Symptoms in Patients With COVID-19: Randomized Controlled Trial. *Randomized Controlled Trial. Originally published in the Journal of Medical Internet Research* (<https://www.jmir.org>). 14;23(5):e26883.
- شوشتري، آزاده؛ رضایی، علی محمد؛ طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فرارشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه، *اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۶): ۳۲۸-۳۲۱.
- صادقی، فریده؛ ابوالقاسمی، عباس؛ کاظمی، رضا؛ نیرمائی، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر جهت‌مندی زندگی زنان دارای سندرم خستگی مزمن، *روان‌شناسی بالینی*، ۴۲(پیاپی ۴۲): ۳۷-۲۳.
- طباطبایی‌نژاد، فاطمه سادات؛ گل‌پور، محسن؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده. *پژوهشنامه مداخله‌های اجتماعی*، ۷(۳) (پیاپی ۲۵)، ۵-۱۶.
- عظیمی، مریم؛ مرادی، علیرضا؛ حسینی، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*؛ ۱۱(۱): ۶۱-۴۹.
- فتاحی، نبی؛ کاظمی، سلطانی؛ بقولی، سلطانی؛ کورش‌نیا، مریم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر شیراز. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*؛ ۲۰(۱۰۱): ۸۰۳-۷۹۵.
- فتی، نجمه؛ کیانی، مسعود. (۱۳۹۶). الگوی رابطه فرسودگی تحصیلی با تجارب شخصی و آموزشی و راهبردهای اجتنابی دانشجویان: نقش واسطه‌ای درگیری تحصیلی، *آموزش و ارزشیابی*، ۱۲(۴۸): ۸۲-۹۲.
- فری، مایکل. (۱۳۹۷). *شناخت درمانی گروهی*. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندروز. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- قره داغی، علی؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ حسین رشیدی، بتول؛ فرح بخش، کیومرث؛ اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری با روان‌درمانی بین فردی بر کاهش میزان افسردگی دوران بارداری و افزایش رضایت زناشویی در مراجعان بارداری. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۳۱): ۱۱۷-۱۳۹.
- کیان زاده، سپیده؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهرابی، حسینعلی؛ موسوی، سیدغفور. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکارخودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی، *علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶): ۱۷۷۲-۱۷۸۶.
- موسوی، عطیه سادات؛ پارسا قربانی، زهرا؛ سیاوش، بهاره؛ شریفی زوشتی، مریم. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و همجوشی شناختی بیماران دیابتی نوع دو، *مجله مطالعات ناتوانی (علمی-پژوهشی)*، ۸۸.
- مؤمنی، فرشته. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۱) (پیاپی ۴۳): ۷۱-۶۴.
- نوفروستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک‌آزمودنی با چند خط پایه. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۱(۱) (پیاپی ۱)، ۱-۱۸.
- یکه فلاح، محمد؛ حسین‌خانی، محمد؛ محمدی، نیلوفر. (۱۳۹۴). جهت‌گیری مذهبی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی، *مجموعه مقالات پنجمین کنگره انجمن روانشناسی ایران*.

- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *Explore (The Journal of Science & Healing)*, 13(1), 26-45.
- Oei TP, Dingle G (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders, *J Affect Disord* 107, (1- 3):5- 21.
- Olden, K., Hernandez, N., Wrenn, G., & Belton, A. (2018). Resilience: protective factors for depression and post traumatic stress disorder among African American women? *Health, Culture and Society*. 9, 12-29
- Ong, C. L. (2013). (Dissertation) *Towards positive education: a mindful school model*, Philadelphia, University of Pennsylvania,.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, 98.
- Seligman, M. E. P., (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-Being*. New York: Free Press
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J.J. (2016). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Szczygie D, Buczny J, Bazinska R. (2013). Emotion regulation and emotional information processing: the moderating effect of emotional awareness. *Pers Individ Dif*;52(3):433-7.
- Tanni, K. T., Zainudin, Z. N., Hassan, S. A., & Yusop, Y. M. (2021). The Relationship between Emotional Regulation and Depression among Adolescent in Bangladesh. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(8), 1911–1925.
- Wang X, Xie X, Wang Y, Wang P, Lei L. (2017). Partner phubbing and depression among married Chinese adults: *The roles of relationship satisfaction and relationship length*. *Personal Individ Differ*. 110: 12-7.
- 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.
- Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of affective disorders*, 246, 300-319.
- Wimsatt LA, Schwenk TL, Sen A. (2015). Predictors of depression stigma in medical students: potential targets for prevention and education. *Am J Prev Med*;49(5):703-714.
- World Health Organization. Depression [Online]. [cited (2016) Apr]; Available from: [URL:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en)