

## مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا با آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار\*

راضیه هادی‌زاده کفاش<sup>۱</sup>، علیرضا ماردپور<sup>۲</sup>، خسرو رضانی<sup>۳</sup>

### Comparison the effectiveness of group positive-psychology therapy and mindfulness group training on life-quality of female-headed households

Razieh Hadizadeh Kafash<sup>1</sup>, Alireza Maredpour<sup>2</sup>, Khosro Ramezani<sup>3</sup>

#### چکیده

**زمینه:** درگیری تحصیلی از متغیرهای تأثیرگذار در حوزه آموزش و یادگیری است که از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرد، اما توانایی شناختی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و اشتیاق تحصیلی چگونه تأثیر دارد؟ **هدف:** این پژوهش به منظور بررسی الگوی ساختاری پیش‌بینی درگیری تحصیلی بر اساس توانایی شناختی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی با میانجی‌گری اشتیاق تحصیلی در دانش‌آموزان دختر متوسطه شهرستان رومشکان در سال ۹۶-۹۷ انجام شد. **روش:** روش پژوهش توصیفی - همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان رومشکان بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۳۱۷ نفر انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه درگیری تحصیلی ریو (۲۰۱۳)، پرسشنامه توانایی شناختی نجاتی (۱۳۹۲)، پرسشنامه اشتیاق تحصیلی فردریکز و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه محقق ساخته وضعیت اجتماعی - اقتصادی و اطلاعات جمعیت‌شناختی بودند. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج بیانگر اثرات معنی‌دار مستقیم توانایی شناختی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، و اشتیاق تحصیلی بر درگیری تحصیلی و همچنین اثرات معنی‌دار مستقیم توانایی شناختی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی بر اشتیاق تحصیلی بود ( $P < 0/05$ ). همچنین، توانایی شناختی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی اثرات غیرمستقیم معناداری به واسطه اشتیاق تحصیلی بر درگیری تحصیلی داشتند ( $P < 0/05$ ). همچنین، نتایج نشان داد که مدل طراحی شده با داده‌های نمونه این پژوهش برازش مناسبی داشت. **نتیجه‌گیری:** بنابراین الگوی ساختاری مذکور می‌تواند میزان درگیری تحصیلی دانش‌آموزان را با توجه به متغیرهای توانایی شناختی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی و اشتیاق تحصیلی پیش‌بینی کند.

**واژه کلیدی‌ها:** درگیری تحصیلی، اشتیاق تحصیلی، توانایی شناختی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، دانش‌آموز

**Background:** Academic engagement is one of the effective variables in the field of education and learning, which is affected by various factors, but to what extent can cognitive ability, socioeconomic status and academic enthusiasm? **Aims:** The present study was carried out to investigate the structural pattern of predicting academic engagement based on cognitive ability and socioeconomic status by mediating academic enthusiasm in high school students in the city of Rumshkan in 2017-2018. **Method:** The research method was descriptive-correlational of structural equation modeling type. The statistical population of the study consisted of all secondary school female students in the city of Rumshkan who were selected by multi-stage cluster sampling method (317 people). The used instruments included Reeve's (2013) academic engagement scale, Nejati's (2013) cognitive ability questionnaire, Fredericks et al (2004) academic enthusiasm inventory, and researcher-made socio-economic and demographic information questionnaire. The data were analyzed by structural equation modeling. **Results:** The results showed significant direct effects of cognitive ability, socioeconomic status, and academic enthusiasm on academic engagement as well as significant direct effects of cognitive ability and socioeconomic status on academic enthusiasm. Also, cognitive ability and socioeconomic status had significant indirect effects on academic engagement by mediating academic enthusiasm. Also, results showed that the designed model by using the present study sample had appropriate model fit. **Conclusions:** Therefore, the mentioned structural pattern can predict the extent of students' academic engagement with regard to the variables of cognitive ability, socioeconomic status, and academic enthusiasm. **Key words:** Academic engagement, Academic enthusiasm, Cognitive ability, Socioeconomic status, Student

Corresponding Author: ali.mared@yahoo.com

\* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

<sup>۱</sup>. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

<sup>۱</sup>. Ph D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

<sup>۲</sup>. استادیار، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>. Assistant Professor, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup>. استادیار، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

<sup>۳</sup>. Assistant Professor, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

## مقدمه

یکی از نظریه‌های مهم در رابطه با مسائل زنان، نظریه «تواناسازی» آلنگه<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) است که از نظر هواداران این نظریه، برآورده ساختن نیازهای اساسی از حقوق اولیه تمام افراد است و هر فردی باید امکان این را داشته باشد که از تمام توانایی‌ها و خلاقیت‌های خود استفاده کند. بنابراین، زنان باید بیاموزند که با خودباوری و اعتماد به خود در پذیرش و توزیع مسئولیت‌ها، چه در خانواده و چه در جامعه شرکت کنند. در چارچوب این نظریه، ترویج اندیشه‌های نوین برای تولید بیشتر، آموزش برای ایجاد کار در بخش‌های رسمی و غیررسمی و تمرین حضور در سازمان‌های اجتماعی، هدف‌های کوتاه‌مدت در نظریه تواناسازی تلقی می‌شود. این نظریه تلاش می‌کند با تواناسازی زنان (بویژه زنان سرپرست خانوار) و بهبود سطح رفاه آنها، پایه‌های استواری برای اقدام‌های بعدی در تأمین نیازهای راهبردی و حفظ نابرابری‌ها در همه عرصه‌ها فراهم کند (توفیقیان‌فر، عزیزی، صیفوری، بهجتی اصل و قایدگیوی، ۱۳۹۵).

کیفیت زندگی<sup>۲</sup> یک ساختار کلی است که برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی و یا به‌طور کلی خوب بودن طراحی شده است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی برای ارزیابی وضعیت سلامت و عملکرد ایجاد شده است (رونان، ۲۰۰۹؛ به نقل از مدحی و نجفی، ۱۳۹۷).

قراچه، دیره و امینی‌نژاد (۱۳۹۶) بیان داشته‌اند که مسئولیت و هزینه‌های قابل توجه و طاقت‌فرسای تأمین معاش خانواده بر عهده این قشر آسیب‌پذیر اجتماعی، در بسیاری از موارد، سخت و یا حتی ناممکن است و در صورت تحقق نیز، زندگی سرشار از سختی‌ها و محنت‌ها را متحمل این مادران پدرنما می‌کند. کلاسمن (۲۰۰۷؛ به نقل از فاضل همدانی و قربان‌جهرمی، ۱۳۹۷) نیز اشاره دارند که یک تجربه آسیب‌زای شدید همچون خیانت همسر، در یک لحظه، منابع کنار آمدن و یکپارچگی فرد را مضمحل ساخته و فرد را به سمت احساس درماندگی سوق می‌دهد.

توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی کشاکش اصلی قرن ما و زندگی با کیفیت برتر از اهداف روانشناسی مثبت‌گرا است. روی آورد روانشناسی مثبت‌نگر، با تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های

افراد به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها، هدف نهایی خود را شناختن شیوه‌هایی می‌داند که رواندرستی و شادکامی افراد را سبب گردد، مؤلفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر، علاوه بر اینکه در کاهش نشانگان بیماری‌های روانی کمک کرده، به سلامت روان افراد منجر می‌گردد (زنجانی، زنجانی و جباری، ۱۳۹۴). رضایت از زندگی نیز یک شاخص سلامت و رفاه عمومی است که منجر به یک احساس عمومی از سلامت جسمانی و روانی می‌گردد و معمولاً با طول عمر بیشتری همراه است و درجه‌ای از ارزیابی است که فرد به مقدار رضایت خودش در رسیدن به اهدافش به خود می‌دهد و این تعریفی جهانی از کیفیت زندگی می‌باشد (مینکو و تاکو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه ارتقای آن، نقش بسزایی در سلامت و زندگی فردی و اجتماعی دارد (وو، لی، تیان، ژو و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). فریش<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) معتقد است که کیفیت زندگی به شکل آشکار یا پنهان در نقطه مقابل کمیت قرار می‌گیرد و منظور از آن، سال‌های عمر است که ممکن است عالی، رضایت‌آمیز و لذت بخش باشد.

امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد رواندرستی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه و سالم‌تر، و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر رهنمون سازد (فریش، ۲۰۱۴). همچنین، عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت‌روان تأثیر دارند، به راه می‌اندازد (آقاباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱).

واژه حضور ذهن حدود ۲۰۰۰ سال پیش، از بودیسم گرفته شده است، قانونی که تحت عنوان جهان شمول بودن از چین نشأت می‌گیرد و تائو نام دارد که به بیان ساده‌تر مسیر دوم خوانده می‌شود. تائو، دنیایی مطلق با قانون خاص خود است. هیچ چیزی در آن انجام نمی‌شود، یا اجبار به انجام هیچ کاری نیست. زندگی مطابق تائو، انجام ندادن و تلاش نکردن است که مطابق با آن، اگر افراد به این طریق بنگرند، با همه چیز و در همه لحظه هماهنگ می‌شوند (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۳). مفاهیم گرفته شده از آموخته‌های بودا شامل چهار حقیقت اصیل و هشت مسیر می‌باشد. چهار حقیقت اصیل عبارتند از: (۱) زندگی انسان در برگیرنده رنج است؛ (۲) تعارض بین اشیاء

4. Wu, Li, Tian, Zhu &amp; Wang

5. Frish

1. Alangeh

2. quality of life

3. Mincu &amp; Taúcu

نشانگان اختلال وسواس - ناخودداری؛ کریمی‌زاده، برجلی، شفیع آبادی و فرحبخش (۱۳۹۷) بر شتابزدگی، ترجیحات جسمانی، خودمحوری و ابراز خشم نوجوانان دختر؛ اثربخشی مداخله ذهن آگاهی را گزارش نمودند. مدحی و نجفی (۱۳۹۷) نیز به رابطه بین روان‌درستی معنوی با کیفیت زندگی اشاره نمودند. همچنین، اینسورث، بولدرستون و گارنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) کاهش رسوخ افکار منفی و نگرانی و افزایش آرامش؛ اسپین‌هون، هویجبرز، اورمل و اسپکنز<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) کاهش طولانی مدت روان‌آزرده‌گرایی در افراد مبتلا به افسردگی راجعه و بهبودی کیفیت زندگی‌شان؛ مک‌کنیز و کوکوسکی<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) کاهش نشانگان افسردگی؛ بنکز، نیومن و سلیم<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) در یک فراتحلیل اثربخشی‌های درمان گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش نشانگان افراد مبتلا به تنیدگی پس از سانحه؛ و تاوی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۱) بهبود کیفیت زندگی و کاهش دردهای جسمانی افراد مبتلا به ام.اس. را در طول مراقبه‌های ذهن آگاهی گزارش کردند.

به عقیده شکوهی، رئیسی شاهرودی و یعقوبی (۱۳۹۷) توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، می‌تواند از طریق شناسایی توانمندی‌های خاص خود، به روش روان‌درمانگری مثبت‌گرا حاصل شود. همچنین، مرسلی، موتایی و صادقی (۱۳۹۷) به اثربخشی بخشودگی در زنان دچار خیانت زناشویی اشاره کرده‌اند. کاشانکی و بشارت (پژوهش‌های دیگری که اثربخشی درمان مثبت‌گرا را تأیید کرده‌اند، هادیان فرد و عماد (۱۳۹۶)، فرنام و حمیدی (۱۳۹۵)، کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵)، توفیق‌یان فرد و همکاران (۱۳۹۵)، پوررحیمی مرنی، احدی، عسگری و بخشی‌پور (۱۳۹۴)، اوکائوا، کاسلاس - گرتو، وایوز فونت و بوراس<sup>۷</sup> (۲۰۱۷) و چن<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۶) بوده‌اند.

از یک سو، با توجه به آنچه که گفته شد، تاکنون تحقیقات زیادی در تأیید اثربخشی درمان مثبت‌گرا یا ذهن‌آگاهی انجام شده، اما برای مقایسه این دو درمان تاکنون تحقیقی انجام نشده است. به‌طور مثال، صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی (۱۳۹۷) درمان شناختی رفتاری را با ذهن‌آگاهی بر روان‌درستی بیماران دیابت مقایسه کردند؛

آنچنان که هستند و آنچنان که افراد تمایل دارند باشند، باعث این رنج می‌شود (علت رنج انسان، میل انسان است)؛ (۳) رنج، با تغییر بازخورد انسان نسبت به تجارب خوشایند یا کنار گذاشتن امیال از بین می‌رود؛ (۴) رهایی از رنج، از طریق پیمودن هشت مسیر ممکن می‌شود (میلر، ۲۰۰۵، به نقل از جلالی و آقایی، ۱۳۹۳).

تاکنون درمان‌های شناختی متنوعی برای درمان مشکلات روانشناختی یا ارتباطی و سازش‌یافتگی مورد استفاده قرار گرفته است، شناخت درمانی معمول، بیشتر سعی دارد بر منشأ محتوای افکار منفی متمرکز شود ولی در مورد شکل‌گیری افکار منفی و یا مکانیسم‌هایی که این افکار را ناکارآمد می‌کنند تلاش زیادی نکرده است، پس در اینجا بررسی روی‌آوردی لازم است تا بر دلایل شیوه فکر کردن افراد، باورهای فرد در مورد فکرش و راهبردهای فردی او درباره مهار توجه‌اش را مورد بررسی قرار دهد؛ این روی‌آورد، ذهن-آگاهی است. ترکیب شناخت درمانی با روش‌هایی که در تفکرات شرقی از جمله بودیسم وجود داشته است، باعث گردید برخی از محققان از جمله کابات زین<sup>۱</sup> (۱۹۹۴، ۲۰۰۳)، روش‌های جدیدتری را معرفی کنند که به ذهن‌آگاهی مشهور شد. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست. ذهن‌آگاهی یعنی تجربه واقعیت محض بدون قضاوت. این روش، قصد دارد از طریق آموزش ذهنی، نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی ذهنی درمانجو، بلکه در تغییر نحوه عملکرد و رابطه نیز به او کمک کند (آشیری، نصیریان و زارعی محمودآبادی، ۱۳۹۴).

قشقایی، نظیری و فرنام (۱۳۹۳) نوشته‌اند که در سال‌های اخیر از مراقبه‌های حضور ذهن، به‌عنوان مؤلفه مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی‌ها و پریشانی‌ها استفاده گردیده است. آقاباقری و همکاران (۱۳۹۱) نیز اشاره کردند هرچند مراقبه‌های ذهن‌آگاهی در اصل برای بیماری‌های جسمی مانند دردهای مزمن پشت معرفی شده بودند، اما کارآیی آنها در بهبود اختلال‌های هیجانی، به‌خصوص اضطراب و افسردگی مشخص گردیده است. تحقیقات آزاد مرزآبادی، مقتدایی و آریان پوران (۱۳۹۲) بر کاهش نشانگان روانشناختی جانبازان؛ ماردپور و هادی‌زاده کفاش (۱۳۹۶) بر کاهش

5. Banks, Newman &amp; Saleem

6. Tavee

7. Ochoa, Casellas-Grau, Vives Font &amp; Borràs

8. Chen &amp; et al

1. Kabat-Zinn

2. Ainsworth B, Bolderston H, Garner

3. Spinhoven, Huijbers, Ormel &amp; Speckens

4. MacKenzie &amp; Kocovski

دریافت مداخله روانشناختی؛ و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی به تشخیص روان‌پزشک، داشتن منع شغلی برای شرکت در جلسات مداخله، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانگری، و عدم پاسخ‌گویی به پرسشنامه. از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) برای بدست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون (پیش از اجرای مداخله‌های مثبت‌گرا و ذهن-آگاهی)، در هر سه گروه گواه و آزمایشی در حضور پژوهشگر استفاده شد. سپس جلسات درمان مثبت‌گرا و آموزش گروهی ذهن-آگاهی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده، هر یک، به مدت ۱۲ جلسه (هفته‌ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه) برای هر یک از دو گروه آزمایشی اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات روان‌درمانگری گروهی و آموزش گروهی، هر سه گروه، با همان پرسشنامه، برای بدست آوردن نمره‌های پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و سرانجام، پس از دوماه، مجدداً هر سه گروه، برای کسب نمره‌های پیگیری، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک برنامه نرم افزاری SPSS-24 از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۳</sup> استفاده شد. خلاصه‌ای از جلسات درمانگری مثبت‌گرا که با کمک مقاله رشید (۲۰۱۵) و کتاب "فنون روانشناسی مثبت‌نگر (راهنمای درمانگران)" اثر مگیار - مونی (۲۰۰۹؛ ترجمه براتی سده، ۱۳۹۱) تدوین شد، در جدول ۱؛ و خلاصه‌ای از جلسات آموزش گروهی ذهن‌آگاهی که از کتاب "اصول و مبانی مایندفولنس (مدیتیشن قرن بیست و یکم)" اثر رشیدی شیراز (۱۳۹۲) تدوین شد، در جدول ۲ آمده است.

صالحیان، احدی، کراسکیان موجمباری و کربلایی محمد میگونی (۱۳۹۷) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با ذهن‌آگاهی بر اختلالات رفتاری دانشجویان مقایسه کردند؛ روزنکرنز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در مقایسه ذهن‌آگاهی با درمان‌های مهارت‌تیدگی عصبی نتیجه گرفتند که تمرکز ذهن‌آگاهانه می‌تواند در تسکین نشانگان، بیشتر از مداخله-های معمول برنامه‌های ارتقای سلامت باشد. رشید<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در یک فراتحلیل، درمان مثبت‌گرا را با درمان‌های دیگر شناختی، رفتاری، یا شناختی رفتاری مقایسه کرده است.

از سوی دیگر، آسیب‌دیدگان اجتماعی شهر آمل، به خصوص نمونه مورد مطالعه، زنان آسیب‌دیده، بی‌سرپرست، حاشیه‌نشین شهر، بیکار و... که از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار نبوده و دارای مشکلات عدیده‌ای بودند که آنها را در مقابل رویدادهای روزمره زندگی، ناتوان کرده و موضعی درمانده داشتند، نیازمند این بودند که با روان‌درمانگری مثبت‌گرا یا آموزش گروهی ذهن‌آگاهی به آنان کمک شود تا کیفیت زندگی بهتری را تجربه نمایند. از این رو، پژوهشگران بر آن شدند که به این سؤال پاسخ دهند: آیا اثربخشی روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا با آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر آمل متفاوت است؟

## روش

طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان و روش اجرا: روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره دوماهه پیگیری، با دو گروه تجربی و یک گروه گواه توأم با گمارش تصادفی بود. گروه نمونه پژوهش شامل ۷۵ زن سرپرست خانوار بودند که به صورت در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه تجربی و یک گروه گواه (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. به این صورت که، پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی استان مازندران و تأسیس مرکز سلامت روان محلی، با مراجعه به مساجد و مدارس نواحی حاشیه‌نشین شهر آمل، زنان سرپرست خانوار شناسایی شده و زنانی که مایل به شرکت در طرح بودند و همچنین معیارهای ورود به طرح را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تمایل به شرکت در جلسات درمانگری یا آموزش گروهی، پاسخ به پرسشنامه، نداشتن منع شغلی و پزشکی برای

3. MANCOVA

1. Rosenkranz

2. Rashid

جدول ۱. محتوای ۱۲ جلسه‌ای روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا	
شماره جلسات	هدف
جلسه اول	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا
جلسه دوم	آشنایی با مبانی روان‌درمانگری مثبت‌گرا همراه با آموزش مقدماتی، تشریح فرآیند برنامه آموزشی درمانگری و اهداف برای شرکت‌کنندگان در چارچوب روان‌درمانگری مثبت‌گرا، بیان نقش فقدان احساسات مثبت، توانمندی‌های مزاج و تهی بودن زندگی، تکلیف خانگی: ثبت حالات احساسی خود پس از ناامیدی
جلسه سوم	توصیف توانمندی‌های خاص، شناسایی توانمندی با استفاده از تمرین معرفی مثبت خود و بحث در باره استفاده از این توانمندی‌ها در گذشته، تکلیف خانگی: یادداشت نقاط قوت خویش
جلسه چهارم و پنجم	پرورش توانمندی‌های خاص و احساسات مثبت، بحث درباره نمو توانمندی‌های خاص، ذکر مثال‌هایی برای شکل‌دادن به رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور نمو توانمندی‌ها، نقش عواطف مثبت در زندگی، تکلیف خانگی: یادداشت توانمندی‌های به دست آمده در طول هفته
جلسه ششم	بررسی میان‌دوره
جلسه هفتم و هشتم	خاطرات خوب و خاطرات بد، نقش خاطرات خوب و بد در مزاج افراد، گفتگو در باره بخشش، تکلیف خانگی: نامه بخشش و تمرین شکرگزاری
جلسه نهم	خوش‌بینی و بدبینی، بحث و گفتگو درباره خوش‌بینی و بدبینی، تکلیف خانگی: تمرکز بر خوبی‌ها و نقاط مثبت چیزهایی که با آن برخورد دارند، توانایی اعتماد به توانمندی‌های خود
جلسه دهم و یازدهم	لذات، فنون لذت‌جشی، تکلیف خانگی: کمک گرفتن از دیگران برای تهیه و اولویت‌بندی لیستی از همه توانمندی‌ها و خوبی‌های خود
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و مرور پیشرفت‌ها، انجام پس‌آزمون

جدول ۲. محتوای ۱۲ جلسه‌ای آموزش گروهی ذهن آگاهی	
شماره جلسات	هدف
جلسه اول	شکل‌دهی به گروه، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه، معرفی شرکت‌کنندگان به سایر اعضای گروه، تمرینات جلسه: خوردن کشمش با حضور ذهن و مراقبه و آرسی بدن، تمرین خانگی: مراقبه و آرسی بدن ۴۵ دقیقه‌ای، معطوف کردن توجه به فعالیتی روزمره مثل دوش گرفتن در هر روز، خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته همراه با حالت حضور ذهن
جلسه دوم و سوم	تکالیف جلسه: تمرین افکار و احساسات. تمرینات جلسه: مراقبه و آرسی بدنی و ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس. تمرین خانگی: مراقبه ۴۵ دقیقه‌ای و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس با حضور ذهن، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند
جلسه چهارم و پنجم	تکالیف جلسه: شناسایی و ثبت تجارب خوشایند. تمرینات جلسه: حرکت با حالت ذهن آگاهانه، تمرین با حالت حضور ذهن و به دنبال آن آگاهی از تنفس و بدن (این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند)، سه دقیقه فضای تنفس. تمرین خانگی: تمرین تنفس و کشش در روزهای فرد هفته، تمرین حرکت با حالت حضور ذهن در روزهای زوج هفته، ثبت گزارشی از تجربه یک رویداد ناخوشایند، انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز
جلسه ششم و هفتم	تکالیف جلسه: پی بردن به آنچه تجارب ناخوشایند محسوب می‌شوند، تعریف افسردگی یا مسأله دیگری که گروه درگیر آن است. تمرینات جلسه: پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص، فضای سه دقیقه‌ای تنفس (معرفی این روش به عنوان راهبرد کنار آمدن برای استفاده در زمان‌هایی که وضعیت موجود احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند)، راه رفتن با حالت حضور ذهن، آموزش دعای جمعی
جلسه هشتم و نهم	ذهن آگاهانه <sup>۱</sup> برای افزایش شفقت به خود و دیگران و رهایی از درد و رنج. تمرین خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس (سه بار در روز)، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به عنوان راهبرد کنار آمدن در زمان تجربه احساسات ناخوشایند، مراقبه دعای جمعی ذهن آگاهانه
جلسه دهم و یازدهم	تکالیف جلسه: تمرین مزاج‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین، مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای کنار آمدن با آن، آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره. تمرینات جلسه: مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، بیان مشکلات مربوط به تمرین و پی بردن به اثراش بر روی بدن و روان (بارش فکری)، تمرین مراقبه دعای جمعی. تمرین خانگی: چهار دقیقه تمرین روزانه (کار کردن با ترکیب‌های متفاوتی از سه تمرین اصلی)، کسب اطلاعات با به کارگیری دامنه‌ای از تمرینات کوتاه‌تر، کسب اطلاعات از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از فایده صوتی، سه دقیقه فضای تنفس (هر روز سه بار)، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به عنوان راهبرد کنار آمدن در زمان تجربه احساسات ناخوشایند، تمرین مراقبه دعای جمعی ذهن آگاهانه
جلسه دوازدهم	تکالیف جلسه: پی بردن به روابط بین فعالیت و مزاج، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدام یک، دفع‌کننده یا روحیه‌بخش است و کدام یک حساسی از تسلی یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند. تمرینات جلسه: مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجانات، سه دقیقه تنفس و بیان مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده، پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن، تمرین مراقبه ذهن آگاهانه و دعا. تمرین خانگی: مراقبه دعای جمعی ذهن آگاهانه یکبار در هر روز، مراقبه و آرسی بدن ۴۵ دقیقه‌ای در هر روز، گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌ها که شرکت‌کنندگان بتوانند پس از پایان برنامه آن را ادامه دهند، فضای تنفس (بر طبق روال قاعده‌ای و به عنوان راهبرد کنار آمدن)، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن مزاج از آن استفاده کرد
جلسه دوازدهم	تمرینات جلسه: مراقبه دعای ذهن آگاهانه، مراقبه و آرسی بدن و به پایان رساندن مراقبه. تکالیف جلسه: مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و توسعه برنامه‌های عملی برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست، مروری بر کل آنچه در دوره گذشت، بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی توسعه داده شده در تمرین‌های رسمی و غیررسمی، انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که افراد آن را تا دو ماه بعد ادامه دهند. انجام پس‌آزمون

۱. meta-mindfulness

## ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳): در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه (۲۶ سؤالی) استفاده شد. دو گویه این مقیاس، برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. روی هم رفته، این پرسشنامه چهار خرده مقیاس سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه) و سلامت محیط (۸ گویه) را می‌سنجد. نمره هر گویه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام)، تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام)، قرار دارد. گفتنی است که سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده به وسیله گروه سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران، به وسیله نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵)؛ به نقل از مدحی و نجفی (۱۳۹۷) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، سلامت روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در مورد سلامت محیط ۰/۸۴، و شاخص همسانی سازش‌یافتگی روانی بین این چهار زمینه را در گروه بیماران ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. همچنین، شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید (۱۳۸۸)؛ به نقل از مدحی و نجفی، (۱۳۹۷) ضریب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

## یافته‌ها

از ۷۵ زن شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۹ نفر (۳۶ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۱۱ نفر (۴۴ درصد) در گروه گواه بین ۳۱ تا ۴۰ ساله بودند. ۱۶ نفر (۶۴ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۱۴ نفر (۵۶ درصد) در گروه گواه از ۴۰ سال به بالا سن داشتند. ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۱۱ نفر (۴۴ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۹ نفر (۳۶ درصد) در گروه گواه تحصیلات زیر دیپلم داشته، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۱۴ نفر (۵۶ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۱۶ نفر (۶۴ درصد) در گروه گواه تحصیلات بالای دیپلم داشتند. ۵ نفر (۲۰ درصد) در هر

سه گروه (دو گروه آزمایش مثبت گرا و ذهن آگاهی و گروه گواه) همسران مبتلا به سوء مصرف مواد داشته، ۵ نفر (۲۰ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۶ نفر (۲۴ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۵ نفر (۲۰ درصد) در گروه گواه همسران مبتلا به HIV مقاوم به مصرف دارو داشته، ۱۱ نفر (۴۴ درصد) در گروه آزمایش مثبت گرا، ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه آزمایش ذهن آگاهی و ۱۰ نفر (۴۰ درصد) در گروه گواه بیوه، طلاق گرفته یا همسر رها شده بودند و سرانجام، ۴ نفر (۱۶ درصد) در هر دو گروه آزمایشی مثبت گرا و ذهن آگاهی و ۵ نفر (۲۰ درصد) در گروه گواه از بیکاری و فقر شدید در رنج بودند.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای چهارگانه خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

مرور یافته‌های توصیفی ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار پس از شرکت در دوره‌های درمان گروهی مثبت گرا و آموزش گروهی ذهن آگاهی، نسبت به گروه گواه افزایش داشته است. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش و بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت معناداری این تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت. با استفاده از نمودار پراکندگی متغیرها، خطی بودن روابط بین متغیرها نیز تأیید شد و آزمون همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون و گروه‌ها) و متغیرهای مستقل اصلی (روان‌درمانگری گروهی مثبت گرا و آموزش گروهی ذهن آگاهی)، نیز حاکی از عدم همخطی چندگانه بین متغیرها بوده است. نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین متغیرهای ترکیبی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در اثربخشی درمان مثبت گرا (یعنی مقایسه گروه مثبت گرا با گروه گواه) تفاوت معنی‌دار وجود داشت. همچنین، نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین متغیرهای ترکیبی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در اثربخشی آموزش ذهن آگاهی (یعنی مقایسه گروه ذهن آگاهی با گروه گواه) تفاوت معنی‌دار وجود داشت. نتایج آزمون بین‌گروهی در اثربخشی درمان مثبت گرا،

نمود (F= ۳/۰۹۵، p = ۰/۰۸۵). اما در مرحله پیگیری، برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی (F= ۲۴/۹۳، p<۰/۰۰۰۱)، سلامت روانی (F= ۲۷/۳۲، p<۰/۰۰۰۱)، سلامت روابط اجتماعی (F= ۷/۹۸، p= ۰/۰۰۸) و سلامت محیط (F= ۱۹/۹۸، p<۰/۰۰۰۱) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مثبت‌گرا و ذهن‌آگاهی دیده شد. با توجه به مقدار میانگین‌های دو گروه مداخله، اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی از روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا در سه خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی در مرحله پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر بود اما در سلامت محیط این تفاوت معنی‌دار نبود. در مرحله پیگیری اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی از اثربخشی روان‌درمانگری گروهی مثبت‌گرا در هر چهار خرده‌مقیاس کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری بیشتر بود.

اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و مقایسه این دو مداخله در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که پس از مهار اثرات پیش‌آزمون، تفاوتی معنی‌دار بین نمره‌های پس‌آزمون در هر یک از خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش مثبت‌گرا و گواه؛ و در دو گروه ذهن‌آگاهی و گواه وجود دارد و در مرحله پیگیری نیز، این تفاوت معنی‌دار در مقایسه گروه گواه با هر یک از مداخله‌ها (یعنی گروه گواه با مثبت‌گرا و گروه گواه با ذهن‌آگاهی) پایدار ماند. در مقایسه اثربخشی دو مداخله، دو گروه آزمایشی با هم مقایسه شدند و نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی (F= ۲۵/۲۵، p<۰/۰۰۰۱)، سلامت روانی (F= ۲۸/۹۷، p<۰/۰۰۰۱)، سلامت روابط اجتماعی (F= ۱۵/۲۵، p<۰/۰۰۰۱) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مثبت‌گرا و ذهن‌آگاهی وجود داشت اما در سلامت محیط این تفاوت معنی‌دار

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سه مرحله آزمون در سه گروه و متغیرهای وابسته پژوهش

نوع آزمون	عضویت گروهی	گروه مثبت‌گرا		گروه ذهن‌آگاهی		گروه گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	سلامت جسمانی	۷۳/۱۶	۱۲/۱	۷۴/۴	۱۱/۳۳	۷۲/۷۵
	سلامت روانی	۷۲/۶۸	۱۲/۲۶	۷۳/۹۲	۱۱/۵۶	۷۲/۳۵
	سلامت روابط اجتماعی	۷۲/۱۶	۱۲/۸۱	۷۳/۶۸	۱۱/۸۵	۷۲/۳۸
	سلامت محیط	۶۸/۱۲	۱۴/۴۴	۶۸/۶۴	۱۱/۲۱	۶۹/۸۸
پس‌آزمون	سلامت جسمانی	۸۳	۹/۸۳	۸۹/۴۴	۷/۹۷	۷۳
	سلامت روانی	۸۲/۰۴	۱۱/۸۵	۸۹/۱۶	۸/۱۵	۷۲/۷۶
	سلامت روابط اجتماعی	۸۳/۳۶	۱۱/۰۵	۸۹/۲۶	۸/۱۲	۷۱/۲۴
	سلامت محیط	۸۲/۹۲	۱۰/۱۳	۸۶/۷۲	۹/۲	۷۱/۱۲
پیگیری	سلامت جسمانی	۸۳/۲۴	۹/۸۵	۸۹/۵	۷/۶۷	۷۱/۷۲
	سلامت روانی	۸۲/۵۲	۱۰/۵۱	۸۹/۴۶	۸/۱۱	۷۱/۵
	سلامت روابط اجتماعی	۸۳/۰۴	۱۰/۵۹	۸۹/۴۴	۸/۱۸	۷۲/۲۴
	سلامت محیط	۸۰/۶	۱۰/۷۸	۸۶/۹۷	۱۰	۶۹/۸۴

جدول ۴. نتایج آزمون بین گروهی تحلیل کواریانس های چند متغیره

اثربخشی روان درمانگری گروهی مثبت گرا							
منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مربع اتای سهمی
پیش آزمون - پس آزمون	سلامت جسمانی	۵۱۹	۱	۵۱۹	۴۲/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۰
	سلامت روانی	۵۳۶	۱	۵۳۶	۴۴/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۱
	سلامت روابط اجتماعی	۸۷۷	۱	۸۷۷	۴۱/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۶
	سلامت محیط	۱۰۸۴	۱	۱۰۸۴	۳۲/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۷
پیش آزمون - پیگیری	سلامت جسمانی	۴۹۷	۱	۴۹۷	۳۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۶
	سلامت روانی	۳۴۷	۱	۳۴۷	۲۰/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۴
	سلامت روابط اجتماعی	۳۱۸	۱	۳۱۸	۱۰/۸۸	۰/۰۰۰۲	۰/۱۹۱
	سلامت محیط	۴۹۵	۱	۴۹۵	۸/۹۷	۰/۰۰۰۴	۰/۱۶۳
اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی							
منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مربع اتای سهمی
پیش آزمون - پس آزمون	سلامت جسمانی	۳۲۵	۱	۳۲۵	۲۳/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۴
	سلامت روانی	۴۱۸	۱	۴۱۸	۳۳/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۲
	سلامت روابط اجتماعی	۷۲۷	۱	۷۲۷	۵۴/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۱
	سلامت محیط	۶۷۰	۱	۶۷۰	۲۳/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۷
پیش آزمون - پیگیری	سلامت جسمانی	۴۵۹	۱	۴۵۹	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳
	سلامت روانی	۴۷۷	۱	۴۷۷	۳۵/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۷
	سلامت روابط اجتماعی	۴۹۰	۱	۴۹۰	۳۱/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۳
	سلامت محیط	۸۷۸	۱	۸۷۸	۲۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۸
مقایسه اثربخشی روان درمانگری گروهی مثبت گرا با اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی							
منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مربع اتای سهمی
پیش آزمون - پس آزمون	سلامت جسمانی	۳۳۸	۱	۳۳۸	۲۵/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۴
	سلامت روانی	۴۶۰	۱	۴۶۰	۲۸/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۶
	سلامت روابط اجتماعی	۳۲۴	۱	۳۲۴	۱۵/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۹
	سلامت محیط	۱۵۷	۱	۱۵۷	۳/۰۹۵	۰/۰۰۸۵	۰/۰۶۳
پیش آزمون - پیگیری	سلامت جسمانی	۳۲۶	۱	۳۲۶	۲۴/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۱
	سلامت روانی	۳۹۵	۱	۳۹۵	۲۷/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۳
	سلامت روابط اجتماعی	۳۳۸	۱	۳۳۸	۱۹/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۳
	سلامت محیط	۳۸۵	۱	۳۸۵	۷/۶۴	۰/۰۰۰۸	۰/۱۴۲

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روان درمانگری گروهی مثبت گرا با آموزش گروهی ذهن آگاهی بر چهار خرده مقیاس کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بود. نخست، اثربخشی هر یک از مداخله های نامبرده شده تأیید شدند که این یافته ها با نتایج پژوهش های آزاد مرزآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، ماردپور و هادی زاده کفاش (۱۳۹۶)، کریمی زاده و همکاران (۱۳۹۷)، مدحی و نجفی (۱۳۹۷)، اینسورث و همکاران (۲۰۱۷)، اسپین هون و همکاران (۲۰۱۷)، مک کنیز و کوکوسکی (۲۰۱۶)، بنکر و همکاران (۲۰۱۵) و تاوی و همکاران (۲۰۱۱) در اثربخشی ذهن آگاهی همسو بوده است. همچنین یافته های پژوهش حاضر در اثربخشی روان درمانگری مثبت گرا بر

کیفیت زندگی با یافته های شکوهی و همکاران (۱۳۹۷)، مرسلی و همکاران (۱۳۹۷)، هادیان فرد و عماد (۱۳۹۶)، فرنام و حمیدی (۱۳۹۵)، کمری و فولادچنگ (۱۳۹۵)، پور رحیمی مرنی و همکاران (۱۳۹۷)، اوکونا و همکاران (۲۰۱۷) و چن و همکاران (۲۰۱۶) همسو بوده است. اما پژوهش هایی که به طور مستقیم دو درمان مثبت گرا و ذهن آگاهی را مقایسه نماید، چه در داخل کشور و چه خارج از آن، موجود نبود. به طور مثال، صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷) درمان شناختی رفتاری را با ذهن آگاهی؛ صالحیان و همکاران (۱۳۹۷) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با ذهن آگاهی؛ روزنکرز و همکاران (۲۰۱۳) ذهن آگاهی را با درمان های مهارت تئیدگی عصبی مقایسه



می‌توانند کاری کنند که افراد به طور موقت احساس بهتری پیدا کنند ولی نمی‌توانند طولانی‌مدت و برای همیشه از شر افکار منفی خلاص شوند. این امر دربارهٔ احساسات منفی، مانند خشم، ترس، غم، اندوه، ناامنی و گناه، نیز صدق می‌کند. راهبردهای روانی بی‌شماری برای خلاص شدن از شر این احساسات وجود دارد. اما بی‌شک، حتی اگر این احساسات از بین بروند، بعد از مدتی دوباره بازمی‌گردند. افراد طبق ماهیت انسانی‌شان، بارها و بارها تلاش می‌کنند که از شر افکار و احساسات منفی رها شوند و به احتمال زیاد، متوجه شده‌اند که تا زمانی که بیش از حد مضطرب نباشند، می‌توانند تا حدی این کار را انجام دهند. اما همزمان با افزایش میزان اضطراب، توانایی افراد در مهار احساسات‌شان، به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابد. متأسفانه آنقدر تعداد انسان‌هایی که به باور شماره ۴ (یعنی: "مهار کردن افکار و احساسات") معتقدند، زیاد است که وقتی در تلاش برای مهار کردن افکار و احساسات‌شان با شکست مواجه می‌شوند، احساس ناکارآمد بودن می‌کنند. این چهار باور قدرتمند (یعنی: (۱) شادمانی و سعادت، برای همهٔ افراد بشر وضعیتی طبیعی است؛ (۲) اگر فرد شادی نیستم، پس حتماً نقصی دارم؛ (۳) برای خلق زندگی بهتر، باید از شر احساسات منفی رها شد؛ (۴) باید توانست افکار و احساسات را مهار کرد)، طرح اولیه برای تله شادمانی را ارائه می‌دهند و افراد را برای مبارزه‌ای آماده می‌نمایند که هرگز در آن پیروز نخواهند شد: مبارزه بر ضد ماهیت انسانی خود. (صص ۳۴-۳۶). وی اضافه می‌کند: «قدم اول، افزایش خودآگاهی است» (ص ۶۷). همچنین، بیان می‌کند: به تمام نکات کوچکی که افراد هر روز برای اجتناب یا خلاصی از افکار و احساسات ناخوشایند انجام می‌دهند، فکر کنند و به آنها توجهی آگاهانه داشته باشند.

در تبیین احتمالی دیگر، می‌توان گفت گروه روان‌درمانگری مثبت‌گرا در پژوهش حاضر، وقتی با تمرین بخشایش و شکرگزاری مواجه شدند، مقاومت می‌کردند، از این لحاظ که آنان افرادی آسیب‌دیده بوده و خود را مفلوک می‌دانستند، به باور آنان، خدا هم آنها را رها کرده است تا بمیرند. براین اساس، در تمرین بخشیدن افرادی که به آنان آسیب رساندند، یا در تمرین شکرگزاری مقاومت داشتند. در حالی که گروه ذهن‌آگاهی، در فضایی پر از آرامش، با تمرین تنش‌زدایی همراه با موسیقی و نوری ملایم، در فضایی امن، با آگاهی از دم و بازدم، به مراقبهٔ دعای جمعی دعوت شدند، در مراقبهٔ دعای جمعی ذهن‌آگاهانه، در مرحلهٔ اول، چندین بار برای خودشان

نمودند. همچنین، رشید (۲۰۱۵) در یک فراتحلیل، تحقیقاتی را آورده که درمان مثبت‌گرا را با درمان‌های رفتاری، شناختی، و یا شناختی رفتاری مقایسه کرده‌اند.

در تبیین احتمالی اثربخش‌تر بودن آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی آسیب‌دیدگان اجتماعی شهر آمل، از درمان گروهی مثبت‌گرا می‌توان گفت که در مراقبه‌های ذهن‌آگاهی، خصوصاً اسکن بدن، افراد به صورتی آگاهانه از تنیدگی‌های انباشته شده در بدن آگاه شده و آن را با فن تنفس آگاهانه رها می‌کنند. تنیدگی‌های پنهان شده‌ای که می‌توانند موجب بروز دردهای جسمانی و رنج‌های روانشناختی گردند و بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی بگذارند. در حالی که در روان‌درمانگری مثبت‌گرا، هرچند تأکید بر داشتن عاطفهٔ مثبت در مقابل عواطف منفی است، و داشتن عواطف مثبت خود باعث تأثیر منفی بر کیفیت زندگی می‌شود، اما افراد نمی‌دانند با عواطف منفی خود، که به صورت اجتناب‌ناپذیری گاهی به سراغ‌شان می‌آید، چه کنند. راس هریس (۲۰۰۸)؛ ترجمه صاحبی و اسکندری، (۱۳۹۵) در کتاب خود به نام "تله شادمانی" می‌گوید: «اکثریت قریب به اتفاق برنامه‌های درمانگری، باور شماره ۴ افراد (یعنی: "باید بتوانم افکار و احساساتم را مهار کنم") را تصدیق می‌کنند. برای مثال، بسیاری از دیدگاه‌ها به افراد می‌گویند که افکار منفی خود را شناسایی کنند و با افکاری که بار معنایی مثبت‌تری دارند، جایگزین‌شان نمایند. در دیدگاهی دیگر، افراد را به تکرار جملاتی مثبت ترغیب می‌نمایند مانند: "هرآنچه رخ می‌دهد برای من خیر و شادی زیادی به همراه دارد." یا اینکه: "من در همه حال، قوی، قادر و توانا هستم." روی آوردی دیگر افراد را به تجسم در جهت مثبت و توجه به خواسته‌های خود، نه داشته‌ها جذب می‌کنند. یعنی، تصور رویاگونهٔ زندگی‌ای که آرزوی خود را دارند. موضوع تمامی این دیدگاه‌ها، این است که: "اگر با افکار یا تصاویر منفی خود مبارزه کنید و به جای آن، مرتب ذهن خود را از افکار و تصاویر مثبت مملو کنید، شادمانی و سعادت را خواهید یافت." ولی واقعاً زندگی به همین سادگی‌ها نیست!! به‌طور قطع، افراد به دفعاتی بی‌شمار به شکلی مثبت در بارهٔ مسائل فکر کرده‌اند، ولی همچنان افکار منفی دوباره و دوباره به سراغ‌شان آمده است. ذهن افراد، طی صدها هزار سال به گونه‌ای تکامل یافته که ناگزیر این‌گونه فکر می‌کند در نتیجه نباید انتظار داشت تعداد کمی افکار مثبت، تغییر چندانی در این فرآیند ایجاد کنند. این به آن معنا نیست که این روش‌ها هیچ تأثیری ندارند، آنها

گروهی ذهن آگاهی به روش آزمایشی در بین جامعه آماری آسیب-دیدگان اجتماعی در گروه‌های دیگر (مانند: جوانان بزه کار، دختران فراری، کودکان کار و...) نیز انجام شود و یا در شهرها و استان‌های دیگر کشور نیز این پژوهش تکرار گردد تا نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه و در یک فراتحلیل بررسی گردد.

### منابع

- آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ مقتدایی، کمال و آریان پوران، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روانشناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۶۷-۷۴.
- آشیری، سمیه؛ نصیریان، منصوره و زارعی محمودآبادی، حسین (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر رضایت‌مندی زناشویی و اختلال وسواسی - جبری زنان یزد. *طلوع بهداشت، دوماهنامه دانشکده بهداشت یزد*، ۱۴(۶)، ۲۲۱-۲۳۱.
- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانگری شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱ پاییزی)، ۲۳-۳۰.
- پوررحیمی مرنی، مریم؛ احدی، حسن؛ عسگری، پرویز و بختیارپور، سعید (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوش بینی دانشجویان دختر. *فصلنامه زن و جامعه*، ۶(۳)، ۲۵-۴۰.
- توفیقیان‌فر، علی‌حسن؛ عزیزی، جمشید؛ صیفوری، بتول؛ بهجتی اصل، فخرالدین و قایدگیوی، فرود (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین طرح‌های خودکفایی کمیته امداد امام خمینی (ره) و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار (مطالعه مورد: استان کهگیلویه و بویراحمد). *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۲)، ۸۹-۱۱۴.
- جلالی، داریوش و آقایی، اصغر (۱۳۹۳). مدیریت شناختی رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی. تهران: انتشارات ابن سینا.
- رشیدی شیراز، آیدا (۱۳۹۲). *اصول و مبانی مایندفولنس (مدیتیشن قرن بیست و یکم)*. چاپ اول. تهران: نشر ساوالان.
- زارعی، ابوالفضل؛ قربانی، نیما؛ بشارت، محمدعلی و غریبی، حمیدرضا (۱۳۹۶). بررسی نقش میانجی‌گرانه خودمهارگری و تفکر سازنده در رابطه بین تنیدگی ادراک شده با رضایت از زندگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۳)، ۳۰۹-۳۲۲.
- زنجانی، تهمنه؛ زنجانی، الناز و جباری، الیاس (۱۳۹۴). *اثربخشی مدل پرمای سلیگمن بر شادکامی افراد مبتلا به دیابت*. اولین کنگره

دعا کردند، سپس برای دیگران (به ترتیب از کسی که کمتر از او در رنج بودند تا افرادی که از آنها تنفر داشتند) طلب بخشش کردند. از این لحاظ، مقاومت برای بخشش و رهایی در گروه ذهن آگاهی و دعا کردن برای خود و دیگران، کمتر از مقاومت گروه مثبت‌گرا بوده است. کاشانکی و بشارت (۱۳۹۷) نیز اشاره داشته‌اند که انواع بخشش (بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌ها) در بهبود رابطه بین فردی، پیش بینی قوی و مؤثر می‌باشد. از آنجا که یکی از خرده-مقیاس‌های کیفیت زندگی در پژوهش حاضر، سلامت روابط اجتماعی بوده است، یکی از دلایل احتمالی اثربخش‌تر بودن آموزش گروهی ذهن آگاهی بر سلامت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، می‌تواند همین باشد که بخشش در روابط بین-فردی بسیار مؤثر است.

خودمهارگری، تفکر سازنده و خودشناسی، در رابطه با مراقبه‌های ذهن آگاهی و پیمودن مسیر کشف خود، در تمرین‌های پژوهش حاضر وجود داشت. از این رو، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش زارعی، قربانی، بشارت و غریبی (۱۳۹۶) که به نقش میانجی‌گرانه خودمهارگری و تفکر سازنده در رابطه بین تنیدگی ادراک شده با رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند و پژوهش نوربالا، قربانی و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۷) که به نقش میانجیگر خودشناسی در رابطه بین سبک‌های دفاعی و علائم جسمانی‌سازی اشاره داشته‌اند، همخوانی دارد.

در تبیین احتمالی اثربخشی دعای دسته‌جمعی در مراقبه‌های ذهن آگاهی (بیشتر از درمان مثبت‌گرا در پژوهش حاضر) بر خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی، مدحی و نجفی (۱۳۹۷) نیز اشاره می‌کنند که معنویت، یک سیستم باور فاعلی است که خود، شامل خودآگاهی است و اشاره به ابعاد تعالی دارد و این ارتباط با ماورا، منبع مهارگری درونی را در افراد تقویت می‌کند که باعث برخورد مؤثر با مسائل می‌شود. علاوه بر این، دین و مناسک دینی ممکن است با ادغام اجتماعی و افزایش دریافت حمایت، باعث شادی شود و همچنین پیوستن به یک باور مذهبی یا معنوی، حداقل در بزرگسالی، ممکن است باعث افزایش انتخاب سبک زندگی سالم به وسیله فرد گردد.

از محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و شبه‌آزمایشی بودن تحقیق حاضر (و به همین خاطر، عدم اطمینان در تعمیم یافته‌ها به جامعه آماری) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌گرا و آموزش

- زندگی نوجوانان. *مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۲۳-۵.
- ماردپور، علیرضا و هادی‌زاده کفاش، رضیه (۱۳۹۶). *اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانگان اختلال وسواسی جبری*. دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و رفتاری. تهران: ۱۹ تیرماه ۱۳۹۶.
- مدحی، صغری و نجفی، محمود (۱۳۹۷). *رابطه رواندرستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شادزیستی در سالمندان*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۷۸-۹۴.
- مرسلی، زهرا؛ موتابی، فرشته و صادقی، منصوره السادات (۱۳۹۷). *تجربه بخشودگی در زنان دچار خیانت زناشویی*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۸۳-۶۹۴.
- محمدخانی، پروانه و خانی‌پور، حسن (۱۳۹۳). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن (به همراه راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود افسردگی)*. تهران: نشر دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- مکیار - مونی، جی.ال (۲۰۰۹). *فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا (راهنمای درمانگران)*. ترجمه: فریده براتی سده (۱۳۹۱). تهران: انتشارات رشد.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF)*. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نوربالا، فاطمه؛ قربانی، نیما و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). *نقش میانجیگر خودشناسی در رابطه بین شبکه‌های دفاعی و علائم جسمانی‌سازی*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۶)، ۲۰۰-۲۱۲.
- هادیان فرد، حبیب و عماد، یاسمن (۱۳۹۶). *بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افسردگی با تأکید بر مفاهیم اسلامی*. *نشریه ادیان و عرفان*، ۵۰(۲)، ۲۶۷-۲۹۲.
- هریس، راس (۲۰۰۸). *(دست از تقلا بردار و زندگی کن) تله شادمانی*. چاپ اول. ترجمه: علی صاحبی و مهدی اسکندری (۱۳۹۵). تهران: نشر سایه سخن.
- Ainsworth, B., Bolderston, H., & Garner, M. (2017). Testing the differential effects of acceptance and attention based psychological interventions on intrusive thoughts and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 72-77.
- Banks, K., Newman, E., & Saleem, J. (2015). An Overview of the Research on Mindfulness-Based Interventions for Treating Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 935-963.
- علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران.
- شکوهری، جواد؛ رئیسی شهروی، حفصه و یعقوبی، نورمحمد (۱۳۹۷). *شناسایی و اولویت‌بندی استراتژی‌های توسعه کارآفرینی اجتماعی در حوزه زنان سرپرست خانوار (مورد مطالعه: استان سیستان و بلوچستان)*. *فصلنامه زن و جامعه*، ۹(۳)، ۲۴۵-۲۷۰.
- صالحیان، مریم؛ احدی، حسن؛ کراسکیان موجباری، آدیس و کربلایی محمد میگوئی، احمد (۱۳۹۷). *مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی بر اختلالات روانشناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۸۱-۴۹۰.
- صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن-آگاهی بر رواندرستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۱-۴۹۹.
- فاضل همدانی، نغمه و قربان‌جهرمی، رضا (۱۳۹۷). *اثربخشی گروه درمانگری به روش تحلیل رفتار متقابل بر نظم‌جویی شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر*. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۷۴۵-۷۵۳.
- فرنام، علی و حمیدی، محمد (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش امید با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی*. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۲، ۲۳-۳۵.
- قراچه، سیف‌الله؛ دیره، عزت و امینی‌نژاد، غلامرضا (۱۳۹۶). *تعیین رابطه بین خودارزشیابی‌های محوری با اشتیاق شغلی در زنان شاغل سرپرست خانوار کمیته امداد شهر اهواز*. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱(۱)، ۳۷-۵۶.
- قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم و فرنام، رابرت (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو*. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳(۴)، ۳۱۹-۳۳۰.
- کاشانکی، حامد و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷). *کیفیت روابط بین‌فردی بر اساس بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌ها*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۰۹-۴۱۷.
- کریمی‌زاده، فرشته؛ برجعلی، احمد؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۷). *اثربخشی رویکرد خودآگاهی مبتنی بر معنادرمانی بر مهار کردن خود در نوجوانان دختر*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۵۷۵-۵۸۰.
- کمری، سامان و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از*

- Chen, W., Niu, G. F., Zhang, D. J., Fan, C. Y., Tian, Y., & Zhou, Z. K. (2016). Socio-economic status and life satisfaction in Chinese adolescents: Analysis of self-esteem as a mediator and optimism as a moderator. *Personality and Individual Differences, 95*, 105-109.
- Frish, M. B. (2014). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. (3<sup>rd</sup> Ed.), Hoboken, NJ: Wiley.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Personal, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychology Research Behavior Management, 9*, 125-132.
- Mincu, C. L., & Tacu, A. (2015). Social support, satisfaction with physician patient relationship, couple satisfaction, body satisfaction, optimism as predictors of life satisfaction in people having a current perceived health problem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 187*, 772-776.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17(1)*, 28-37.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *Journal of Positive Psychology, 10(1)*, 25-40.
- Rosenkranz, M. A., Davidson, R. J., MacCoon, D. G., Sheridan, J. F., Kalin, N. H., & Lutz, A. (2013). A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity, 27*, 174-184.
- Spinhoven, P., Huijbers, M. J., Ormel, J., & Speckens, A. E. M. (2017). Improvement of mindfulness skills during Mindfulness-Based Cognitive Therapy predicts long-term reductions of neuroticism in persons with recurrent depression in remission. *Journal of Affective Disorders, 213*, 112-117.
- Tavee, J., Rensel, M., Planchon, S. M., Butler, R. S., & Stone, L. (2011). Effects of meditation on pain and Quality of Life in multiple sclerosis and peripheral neuropathy: A pilot study. *Int J MS Care, 13(4)*, 163-168.
- Wu, S. Y., Li, H. Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X. R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Indust Health, 49(2)*, 158-165.