

Research Paper

Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Therapy on 8-12 Year-Old Children with Depression Symptoms



Laleh Hoseini¹, Gholamreza Manshaei^{*2}

1. M.A. in Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Citation: Hoseini L, Manshaei G. Effectiveness of child-centered mindfulness therapy on 8-12 year-old children with depression symptoms. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 245-256.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.21>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Mindfulness,
anxiety,
depression

Background and Purpose: Depression as a common mental disorder, can seriously damage the communicative, academic, developmental, and psychological processes of the children. Therefore the present study was conducted to investigate the effectiveness of child-centered mindfulness therapy on 8-12 year-old children with depression signs.

Method: This study was a quasi-experimental pretest-posttest control group design with 45-day follow-up period. The study population included all the male and female 8-12 year-old children with depression symptoms who had referred to the psychological consultation centers affiliated to the Education Administration in Isfahan city in 2017. A sample of 30 children out of this population was selected by convenience method and then randomly assigned to either the experimental or the control group. The experimental group received 10 weekly sessions of mindfulness-based intervention for 2.5 months, whereas the control group underwent no intervention. The applied instruments included Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992) and Anxiety Scale for Children (March et al., 1997). Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

Results: Data analysis showed that *mindfulness-based therapy* was significantly effective in reducing the anxiety of 8-12 year-old children with depression symptoms ($p < 0.001$). Moreover, results showed that effects of this therapy were significantly persistent during the time ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that whereas mindfulness is a meta-awareness feeling free from prejudice which leads to observance and acceptance of body phenomena and emotions as they are, it can help children with depression to accept their physical, emotional, and psychological signs and feelings and reduce their hypersensitivity towards them.

Received: 18 May 2018

Accepted: 4 Mar 2020

Available: 20 Jun 2020

* **Corresponding author:** Gholamreza Manshaei, Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail addresses: Smanshaee@yahoo.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

تأثیر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب کودکان ۸ تا ۱۲ سال دارای علائم افسردگی

لاله حسینی^۱، غلامرضا منشی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

ذهن آگاهی،
اضطراب،
افسردگی

زمینه و هدف: افسردگی به عنوان اختلال روانی رایج، می‌تواند فرایند ارتباطی، تحصیلی، تحولی، و روان‌شناختی کودکان را با آسیب جدی مواجه کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب کودکان ۸ تا ۱۲ سال دارای علائم افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان دختر و پسر دارای اختلال افسردگی (۸ تا ۱۲ سال) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بودند که به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ کودک از جامعه آماری مذکور بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی ۱۰ جلسه‌ای مربوط به ذهن آگاهی را در طی دو ماه و نیم دریافت کردند؛ این در حالی است که گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۹۲) و اضطراب کودکان (مارچ و همکاران، ۱۹۹۷) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۲ سال دارای علائم افسردگی تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.001$). علاوه بر این نتایج نشان داد که این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ کند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که که چون ذهن آگاهی، احساسی بدون قضاوت و فراتر از آگاهی است که به دیدن واضح و پذیرش هیجانات و پدیده‌های بدنی همان گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند؛ بنابراین کودکانی که از اختلال روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از افسردگی رنج می‌برند، از طریق آموزش ذهن آگاهی فرامی‌گیرند که احساسات و نشانه‌های بدنی، روان‌شناختی، و هیجانی خود را پذیرفته و در نتیجه، توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌ها در آنان کاهش می‌یابد.

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۲۸

پذیرفته شده: ۹۸/۱۲/۱۴

منتشر شده: ۹۹/۰۳/۳۱

* نویسنده مسئول: غلامرضا منشی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

رایانامه: Smanshaee@yahoo.com

تلفن: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۰۱

مقدمه

اختلال افسردگی از مهم ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود که به آن اختلال تک قطبی نیز گفته می شود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است (۱). اغلب افرادی که به افسردگی مبتلا هستند به طور دائم غمگین بوده و از انجام فعالیت هایی که قبلاً از آنها لذت می برند، دیگر خوشنود نبوده یا ترکیبی از دو حالت فوق را تجربه می کنند (۲). همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه، و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۳). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن، بیست سالگی است (۴). شیوع طول عمر و ۱۲ ماهه آن در ده کشور با درآمد بالا به ترتیب ۱۴/۶ و ۵/۵ درصد بوده و در هشت کشور با درآمد متوسط، شیوع طول عمر ۱۱/۱ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن ۵/۹ درصد گزارش شده است (۵). در ایران نیز میزان شیوع این اختلال از آمارهای گزارش شده در سطح جهانی بیشتر است؛ به طوری که میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط، و شدید را در میان جمعیت های خاص به ترتیب ۳۰/۱ درصد، ۲۵/۴ درصد، و ۱۴/۸ درصد برآورد کرده اند که نسبت به آمار جهانی، بالاتر است (۶).

آغاز زود هنگام افسردگی در کودکی، شکل وخیم بیماری بوده و کودکان نسبت به بزرگسالان، تعداد بیشتری از دوره های عود را تجربه می کنند. در حدود ۲ درصد کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و ۴ درصد نوجوانان به افسردگی مبتلا هستند (۷ و ۸). اختلال افسردگی دوران کودکی به گونه ای منفی بر عملکرد شخصی و خانوادگی بهنجار کودک تأثیر گذاشته و اکثراً تا سنین بزرگسالی متناوباً تداوم دارد؛ چنانکه این اختلال از موضوعات مهم در گستره روان شناسی به شمار می رود (۹، ۱۰ و ۱۱). کودکانی که دچار افسردگی هستند ممکن است به عنوان افسرده شناخته نشوند، بدین دلیل که افسردگی آنان ذهنی بوده و معمولاً یک واکنش شخصی به شمار می رود. چنانچه سبب شناسی اختلال افسردگی دوران کودکی مورد توجه باشد، باید شیوه والدگری والدین، سابقه خانوادگی،

عوامل زیستی، و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. عوامل خانوادگی و اجتماعی در جامعه کنونی بیشترین تأثیر را در وقوع افسردگی دارا هستند (۱۲). در دوره های تحول، شیوع اختلال افسردگی در کودکان ۴ تا ۱۶ ساله، ۲ درصد و در اوایل نوجوانی حدود ۷ درصد برآورد شده است. در آمریکا میزان شیوع افسردگی در کودکان بین ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال، ۱۴ درصد برآورد شده است. در سنین کودکی، تفاوت قابل ملاحظه ای در میزان افسردگی پسران و دختران مشاهده نشده است (۱۳). باید توجه داشت افرادی که سن افسردگی پایین تری دارند، از پیش آگهی ضعیف تری برخوردارند (۱۴).

بروز افسردگی، معمولاً با اضطراب نیز همراه است (۱۵). اضطراب واکنش طبیعی انسان ها در برابر فشار روانی است. اضطراب هیجان بهنجاری است که در سراسر زندگی تجربه شده و در زندگی روزانه افراد نقش حفاظتی دارد. این هیجان در حد متعادل و سازنده فرد را وادار می کند که برای انجام امور خود، به موقع و مناسب تلاش کند و بدین ترتیب، زندگی خود را با دوام تر و بارورتر سازد. اگرچه اضطراب قسمتی از تحول بهنجار را در انسان تشکیل می دهد، اما در صورت افزایش شدت و طول مدت آن، به مشکل جدی و تهدید واقعی تبدیل می شود (۱۶ و ۱۷)؛ به طوری که بی تفاوت بودن و رها کردن آن بدون درمان، می تواند به طور معکوس بر عملکرد روزانه تأثیر گذاشته و کودک را در معرض حرمت خود پایین، روابط اجتماعی ضعیف، و شکست تحصیلی قرار دهد (۱۸).

روش های مداخله ای متعددی برای بهبود افسردگی کودکان انجام شده است. ذهن آگاهی کودک محور^۱ یکی از جدیدترین روش هایی است که کاربرد بالینی آن برای کودکان مبتلا به اختلال های نارسایی توجه فزون کنشی^۲، افسردگی، اضطراب، اختلال تیدگی پس از سانحه^۳، و سواس بی اختیاری^۴ و پرخاشگری تأیید شده است (۱۹).

ذهن آگاهی افراد را توانمند می کند که بتوانند افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا خودکار بودند، به پدیده هایی قابل مشاهده تبدیل کنند که در بدن یا ذهن خود آنها در حال وقوع هستند (۲۰). این سازه به عنوان

3. Post-traumatic stress disorder
4. Obsessive-compulsive disorder

1. Child based mindfulness
2. Attention deficit and hyperactivity disorder

اجتناب ناپذیر است؛ زیرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک باید به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب پذیری روان شناختی آنان سبب می شود نتوانند کارکرد اجتماعی، روان شناختی، و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند.

از سویی دیگر باید یادآور شد که درمان ذهن آگاهی کودک محور، روی آورد جدیدی است (۳۶) که در سال های اخیر برای کودکان نیز به کار گرفته می شود. بر این اساس، با توجه به نوظهور بودن درمان ذهن آگاهی کودک محور و عدم استفاده آن برای کودکان دارای اختلال افسردگی در پژوهش های قبلی، در این زمینه خلأ پژوهشی مشهود است. بنابراین از یک سو با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش های انجام یافته در مورد تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و همچنین به دلیل عدم مطالعات گسترده درباره تأثیر آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب کودکان دارای علائم افسردگی از سویی دیگر، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال انجام شد که آیا آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب کودکان دارای علائم افسردگی تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان دارای علائم اختلال افسردگی (۸ تا ۱۲ سال) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بودند که به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه شش انتخاب شد. سپس با مراجعه به مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش ناحیه شش اصفهان، از مسئولان این مرکز درخواست شد که کودکان دختر و پسر ۸ تا ۱۲ ساله را که با علائم افسردگی از طرف مدارس به این مرکز ارجاع داده شده اند را معرفی کنند. در گام اول تعداد ۵۳ کودک معرفی شد؛ سپس کودکان معرفی شده با استفاده از پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی مورد بررسی دقیق قرار گرفتند. مصاحبه بالینی توسط

توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت تعریف شده است. عناصری از شناخت درمانی به شیوه ذهن آگاهی افزوده می شود که از طریق تمرکززدایی در این دیدگاه، افکار فرد بهبود می یابد. در مورد هیجانات و حس های بدنی نیز این نوع روی آورد مورد استفاده قرار می گیرد (۲۱). افکار و رفتارهایی که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع هستند و قبلاً ناهشیار یا خودآیند بودند، از طریق ذهن آگاهی به پدیده هایی قابل مشاهده تبدیل می شوند (۲۲).

درمان ذهن آگاهی در جامعه های آماری مختلف در پژوهش های پری-پاریش، کاپلند-لایندر، وب و سیینگا (۲۳)؛ قاسمی بیستگانی و موسوی نجفی (۲۴)؛ هوپ وود و اسچات (۲۵)؛ هافمن و گومز (۲۶)؛ کروسول و همکاران (۲۷)، و کروسکا و همکاران (۲۸) مورد استفاده قرار گرفته و کارایی آن تأیید شده است. همچنین نتایج مطالعات متعدد مانند پژوهش کهریزی، تقوی، قاسمی و گودرزی (۲۹)؛ بیرامی و همکاران (۳۰)؛ سمپل و لی (۲۲)؛ آیزنرث و همکاران (۳۱) و ایمز و همکاران (۳۲) نشان داده اند که ذهن آگاهی می تواند به شکل معناداری، عواطف و خلیقات منفی مانند افسردگی و اضطراب را در نوجوانان تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این باید اشاره کرد که مطابق با یافته پژوهش های گذشته، درمان ذهن آگاهی با بهره گیری از فنون درمانی مناسب می تواند افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد (۳۳). در همین راستا نتایج پژوهش اکبری نیا، منشی و یانوسفی (۳۴) نشان داده است که درمان ذهن آگاهی کودک محور با به کارگیری استعاره های شناختی مناسب کودکان می تواند آنها را از هم در آمیختگی با افکار اضطراب آمیز جدا کرده و در نتیجه آنها با نظاره گر بودن به این افکار (به جای در آمیخته شدن با آن)، می توانند اضطراب خود را کاهش دهند.

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال افسردگی و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و اینکه می تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب های اجتماعی جبران ناپذیری به دنبال داشته باشد (۳۵)، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال انجام شود تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به دیگر اختلال های بالینی در آینده جلوگیری شود. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان، موضوعی

عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی کودکان: پرسشنامه افسردگی کودکان^۱ یک مقیاس خودگزارش دهی است که توسط کوکس^۲ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده و برای سنجش علائم رفتاری، شناختی و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله به کار رفته و گستره وسیعی از نشانگان افسردگی شامل خلق آشفته^۳، مشکلاتی در ظرفیت لذت بردن^۴، عملکرد نباتی، خودارزیابی پایین^۵، ناامیدی^۶، و مشکلات بین فردی^۷ را اندازه گیری می کند (۳۸). پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت (صفر تا دو) نمره گذاری می شود و بر این اساس نمره برش پرسشنامه، ۲۷ است. مطالعات بین المللی قبلی نشان داده اند پرسشنامه افسردگی کودکان یک اندازه گیری معتبر با همسانی درونی بالا با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به دست داده است (۳۹). همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه افسردگی کودکان، این پرسشنامه به همراه فرم کوتاه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان اجرا شد. نتایج نشان داد که همبستگی نمره کل پرسشنامه افسردگی کودکان با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ است که بیانگر روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. ضرایب همسانی درونی برای زیرمقیاس های پرسشنامه افسردگی کودکان با توجه به تعداد سوالات هر زیرمقیاس قابل قبول گزارش شده است (۴۰). روایی و اعتبار پرسشنامه افسردگی کودکان در ایران نیز بررسی شده است. در مطالعه ای دهشیری و همکاران ضریب اعتبار باز آزمایی و همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ گزارش کرده اند (به نقل از ۴۱). اعتبار پرسشنامه حاضر در این پژوهش نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان: مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان^۸ که توسط مارچ و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد یک ابزار خود گزارشی است که ۳۹ گویه دارد و برای ارزیابی نشانه های اضطراب در گروه های سنی ۸ تا ۱۹ سال استفاده می شود. طیف

متخصص روان شناسی (دکترای تخصصی روان شناسی) بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجام شد. از بین این کودکان تعداد ۲۶ کودک واجد علائم افسردگی تشخیص داده شدند. برای تکمیل تعداد افراد نمونه حاضر در پژوهش (۳۰ کودک)، با مراجعه به مرکز مشاوره آیین، کودکان مراجعه کننده به این مرکز نیز با استفاده از پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفته و تعداد ۴ کودک دیگر نیز به حجم نمونه قبلی اضافه شد تا تعداد نمونه حاضر در پژوهش به ۳۰ کودک (۲۱ دختر و ۹ پسر) رسید که همگی در پایه تحصیلی دوم تا ششم دبستان بودند. لازم به ذکر است که با اجرای پرسشنامه اضطراب کودکان مشخص شد که آنها دارای میزان اضطراب بالاتر از نمره برش پرسشنامه اضطراب هستند (کسب نمره بالاتر از ۵۴ در پرسشنامه اضطراب کودکان). در مرحله بعد افراد نمونه به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه). دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه، بر اساس منابع علمی مربوط بود (۳۷).

از کودکان حاضر در گروه آزمایش ۱۱ کودک (معادل ۳۶/۶۶ درصد) دختر و ۴ کودک (معادل ۱۳/۳۳ درصد) پسر بودند. در گروه گواه نیز ۱۰ کودک (معادل ۳۳/۳۳ درصد) دختر و ۵ کودک (معادل ۱۶/۶۶ درصد) پسر بودند. علاوه بر این در گروه آزمایش بیشترین فراوانی مربوط به دانش آموزان پایه پنجم دبستان (۴۱ درصد) و در گروه گواه نیز به همین پایه (۴۵ درصد) تعلق داشت. گروه آزمایش مداخلات درمانی گروهی ۱۰ جلسه ای مربوط به ذهن آگاهی را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته ای یک جلسه ۶۰ دقیقه ای دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه هیچگونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. ملاک های ورود به پژوهش شامل کسب نمره ۴۰ به بالا در پرسشنامه افسردگی کودکان، داشتن سن ۸-۱۲ سال، رضایت کودک و والدین جهت شرکت فرزندشان در پژوهش، و نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آنان) بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت،

5. Interpersonal problems
6. Hopelessness
7. Interpersonal problems
8. Multidimensional Child Anxiety Scale

1. Child Depression Questionnaire
2. Kovacs
3. Disturbed mode
4. Hedonic capacity

همچنین روایی محتوایی این ابزار در این پژوهش مطلوب گزارش شده است و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ابزار ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس های اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، اجتناب از آسیب، و نشانه های جسمانی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله ای: برنامه مداخله ای برگرفته از مداخله ذهن آگاهی کودک محور بوردیک بود که اعتبار آن توسط منشئی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی (۱۹) مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. شرح جلسات این مداخله و همچنین تمرینات و استعاره های به کار رفته در آن مختص سن کودکی است. این جلسات در قالب ۱۰ جلسه آموزشی گروهی (هر گروه ۵ نفره) به مدت ۶۰ دقیقه در طی دو ماه و نیم توسط نویسنده نخست این پژوهش در محل اتاق مشاوره آموزشگاه علامه طباطبایی به صورت هفته ای یک جلسه به شرح زیر اجرا شد:

پاسخگویی این ابزار از نوع لیکرت (نمره صفر تا سه) است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر نمره ۱۱۷ است. در پژوهش کریمی، همایونی نجف آبادی و همایونی نجف آبادی، اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی کل مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر ۰/۳۸ و ۰/۰۲ بود که بیانگر روایی همگرا و واگرای مقیاس مذکور است (۴۲). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که الگوی چهار عاملی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان در جامعه ایرانی برآزش خوبی دارد. ضریب اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد (۴۲). در مطالعه ایوارسون (۴۳) برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس اضطراب اجتماعی، نشانه های جسمانی، اجتناب از آسیب، و اضطراب جدایی به ترتیب ضریب آلفای ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۴ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ذهن آگاهی (۱۹)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه یکم	آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و انجام تمرینات مقدماتی ذهن آگاهی	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح درباره علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان، توضیح درباره چگونگی برنامه ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست ها) و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آموزش اسکن بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش اسکن بدن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	کسب آگاهی نسبت به زمان حال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، انجام حرکات ذهن آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بویدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	کسب آگاهی نسبت به هیجانات	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و یادداشت نویسی درباره ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، استفاده از سناریوهای "بازرس مفید و بازرس غیر مفید". ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرینات تنفسی	مرور تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان". ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین تن آرامی عضلانی تدریجی، انجام بازی "عوض کردن کانال". ارائه تکلیف خانگی
جلسه نهم	کسب آگاهی نسبت به حرکات بدن	انجام تمرینات تنفسی پایه (مراقبه تنفسی)، انجام حرکات ذهن آگاهانه، تکرار سناریوی "بازرس مفید و غیر مفید" و ارائه تکلیف خانگی
جلسه دهم	بکارگیری ذهن آگاهی در زندگی روزمره	مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و آموزش "ذهن آگاهی در فعالیت روزانه". مراقبه محبت شفقت-آمیز (آرزوهای دوستانه). ارائه تکلیف خانگی

یافته‌ها

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با تکرار سنجش، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر اضطراب در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$ ؛ $F = 0/44$ ، $F = 0/31$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$ ؛ $F = 1/64$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر وابسته (اضطراب) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). برای بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی بر اضطراب کودکان از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شده است. در این مطالعه یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که عضویت گروهی بود. در جدول ۲، خلاصه نتایج پیش فرض‌های تحلیل گزارش شده سات.

جدول ۲: جدول موجلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت

آزمون موجلی	مجدور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
۰/۹۳	۳/۶۷	۲	۰/۲۷

بر اساس جدول ۲، نتایج آزمون موجلی نشان می‌دهد که پیش فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس با تکرار سنجش است، برآورده شده است. در جدول ۳، تحلیل واریانس با تکرار سنجش جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با تکرار سنجش جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
۱۳۸/۱۵	۲	۵۶۹/۰۷	۴۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
۱۴۰۸/۱۷	۱	۱۴۰۸/۱۷	۹۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
۷۹۶/۹۵	۲	۳۹۸/۴۷	۳۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
۷۱۴/۲۲	۵۶	۱۲/۷۵				

(د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان انجام شد و با مراجعه به مرکز مشاوره این ناحیه، حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب شد. سپس با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی آنها اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت کودکان و اولیای آنها برای شرکت فرزندان در برنامه مداخله کسب و از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله ذهن آگاهی (۱۹) در ۱۰ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم مطابق با جدول ۱ انجام شد، در حالی که گروه گواه مداخله درمان ذهن آگاهی را دریافت نکرد. پس از دوره‌ای ۴۵ روزه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها، و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تفاوت معنی داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر اضطراب (۳۱/۲۴) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می دهد که گروه های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر

جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری در متغیر پژوهش

مؤلفه	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
اضطراب	پیش آزمون	۵۶/۴۶	۵۶	۰/۴۶	۰/۸۸	۰/۷۹
	پس آزمون	۴۳/۶۰	۵۵	۱۱/۴۰	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۴۱/۸۰	۵۴/۶۰	۱۲/۸۰	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱

یافته های پژوهش آیزنراث و همکاران (۳۱) درباره تأثیر ذهن آگاهی بر افسردگی و یافته های مطالعه سمپل و لی (۲۲) مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه های شناختی و روانی کودکان، هسو است. از سوی دیگر کهریزی و همکاران (۲۹) در پژوهشی جهت بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه های افسردگی و مؤلفه های همبود همچون اضطراب شده است. بر طبق پژوهش بیرامی و همکاران (۳۰) آموزش ذهن آگاهی سبب کاهش معنی دار اضطراب و افسردگی شده است. یافته های پژوهش پری-پیش و همکاران (۲۳) نیز تحت عنوان روی آوردهای ذهن آگاه محور برای کودکان و نوجوانان نشان داد که می توان در درمان مؤلفه های روان شناختی کودکان و نوجوانان از این شیوه استفاده کرد.

در تبیین علت تأثیر معنادار ذهن آگاهی بر اضطراب کودکان دارای علائم افسردگی می توان بیان کرد که ذهن آگاهی با افزایش انعطاف پذیری روانی، درست هنگامی که فرد احساس می کند دیگر کاری از او دست بر نمی آید، انتخاب های دیگری را فراروی او قرار می دهد. همچنین ذهن آگاهی با برقراری ارتباط دوباره مابین منابع درونی و بیرونی، به بهبودی و یادگیری بیشتر منجر می شود؛ منابعی که حتی ممکن است فرد به داشتن آنها باور نداشته باشد (۳۱). از سوی دیگر ذهن آگاهی می تواند به تشکیل الگوهای رفتاری منجر شود که افکار و هیجانات آشفته ساز کمتری (همانند افسردگی و اضطراب) را به دنبال

همان گونه نتایج جدول ۴ نشان می دهد، در متغیر اضطراب تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۰/۴۶) معنی دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون (۱۱/۴۰) و پیگیری (۱۲/۸۰) معنی دار است؛ در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی داری کمتر از میانگین گروه گواه است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش کنونی با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر میزان اضطراب کودکان دارای علائم افسردگی شهر اصفهان انجام شد. یافته های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده ها حاکی از آن بود که درمان ذهن آگاهی کودک محور بر کاهش اضطراب کودکان دارای اختلال افسردگی تأثیر معنادار داشته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته پری-پیش و همکاران (۲۳) و هوپ وود و اسپجات (۲۵) همسو است. چنانکه این پژوهشگران نیز در پژوهش خود بیان کرده اند که درمان ذهن آگاهی می تواند در درمان مؤلفه های روان شناختی کودکان و نوجوانان دارای آسیب های روان شناختی، روشی مناسب به شمار آید. باید توجه داشت که درمان ذهن آگاهی با افزایش آگاهی شناختی و فراشناختی افراد سبب می شود تا آنها توانایی بیشتری در مهار، مدیریت و نظارت بر افکار و رفتار خود به دست آورده و خودنظم بخشی بالاتر و اضطراب کمتری را تجربه کنند. نتایج پژوهش حاضر همچنین با

خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند. اما درمان ذهن آگاهی به آنان کمک می‌کند که از وجود عواطف منفی و تأثیر نامطلوب آنها بر خویش، آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی عواطف و هیجانات منفی در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن شرایط زندگی خویش تلاش کنند و از این طریق، به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی همچون اضطراب، مبادرت ورزند.

این پژوهش نیز همانند همه پژوهش‌های مربوط به علوم انسانی با محدودیت‌ها و مشکلاتی مواجه بود که باید در کاربرد یافته‌ها به آنها توجه کرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: استفاده از شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی به دلیل عدم دسترسی کامل به جامعه آماری پژوهش، عدم بهره‌مندی از پویایی گروه در فرایند آموزش به دلیل شرایط خاص کودکان دارای اختلال افسردگی، و یکی بودن پژوهشگر با مداخله‌گر. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در سطح نظری پژوهش‌های آینده با اجرای دقیق‌تر این مطالعه و با کنترل تمامی متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج و با بهره‌گیری از شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام شوند تا اعتبار بیرونی پژوهش جهت تعمیم یافته‌ها و همچنین دقت نتایج به دست آمده افزایش یابد. همچنین در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود که درمان ذهن آگاهی کودک محور به عنوان یک روش درمانی برای کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی تأثیر داشته است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که ترتیبی اتخاذ شود تا از این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های ضمن خدمت و کارگاه‌های کاربردی و عملی (نه صرفاً در سطح نظری) جهت آموزش این روش به مشاوران مقاطع مختلف تحصیلی اجرا شود تا آنها شیوه کاربرد این روش درمانی را در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی آموخته و در موقعیت مقتضی از آن استفاده کنند.

دارند (۳۴). همچنین وجود یافته‌های پیشین بیانگر آن است که ذهن آگاهی می‌تواند سبب کاهش سطح کورتیزول شود (۲۳). دیگر پژوهش‌های انجام شده نیز نشان دادند که کاهش کورتیزول می‌تواند موجب افزایش پذیرش در فرد شده و احتمال ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی را کاهش دهد. برخی از یافته‌ها نشان می‌دهند که ذهن آگاهی قادر به ایجاد تغییرات ساختاری در بخش‌هایی از مغز است که محرک‌های حسی، شناختی، و هیجانی را پردازش می‌کنند (۲۵) و این موضوع به نوبه خود به تغییر برچسب‌گذاری منفی محرک عاطفی منجر شده و در نتیجه عواطف، هیجانات، و مؤلفه‌های روان‌شناختی منفی مانند اضطراب، کاهش می‌یابد. باید اذعان داشت که ذهن آگاهی با تأثیر بر پردازش‌های شناختی، حسی و هیجانی، و فرایندهای روان‌شناختی، فرد را به سوی افکار مثبت سوق داده و از این طریق می‌تواند بر اضطراب تأثیر گذاشته و متعاقباً تغییرات معناداری در اضطراب کودکان دارای علائم افسردگی ایجاد کند.

از سوی دیگر، در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که چون ذهن آگاهی، احساسی بدون قضاوت و فراتر از آگاهی است که به دیدن واضح و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (۲۲)، بنابراین کودکانی که از اختلال روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از افسردگی رنج می‌برند، از طریق آموزش ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که احساسات و نشانه‌های فیزیکی، روان‌شناختی، و هیجانی خود را پذیرفته و در نتیجه‌ی پذیرش احساسات، توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌ها در آنان کاهش می‌یابد. همچنین درمان ذهن آگاهی در کودکان با علائم افسردگی باعث می‌شود که آنها با آگاهی از خلق و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز هیجانات، مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که در نتیجه میزان اضطراب در آنان کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که کودکان دارای علائم افسردگی ممکن است از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی و اجتماعی نتوانند به خوبی از هیجانات خود استفاده کنند؛ زیرا مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی آنان باعث می‌شود که آنان در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر

تشکر و قدردانی: این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۳۳ اجرا شده است. مجوز اجرای این مطالعه توسط آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان به شماره نامه ۱۳۳۱-۹-۱۲-۰۸-۹۶ صادر و این پژوهش تحت نظارت گروه مشاوره این ناحیه انجام شده است. بدین وسیله از

دانش آموزان حاضر در پژوهش و همچنین مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان، تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Angst J, Gamma A, Rossler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord.* 2009; 115(1-2): 112-121. [Link]
2. Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(2): 147-155. [Link]
3. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord.* 2008; 110(3): 197-206. [Link]
4. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: Mental health and well-being. *Can J Psychiatry.* 2009; 54(6): 389-398. [Link]
5. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine.* 2011; 9(1): 90. [Link]
6. Fallah R, Farhadi S, Amini K, Mohajeri M. Prevalence of depression in personnel of Zanjan university of medical sciences. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research.* 2011; 19(75): 107-113. [Persian]. [Link]
7. Raberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1998; 155(6): 715-725. [Link]
8. Liu Y, Merritt DH. Examining the association between parenting and childhood depression among Chinese children and adolescents: A systematic literature review. *Child Youth Serv Rev.* 2018; 88: 316-332. [Link]
9. Shoaf TL, Emslie GJ, Mayes TL. Childhood depression: Diagnosis and treatment strategies in general pediatrics. *Pediatr Ann.* 2001; 30(3): 130-137. [Link]
10. Kelvin R. Depression in children and young people. *Paediatr Child Health.* 2016; 26(12): 540-547. [Link]
11. Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy on the reduction of depression among students. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2015; 2(1): 83-88. [Persian]. [Link]
12. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42(4): 386-405. [Link]
13. Abela JRZ, Hankin BL. Handbook of depression in children and adolescents. Guilford Press; 2008, pp: 74-75. [Link]
14. Chai XJ, Hirshfeld-Becker D, Biederman J, Uchida M, Doehrmann O, Leonard JA, et al. Functional and structural brain correlates of risk for major depression in children with familial depression. *Neuroimage Clin.* 2015; 8: 398-407. [Link]
15. Ghobari Bonab B, Motavalipoor A, Hakimrad E, Habibi Asgarabadi M. Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the university of Tehran. *Journal of Applied Psychology.* 2009; 3(2): 110-123. [Persian]. [Link]
16. Whiteside SP, Brown AM. Exploring the utility of the spence children's anxiety scales parent- and child-report forms in a North American sample. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(8): 1440-1446. [Link]
17. Emadi Far F, Gorji Y. Effectiveness of attention training on attention control, focused attention and dispersed attention in girl students with test anxiety. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2017; 4(1): 67-77. [Persian]. [Link]
18. Goldberger-Raskin BS, Gothelf D, Bachner-Melman R, Lang C, Kushnir J. The association between sleep disturbances of children with anxiety disorders and those of their mothers. *Sleep Med.* 2018; 43: 77-82. [Link]
19. Bordick D. Mindfulness skills for the children and adolescents. Monshe'ie GR, Asli Azad A, Hoseini L, Tayebi P. (Persian translator). First edition. Isfahan: Isfahan Islamic Azad University publication (Khorasgan); 2017, pp: 369-375. [Persian].
20. Miller CJ, Brooker B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complement Ther Clin Pract.* 2017; 28: 108-115. [Link]
21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol.* 2003; 10(2): 144-156. [Link]
22. Semple RJ, Lee J. Chapter 8 - mindfulness-based cognitive therapy for children. In: Baer RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches.* Second Edition. San Diego: Academic Press; 2014, pp: 161-188. [Link]
23. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EMS. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2016; 46(6): 172-178. [Link]
24. Ghasemi Bistagani M, Musavi Najafi F. Effectiveness of child-centered mindfulness on social skills and self-

- efficacy of children with learning disabilities. *Social Behavior Research & Health*. 2017; 1(2): 91–99. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clin Psychol Rev*. 2017; 57: 12–20. [\[Link\]](#)
26. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4): 739–749. [\[Link\]](#)
27. Crosswell AD, Moreno PI, Raposa EB, Motivala SJ, Stanton AL, Ganz PA, et al. Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 86: 78–86. [\[Link\]](#)
28. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *J Affect Disord*. 2018; 225: 326–336. [\[Link\]](#)
29. Kahrizi S, Taghavi M, Ghasemi R, Goodarzi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, anxiety and somatic symptoms in asthma patients. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017; 24(154): 27–36. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Bayrami M, Movahedi Y, Mohammadzadigan R, Movahedi M, Vakili S. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness in reducing anxiety and depression in high school students. *Journal of Psychological Achievements*. 2013; 20(2): 1–18. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Eisendrath SJ, Gillung EP, Delucchi KL, Chartier M, Mathalon DH, Sullivan JC, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: A randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med*. 2014; 14(1): 95. [\[Link\]](#)
32. Ames CS, Richardson J, Payne S, Smith P, Leigh E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2014; 19(1): 74–78. [\[Link\]](#)
33. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 2(4): 6–14. [Persian]. [\[Link\]](#)
34. AkbariNia M, Manshaei GR, Yanousefi S. Effectiveness of child - centered mindfulness therapy on the depression and anxiety of the children with cancer after drug therapy. *Journal of psychological Science*. 2019; 18(76): 431–439. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Ferdinand RF, Stijnen T, Verhulst FC, Van Der Reijden M. Associations between behavioural and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *J Adolesc*. 1999; 22(1): 123–136. [\[Link\]](#)
36. Delavar A. *Research methods in psychology and educational sciences*. Third Edition. Tehran: Virayesh Pub; 2013, pp: 99-100. [Persian].
37. Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. The effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 83–94. [Persian]. [\[Link\]](#)
38. Al-Balhan EM. The children's depression inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth. *Soc Behav Pers*. 2006; 34(4): 351–366. [\[Link\]](#)
39. Ivarsson T, Svalander P, Oeystein L. The children's depression inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents: A normative study. *Nord J Psychiatry*. 2006; 60(3): 220-226. [\[Link\]](#)
40. Logan DE, Claar RL, Guite JW, Kashikar-Zuck S, Lynch-Jordan A, Palermo TM, et al. Factor structure of the children's depression inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2013; 14(7): 689–698. [\[Link\]](#)
41. Mohammadi K, Borjali A, Eskandari H, Delavar A. Clinical effectiveness of children's depression inventory for diagnosing depression disorder of children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(1): 1-8. [Persian]. [\[Link\]](#)
42. Karimi J, Homayuni Najafabadi S, Homayuni Najafabadi F. Psychometric properties of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015; 6(4): 885–894. [Persian]. [\[Link\]](#)
43. Ivarsson T. Normative data for the multidimensional anxiety scale for children (MASC) in Swedish adolescents. *Nord J Psychiatry*. 2006; 60(2): 107-113. [\[Link\]](#)
44. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007; 131(1): 63–69. [\[Link\]](#)