

Research Paper

Comparing the effectiveness of mother's cognitive behavioral group training and children's mindfulness training on the anxiety of 9- to 12-year-old boys and girls children

Kristine Sroub Arzumanian¹, Javanshir Asadi^{2*}, Hayedeh Saberi³

Citation



CrossMark



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

anxiety, children, cognitive-behavioral training, mindfulness, mothers

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral group training for mothers and mindfulness training for children on the anxiety of 9-12 year old children.**Research Method:** The statistical population of this research included 9-12 year old boys and girls children from Armenian primary schools in Tehran in the academic year 2019-2020, from among whom 30 children were selected using the available sampling method based on the cut-off line of the Achenbach Child Behavior Checklist (2001), who were randomly assigned to two Cognitive behavioral training group for mothers and mindfulness for children and the control group. The mothers of the first intervention group received 8 sessions of cognitive behavioral training lasting 90 minutes each session, and the children of the second intervention group received 8 sessions of mindfulness training lasting 90 minutes each session. The data of the present study were analyzed using the analysis of variance with repeated measurements method.**Results:** The results of the present study showed that cognitive-behavioral group training for mothers ($F(2 \text{ \& } 36) = 8.86, P < 0.01$) and mindfulness group training for children ($F(36, 2) = 5.43, P < 0.01$) compared to the control group, reduced the average anxiety in children.**Discussion:** Based on the findings of the present research, it can be concluded that cognitive behavioral group training for mothers and mindfulness for children can be used to reduce children's anxiety.**Received:** 28 Sep 2022**Accepted:** 22 Nov 2022**Available:** 21 Dec 2022¹. PhD student in general psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.². * **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. ardashir.asadi@yahoo.com³. Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری مادران و آموزش ذهن‌آگاهی کودکان بر اضطراب کودکان ۹ تا ۱۲ سال دختر و پسر

کریستینه سروب آرزومانیان^۱، جوانشیر اسدی^{۲*}، هانده صابری^۳

چکیده

مشخصات مقاله

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری مادران و آموزش ذهن‌آگاهی کودکان بر اضطراب کودکان ۹ تا ۱۲ سال بود.

روش پژوهش: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان ۹ تا ۱۲ سال دختر و پسر مدارس ابتدایی ارامنه در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها ۳۰ کودک با روش نمونه‌گیری دردسترس براساس خط برش سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخنباخ (۲۰۰۱) انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آموزش شناختی رفتاری برای مادران، ذهن‌آگاهی برای کودکان و گروه گواه گمارده شدند. مادران گروه مداخله اول ۸ جلسه آموزش شناختی رفتاری هر جلسه ۹۰ دقیقه و کودکان گروه مداخله دوم ۸ جلسه آموزش ذهن‌آگاهی هر جلسه ۹۰ دقیقه را دریافت کردند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش گروهی شناختی- رفتاری برای مادران و آموزش گروهی ذهن‌آگاهی برای کودکان در مقایسه با گروه گواه میانگین اضطراب را در کودکان کاهش داد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش گروهی شناختی رفتاری مادران و ذهن‌آگاهی به کودکان می‌تواند برای کاهش اضطراب کودکان استفاده شود.

واژگان کلیدی

آموزش شناختی- رفتاری، اضطراب، ذهن‌آگاهی، کودکان، مادران

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

^۲ * نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران، ardeshir.asadi@yahoo.com

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مقدمه

از آنجاکه کودکان در آستانه سن نوجوانی در معرض تجربه کردن رویدادهای مختلفی در محیط همسالان و دوستان، مدرسه و خانه قرار دارند، مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب^۱ را به میزان زیادی تجربه می‌کنند (یاروویی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان تنها یکی از استان‌های ایران، ۱۰/۴ درصد عنوان شده و مشخص شده ۹/۴۲ درصد موارد دارای اختلال‌های افسردگی نیز به اختلال‌های اضطرابی هم دچار هستند (نصیری و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر مشکلات سلامت روان به‌طور فزاینده‌ای در کودکان و نوجوانان افزایش یافته و با توجه به تأثیرات منفی که این مشکلات بر رشد روانی-هیجانی و اجتماعی کودکان دارند، نگرانی‌هایی را در سطح جامعه پدیدار ساخته است. به این ترتیب متخصصان سلامت کودک بر اهمیت و ضرورت تشخیص مشکلات کودکان و همین‌طور ارائه رویکردهای درمانی مناسب برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی آن‌ها بیش از پیش تأکید دارند. اقدامات به‌موقع جهت تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است (مورلی و نت^۳، ۲۰۱۹). اضطراب از جمله شایع‌ترین نشانه‌های روان‌پزشکی و حالت روان‌شناختی که مشخصه آن انتظارهای نگران‌کننده و ترس است (آفتاب، ۲۰۱۷). اضطراب مفهومی است چندبعدی و دارای سطوح مختلف که به‌عنوان پدیده‌ای بدنی، شناختی، عاطفی و بین‌فردی جلوه‌گر می‌شود (گلاستون^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

تجارب اولیه فرد با والدین و یا نوع رابطه هیجانی او با والدین در دوران کودکی در تبیین سبب‌شناسی مشکلات اضطرابی از اهمیت زیادی برخوردار است. نگاهی ژرف به ساختار خانوادگی کودکان مضطرب نشان می‌دهد نشانگان اضطرابی علاوه‌بر کودک در یکی از افراد خانواده، مخصوصاً والدین و غالباً مادر وجود دارد (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۷؛ برنستاین^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات خانوادگی و ژنتیکی گویای افزایش خطر ابتلا به اضطراب در فرزندان والدین مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. انتقال بین‌نسلی عوامل خطر، ممکن است بازتابی از عوامل ژنتیکی به‌خصوص اضطراب و افسردگی والدین باشد که در قالب مؤلفه‌های تربیتی ظهور یافته است (چاپمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۲) و موجب کنترل و یا طرد افراطی کودکان می‌شود و احساس رقابت را در کودک محدود و رفتار مضطربانه و اجتنابی را تشویق می‌کند (پیرنیا و همکاران، ۲۰۱۷).

درمانگران به‌واسطه درمان‌هایی چون روش‌های شناختی رفتاری به کودکان و والدین کودکانی که از اضطراب در رنج‌اند، افکار، هیجان‌ها و رفتارهای سازش‌یافته را می‌آموزند (استالارد^۷، ۲۰۲۳). براساس رویکرد شناختی-رفتاری^۸ نوع احساس آدم‌ها به نحوه تعبیر و تفکر آن‌ها درباره موقعیت‌ها ربط دارد. فرض رویکرد شناختی-رفتاری که توسط بک^۹ ۱۹۶۷ و آلیس^{۱۰} ۱۹۵۸ ارائه شده این است که فرآیندهای شناختی مانند باورهای بی‌فایده، افکار غیرمنطقی و ادراک تحریف شده، اساس درک و درمان اختلال‌های روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد (بک^{۱۱} و بک، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) رابطه علی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارد؛ هیجان‌های منفی در این رویکرد به‌عنوان الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان‌که در افکار اضطرابی و افراد افسرده دیده می‌شود) نگریسته می‌شوند (ویلابو و کامپتون^{۱۲}، ۲۰۱۹). در این رویکرد مشکلات، زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های نظام‌مند در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (مروین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری، بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس در شکل‌گیری اضطراب مادران و فرزندان تأکید دارد (باول^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۴).

به‌نظر می‌رسد که به‌واسطه درمان شناختی رفتاری می‌توان مشکلات روان‌شناختی کودکان را به‌واسطه ارائه این چنین رویکردهایی برای والدین‌شان کاهش داد. زیرا که، بهبود رابطه والد-فرزند از طریق مداخلات مناسب نقش موثری در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان دارد و در پژوهش‌های پیشین نیز مشارکت

1. Anxiety

2. Yarovaisi, F.

3. Morelli, V., & Nettey, C.

4. Gloston, G.

5. Burstein, M.

6. Chapman, L.

7. Stallard, P.

8. Cognitive Behavior Perspective

9. Beck, A. T.

10. Ellis, A.

11. Beck, J. S.

12. Villabø, M. A., & Compton, S. N.

13. Merwin, R.

14. Yovel, I.

والدین در درمان رفتاری شناختی برای کودکان دچار اضطراب و دیگر مشکلات سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، در پژوهش کرامتی و همکاران (۲۰۱۵) درمان شناختی- رفتاری مادر- کودک باعث کاهش معنادار اضطراب اجتماعی، افزایش جرأت‌ورزی و عزت‌نفس کودکان گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه گردید. در پژوهشی که توسط بشکوفه و همکاران (۲۰۲۲) انجام شد، نتایج نشان داد آموزش مدیریت رفتار " و "درمان شناختی- رفتاری" به مادران باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای و بهبود سازگاری اجتماعی در نوجوانان شد. طبق نتایجی که از پژوهش جوادی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) حاصل شد، درمان شناختی- رفتاری برای مادران می‌تواند کیفیت زندگی مادران را ارتقاء و در عوض پرخاشگری نوجوانان دختر را کاهش دهد. در پژوهش والزاک^۲ و همکاران (۲۰۱۷) کودکانی که والدین آن‌ها به‌طور فعال در درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند، بهبودی قابل توجهی را در نشانگان اختلال‌های اضطرابی از پیگیری ۶ ماهه تا ۳ ساله نسبت به کودکانی که مشارکت والدین محدود داشتند، نشان دادند.

به نظر می‌رسد در ذهن‌آگاهی^۳ به‌واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کودک نسبت به فعالیت‌های روزانه، خودآگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد، از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند، از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود و از این‌رو در کاهش اضطراب کودکان مؤثر است (باترفیلد^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است (مورگان^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی از دهه ۱۹۷۰ چندین برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کمک به افرادی که شرایط مختلف روانی را تجربه می‌کنند، ارائه کرده است (یانگواس^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این‌که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به‌همراه دارد (هاوس و اسوینی^۷، ۲۰۲۲). ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود (ناپهال^۸ و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهن‌آگاهی شامل خودتنظیمی توجه و جهت‌گیری به‌سمت لحظه حال است. فرض اصلی زیربنای شیوه‌های ذهن‌آگاهی این است که تجربه لحظه حال بدون قضاوت و آشکارا می‌تواند به‌طور مؤثر با اثرات عوامل تنش‌زا مقابله کند، زیرا جهت‌گیری بیش از حد به گذشته یا آینده در هنگام برخورد با عوامل تنش‌زا می‌تواند با احساس افسردگی و اضطراب مرتبط باشد (هافمن^۹ و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، ذهن‌آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد (آگنولی و وانوسی^{۱۰}، ۲۰۲۰). افرادی که از ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند (شامبلو و سگال، ۲۰۲۲). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از چرخه معیوب تشدید خلق و افکار منفی گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، به رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سولم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). تمرین مراقبه که تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به‌صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر، مورد مقایسه قرار می‌گیرند- ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات نظارتی مثبت بر روی احساسات است (جانکوسکی و هولاس^{۱۲}، ۲۰۱۴).

1. Javadi, S.
2. Walczak, M.
3. Mindfulness
4. Butterfield, K. M.
5. Morgan, L. P. K.
6. Yanguas, J.
7. Hawes, J., & Sweeny, K.
8. Nauphal, M.
9. Hofmann, S. G.
10. Agnoli, S., & Vannucci, M.
11. Solem, S.
12. Jankowski, T., & Holas, P.

همان‌طور که در پژوهش‌های پیشین ذکر شده است، ذهن‌آگاهی، درمانی مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی معرفی شده است. به‌عنوان مثال، میرحسینی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی با بهره‌گیری از کسب آگاهی نسبت به هیجان‌ها، آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن و به‌کارگیری ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره می‌تواند به‌عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود کاهش اضطراب و بهبود خودتنظیمی هیجانی در کودکان با اختلال اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. نتایج پژوهش عارفی و رفعت (۲۰۲۲) نشان داد روش تلفیقی آموزش ذهن‌آگاهی و نوروفیدبک بر اضطراب تأثیر معنی‌دار داشته است. هافمن و همکاران (۲۰۱۰) نیز ذهن‌آگاهی را درمانی مؤثر در کاهش اضطراب معرفی کرده‌اند. در پژوهشی که توسط حسینی و منشئی (۲۰۲۰) انجام شد، نتایج نشان داد درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۲ سال دارای علائم افسردگی تأثیر معناداری داشته است و این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ کند. در پژوهش کرسیتینی^۱ و همکاران (۲۰۱۶) ذهن‌آگاهی و مراقبه بر توجه و بهزیستی روان‌شناختی کودکان سنین دبستان اثربخش بود. مسائل و مشکلاتی که کودکان در آستانه سن نوجوانی با آن‌ها روبرو هستند؛ آن‌ها را مستعد اضطراب می‌سازد و ارائه آموزش‌ها و درمان‌های لازم به والدین آن‌ها به‌ویژه مادران نه تنها بر توانایی مقابله آن‌ها با این موقعیت اثرگذار است، بلکه میزان آسیب‌پذیری آن‌ها را بسیار کاهش می‌دهد و انجام مداخلات مؤثر در این زمینه از ضروریات پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. از این‌رو، پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخگویی به سؤال زیر بود:

آیا در اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری مادران و آموزش ذهن‌آگاهی کودکان بر اضطراب کودکان تفاوت وجود دارد

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، تمام دانش‌آموزان ۹ تا ۱۲ سال دختر و پسر مدارس ابتدایی ارامنه در شهر تهران بود. از بین آن‌ها با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر گروه ۷ نفر پیشنهاد شده است (ون وورهایس و مورگان^۲، ۲۰۰۷)، تعداد ۳۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش سن ۹ تا ۱۲ سال و از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش تحصیلات زیردیپلم برای مادران، متارکه والدین کودک، عدم زندگی مشترک والدین، وجود بیماری‌های روانی شدید و مزمن در مادران و کودک مانند افسردگی شدید، اضطراب شدید، سوء‌مصرف مواد و اختلال‌های شخصیت بود.

ب) ابزار

سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخنباخ^۳ (۲۰۰۱). سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا^۴ (۲۰۰۱) که برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال ساخته شده، شامل ۱۱۳ گویه است که ۸ خرده‌مقیاس اضطراب/ افسردگی شامل گویه‌های ۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱ و ۱۱۲؛ گوشه‌گیری/ افسردگی شامل گویه‌های (۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲ و ۱۰۳) و (۱۱۱)؛ شکایات جسمانی شامل گویه‌های (۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶a، ۵۶b، ۵۶c، ۵۶d، ۵۶e، ۵۶f، ۵۶g و ۵۶h)؛ مشکلات اجتماعی شامل گویه‌های (۱۱، ۱۲، ۲۵، ۲۷، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۸، ۶۲، ۶۴ و ۷۹)؛ مشکلات تفکر شامل گویه‌های (۹، ۱۸، ۴۰، ۴۶، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۶، ۷۰، ۷۶، ۸۰، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۲ و ۱۰۰)؛ مشکلات توجه مربوط به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شامل گویه‌های (۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۴۱، ۶۱ و ۷۸)؛ رفتار قانون‌شکنی شامل گویه‌های (۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱ و ۱۰۵) و رفتار پرخاشگری شامل گویه‌های (۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴) را در یک طیف لیکرت ۳ درجه‌ای از ۰ تا ۲ مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ به‌طوری که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. اگر نمره T فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده نرمال یا غیربالینی و اگر نمره T بین ۶۳-۶۰ باشد در محدوده مرزی بالینی و اگر نمره T بزرگ‌تر از ۶۳ باشد در محدوده بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های ۸ مشکل یا سندرم عاطفی - رفتاری اگر نمره T فرد کمتر از ۶۵ باشد در محدوده نرمال یا غیربالینی و اگر نمره T بین ۶۵-۶۹ باشد در محدوده مرزی - بالینی و اگر نمره T بزرگ‌تر از ۶۹ باشد در محدوده بالینی قرار دارد. در پژوهش آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹۷ و روایی محتوایی (انتخاب منطق گویه‌ها و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات، روایی ملاکی) با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4 و روایی‌سازه (روابط درونی

1. Crescentini, C.

2. Van Voorhis, C., & Morgan, B.

3. Achenbach Child Behavior Checklist

4. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A.

مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است. در پژوهش مینایی (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرونباخ برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی برای این ابزار روایی مطلوبی گزارش شده است.

ج) معرفی برنامه آموزشی

بسته آموزشی ذهن آگاهی به کودکان. در پژوهش حاضر بسته آموزشی ذهن آگاهی به کودکان براساس پروتکل ارائه شده توسط شرمان^۱ (۲۰۲۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار اجرا شد.

جدول ۱. بسته آموزشی ذهن آگاهی به کودکان

جلسات	محتوی	روش
جلسه اول	معرفی اعضا و درمانگر، معرفی آموزش ذهن آگاهی، چطور می‌توانیم به ذهن آگاهی برسیم	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان،
جلسه دوم	آموزش تنفس ذهن آگاهانه، آگاهی به محیط پیرامون	فیلم آموزشی، ایفای نقش؛ کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان
جلسه سوم	مرور جلسات قبل، آگاهی به حواس، گوش دادن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه چهارم	مرور جلسات قبل، چشیدن ذهن آگاهانه، بوییدن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، حرکت ذهن آگاهانه	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه پنجم	مرور جلسات قبل، ذهن آگاهی به افکار	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه ششم	مرور جلسات قبل، ذهن آگاهی به هیجانات	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه هفتم	مرور جلسات قبل، ذهن آگاهی به روابط	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه هشتم	مرور کلیه جلسات، جمع‌بندی، اجرای آزمون ذهن آگاهی، خداحافظی	کارت‌های فعالیت ذهن آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی

بسته آموزشی گروهی شناختی رفتاری به والدین. در پژوهش حاضر بسته آموزشی گروهی شناختی رفتاری به والدین براساس پروتکل ارائه شده توسط قهاری (۲۰۲۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار اجرا شد.

جدول ۲. بسته آموزشی گروهی شناختی رفتاری به والدین کودکان مضطرب (قهاری، ۲۰۲۰)

جلسات	محتوی	روش
جلسه اول	معرفی اعضا و درمانگر، تعیین هدف درمانگری و قوانین گروه، شناسایی موقعیت‌های اضطرابی کودک	آموزش، گفتگو،
جلسه دوم	آموزش افزایش ارتباط مثبت میان والد و کودک	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه سوم	دلایل مشکلات رفتاری، ویژگی‌های کودکان ۹-۱۲ ساله، اصول تحسین مؤثر	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه چهارم	آموزش مدل ABC، شناسایی خطاهای فکری، افکار و احساسات والدین نسبت به کودکشان	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه پنجم	آموزش استفاده از پیامدهای مثبت و منفی، ایجاد قوانین خانواده	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی، آموزش مدیریت خشم و استرس	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه هفتم	تمرین ذهن آگاهی و مدیریت خشم	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات، اجرا پس آزمون، خداحافظی	آموزش، گفتگو، ایفای نقش

1. Sherman, H.

د) روش اجرا

پس از کسب مجوز و ارائه آن به مسئولین مدرسه و هماهنگی با مسئولین و والدین و همین‌طور شرح اهداف پژوهش برای آن‌ها و کسب رضایت آگاهانه والدین و همین‌طور شرح چگونگی برگزاری جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها، ابزار پژوهش جهت غربالگری اجرا و کودکانی که نمره بالاتر از خط برش دریافت کردند، انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه مداخله اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شناختی رفتاری برای مادران و گروه مداخله دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ذهن آگاهی برای کودکان را دریافت کردند. در این مدت گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر^۱ و تحلیل واریانس یک‌راهه و چندمتغیری، شاپیرو-ویلک^۲، لون^۳، ام باکس^۴، آزمون کرویت موخلی^۵ و بن‌فرونی^۶ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن کودکانی که مادران آن‌ها در گروه شناختی رفتاری شرکت داشتند به ترتیب برابر با $۱۰/۶۰ \pm ۰/۷۰$ ، میانگین و انحراف معیار سن کودکان شرکت‌کننده در گروه ذهن آگاهی به ترتیب برابر با $۱۰/۴۰ \pm ۱/۰۷$ و میانگین و انحراف معیار سن کودکان حاضر در گروه گواه به ترتیب برابر با $۱۰/۶۰ \pm ۰/۸۴$ بود. میانگین و انحراف معیار سن مادران شرکت‌کنندگان در گروه شناختی رفتاری به ترتیب برابر با $۳۹/۱۰ \pm ۵/۸۸$ ، گروه ذهن آگاهی به ترتیب برابر با $۳۸/۳۰ \pm ۶/۵۷$ و گروه گواه به ترتیب برابر با $۳۸/۸۰ \pm ۵/۱۴$ بود. در گروه شناختی رفتاری میزان تحصیلات مادر ۲ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۱ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه ذهن آگاهی میزان تحصیلات مادر ۲ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. همچنین در گروه گواه میزان تحصیلات مادر ۳ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۱ نفر بالاتر از دیپلم بود. لازم به توضیح است که جنسیت فرزندان ۶ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه شناختی رفتاری دختر و ۴ پسر بود و در دو گروه دیگر این پژوهش ۵ دختر و ۵ پسر حضور داشتند. جدول ۳ یافته‌های توصیفی مرتبط با اضطراب فرزندان شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلک

گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
آموزش شناختی رفتاری	میانگین	۱۲/۳۰	۱۰/۸۰	۱۰/۲۰
	انحراف معیار	۱/۳۴	۱/۴۰	۱/۶۲
	شاپیرو-ویلک	$۰/۸۵۵(p=۰/۰۶۷)$	$۰/۸۶۶(p=۰/۰۸۹)$	$۰/۸۶۹(p=۰/۰۹۸)$
آموزش ذهن آگاهی	میانگین	۱۲/۴۰	۱۱/۲۰	۱۰/۷۰
	انحراف معیار	۲/۱۲	۲/۲۵	۲/۱۱
	شاپیرو-ویلک	$۰/۸۸۴(p=۰/۱۴۴)$	$۰/۹۴۹(p=۰/۰۶۶۲)$	$۰/۹۲۷(p=۰/۰۴۲۱)$
گواه	میانگین	۱۲/۶۰	۱۲/۸۰	۱۳/۰۰
	انحراف معیار	۲/۳۲	۱/۵۵	۱/۳۳
	شاپیرو-ویلک	$۰/۸۷۲(p=۰/۱۰۶)$	$۰/۸۵۰(p=۰/۰۵۸)$	$۰/۹۱۸(p=۰/۰۳۴۴)$
آزمون لون		$F=۰/۶۴, p=۰/۵۳۷$	$p=۰/۴۱۶$ $F=۰/۹۱$	$F=۰/۷۴, p=۰/۴۸۹$

جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به اضطراب در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به اضطراب در سه گروه و در سه مرحله است. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، برقراری/عدم

1. analysis of variance with repeated measurements method

2. Shapiro-Wilk

3. Levene

4. Box's M

5. Mauchly's Test of Sphericity

6. Bonferroni

برقراری مفروضه همگنی واریانس خطاها در بین سه گروه پژوهش با استفاده از آزمون لون مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که تفاوت واریانس‌های خطای اضطراب در سه گروه پژوهش به لحاظ آماری معنادار نیست. براین اساس می‌توان گفت مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای داده‌های مربوط به اضطراب برقرار است. لازم به ذکر است که استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه نیز نشان داد که پیش از اجرای متغیر مستقل بین گروه‌ها به لحاظ میانگین اضطراب تفاوت معناداری وجود ندارد ($F(2, 27) = 0.060, P > 0.05$). بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از عضویت گروهی برای داده‌ها برقرار است. همچنان که پیش‌تر اشاره شد داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش طرح واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد و نتایج نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیر وابسته برقرار است ($F(1, 27) = 1.31, P = 0.208$). در ادامه نتایج تحلیل چندمتغیری نشان داد که ارزش F در سطح 0.01 معنادار است ($F(5, 84) = 0.584$) لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0.236$ ، $P = 0.001$ ، $F(4, 82) = 4.01$ ، گفتنی است که شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از آزمون موخلی^۱ ارزیابی و نتایج نشان داد که ارزش مجذور کای در سطح 0.05 غیر معنادار است ($\chi^2(2) = 2.01, W = 0.944, P > 0.05$). این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای متغیر وابسته برقرار است. جدول ۲ نتایج مدل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۴. اثرات گروه، زمان و گروه × زمان در تحلیل طرح واریانس با اندازه‌گیری مکرر

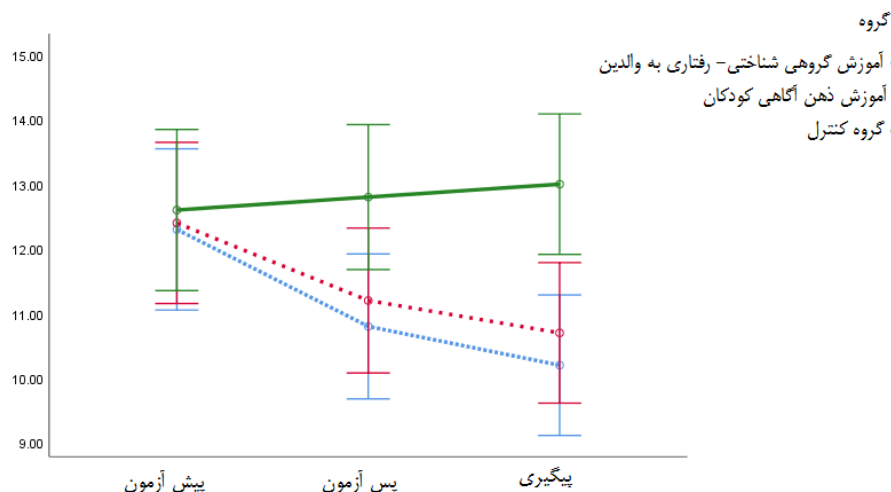
اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	η^2
اثر زمان	۱۹/۲۶۷	۳۴/۷۰۰	۲ و ۲۷	۱۴/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
اثر گروه	۴۸/۶۸۹	۲۲۴/۲۰۰	۲ و ۲۷	۲/۹۳۲	۰/۰۷۰	۰/۱۷۸
اثر تعاملی گروه × زمان	۱۸/۷۷۸	۴۵/۲۰۰	۴ و ۵۴	۵/۶۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر اضطراب در سطح 0.01 معنادار است ($F(4, 36) = 5.608, P = 0.001, \eta^2 = 0.294$). این مطلب بیانگر آن است که دست‌کم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیر مستقل یا گروه گواه اضطراب فرزندان را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. حال سؤال این است که اثر کدام یک از متغیر مستقل در مقایسه با کدام متغیر مستقل دیگر یا گروه گواه معنادار است؟ برای پاسخ به این سؤال تحلیل سه بار تکرار و در هر بار تنها اثر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۵ ارائه شده است. در جدول ۵ تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها تکرار شد است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت زمان‌ها	
				تفاوت میانگین	خطای معیار
شناختی- رفتاری	ذهن‌آگاهی	۳/۳۱۱	۱/۷۸۶	۰/۲۱۲	شناختی- رفتاری
	گواه	-۶/۷۵۶	۱/۷۸۶	۰/۰۰۱	
	گواه	-۱۰/۰۶۷	۱/۷۸۶	۰/۰۰۱	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۶۷	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱	پیش‌آزمون
	پیگیری	۲/۹۳۳	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱	
	پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰	

جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار آموزش شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی با گروه گواه بود. جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار و نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی در گروه‌های آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.



شکل ۱. نمودار مربوط به تغییرات اضطراب کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله

نمودار شکل ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب کودکان در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. در مقابل چنین کاهشی در میانگین نمرات اضطراب کودکان گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش گروهی شناختی- رفتاری به مادران و آموزش گروهی ذهن‌آگاهی به کودکان در مقایسه با گروه گواه میانگین اضطراب را در کودکان کاهش داد و بین اثربخشی این دو رویکرد تفاوتی وجود ندارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری به مادران در کاهش اضطراب کودکان با پژوهش‌های کرامتی و همکاران (۲۰۱۵)؛ بشکوفه و همکاران (۲۰۲۲)؛ جوادی و همکاران (۲۰۲۰) و والزاک و همکاران (۲۰۱۷) و آموزش گروهی ذهن‌آگاهی به کودکان در کاهش اضطراب آن‌ها با پژوهش‌های میرحسینی و همکاران (۲۰۲۲)؛ عارفی و رفعت (۲۰۲۲)؛ حسینی و منشی (۲۰۲۰)؛ کرسینتینی و همکاران (۲۰۱۶) و هافمن و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری از جمله مداخلات روان‌شناختی است که بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر به‌سزائی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است (یاول و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، این رویکرد هیجان‌های منفی را پیامد الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و همچنین الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش به زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان‌که در افراد مضطرب دیده می‌شود) در نظر می‌گیرد. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های نظام‌مند در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (ویلابو و کامپتون، ۲۰۱۹). به‌طور کلی چنین به‌نظر می‌رسد، شناخت‌واره‌های مادرانی که کودکان‌شان از اضطراب در رنجند، مملو از مضامین شناختی ناسازگارانه‌ای است که احساسات و هیجان‌های ناکارآمد و رفتارهای مخرب والدگرانه را در وی سبب می‌شود. از آنجا که تفکر این مادران بسیار سوءگیری دارد و با سبک‌های پردازش اطلاعات مخرب و سوءگیرانه به مسائل و مشکلات خود پاسخ می‌دهند و همین‌طور به‌دلیل افکار و هیجان‌های منفی که در ذهن خود پروراندند، ممکن است رفتارهای غیرقابل کنترل در مقابل فرزندشان از خود نشان بدهند که لزوم بررسی سبک‌های پردازش اطلاعات را در این مادران نمایان می‌سازد. درمان شناختی رفتاری به مادر، فنون عملی برای چگونگی تجدیدنظر در افکار منفی و به‌کارگیری مهارت‌های رفتاری برای والدگری کارآمد را یاد می‌دهد. همچنین، روش‌های درمان شناختی می‌توانند به این مادران کمک کنند تا به ریشه افکار منفی خود برسند و دریابند که چرا چنین افکار و احساساتی را خود و فرزندشان تجربه می‌کنند و برای کاهش اضطراب فرزندشان و برقراری روابط والد- کودک چه باید انجام دهند.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی می‌توان گفت ذهن‌آگاهی را می‌توان به توجه و آمادگی ذهنی تعبیر کرد که فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می‌افتد؛ می‌سازد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (آگنولی و وانوسی، ۲۰۲۰). به همین علت، مداخلات ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به‌خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به‌صورت عمیق مورد توجه قرار دهند و رابطه بین شناخت- عاطفه را تبیین نمایند (جانکوسکی و هولاس، ۲۰۱۴). در طول درمان ذهن‌آگاهی، رشد حالت غیرارزیابانه توجه آگاهی

ممکن است انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد و در نتیجه، فرایندهای شناختی و هیجانی را بهبود بخشد (مورگان و همکاران، ۲۰۱۶). بدین ترتیب، همچنانکه هافمن و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند، از آنجاکه ذهن‌آگاهی بر روی کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار تأثیر مثبت به‌جای می‌گذارد، اضطراب را کاهش می‌دهد (هافمن و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع، می‌توان گفت که چون ذهن‌آگاهی به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند می‌تواند در کاهش اضطراب تأثیرگذار باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله سالم کنند (ناپهال و همکاران، ۲۰۲۲).

همسو با این یافته‌ها، حسینی و منشئی (۲۰۲۰) نتیجه گرفتند که چون ذهن‌آگاهی، احساسی بدون قضاوت و فراتر از آگاهی است که به دیدن واضح و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های بدنی همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند؛ بنابراین کودکانی که از اضطراب رنج می‌برند، از طریق آموزش ذهن‌آگاهی فرا می‌گیرند 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. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت در رویکرد ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان کمک می‌شود تا به‌جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، روی راه‌های حل آن تمرکز کنند و در جریان مداخلات ذهن‌آگاهی به‌جای این که فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می‌کند؛ بدین ترتیب کودکان را از اضطراب می‌رهاند.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر به جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس استفاده شده است. ممکن است ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی-اقتصادی و متغیرهای مرتبط با والدین مانند سبک والدگری که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. در پژوهش‌های آتی متغیرهای تأثیرگذار احتمالی مانند طبقه اجتماعی-اقتصادی و سبک‌های والدگری والدین کنترل و بررسی شود. نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر را افراد غیربالینی تشکیل می‌دادند، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در مورد نمونه‌های بالینی در مراکز روان‌درمانی و بیمارستان‌ها با شکایت اضطراب و تحت درمان با در نظر گرفتن احتمال اثر گذاشتن فرآیند درمان بر نتایج پژوهش انجام گیرد و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

انجام درمان شناختی-رفتاری گروهی برای والدین و درمان ذهن‌آگاهی برای حل مشکلات دانش‌آموزان به‌ویژه در مجامع آموزشی و تحصیلی به‌خاطر این که در مدت زمان کمتری تعداد افراد بیشتری می‌توانند مورد ارتقاء و درمان قرار بگیرند، پیشنهاد می‌شود. از آنجا که نمونه مورد بررسی را در پژوهش حاضر افراد غیربالینی تشکیل می‌دادند به مسئولین آموزش و پرورش، بالینگران و درمانگران پیشنهاد می‌شود، آموزش‌های همگانی و همین‌طور خدمات بهداشت و سلامت روان را طوری ترتیب دهند که این کودکان و نوجوانان بتوانند به‌طور رایگان و به‌سهولت از این خدمات بهره‌گیرند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان مرکز مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای در قالب یک بیانیه پیرامون تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شده، همچنین پروتکل‌های تحقیق حاضر در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان تأیید شده است. در این راستا در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن و رازداری رعایت شده است. دانش‌آموزان به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام داشتند و جهت اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شده است که در منزل توسط والدین‌شان انجام شده است.

حامی مالی: اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین محترم آموزش و پرورش شهر تهران و دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. New York: Guilford Press.
- Aftab, R. (2017). Mediating role of interpersonal problems in the relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology, 10*(40), 523-542.
- Agnoli, S., & Vannucci, M. (2020). Mindfulness. In S. Pritzker & M. Runco (Eds.), *Encyclopedia of Creativity (Third Edition)* (pp. 168-173). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23851-0>
- Arefi, M., & Rafat, H. (2022). The combined effectiveness of mindfulness training and neurofeedback on improving anxiety in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) during the COVID-19 crisis. *Journal of Modern Psychological Researches, 17*(66), 151-158. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15275>
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Beshkoufeh, M., GholamzadehJefreh, M., & Sodani, M. (2022). The Effectiveness of “Behavior Management Training” and “Cognitive-Behavioral Therapy” for Mothers on Oppositional Defiant and Social Adjustment of Their Teenage Children [Research]. *Journal of Nursing Education, 10*(2), 25-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.25>
- Burstein, M., Ginsburg, G. S., & Tein, J. Y. (2010). Parental anxiety and child symptomatology: an examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. [Corrected]. *Journal of abnormal child psychology, 38*(7), 897–909. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9415-0>
- Butterfield, K. M., Roberts, K. P., Feltis, L. E., & Kocovski, N. L. (2020). Chapter Seven - What is the evidence in evidence-based mindfulness programs for children? In J. B. Benson (Ed.), *Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 58, pp. 189-213). JAI. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2020.01.007>
- Chapman, L., Hutson, R., Dunn, A., Brown, M., Savill, E., & Cartwright-Hatton, S. (2022). The impact of treating parental anxiety on children’s mental health: An empty systematic review. *Journal of Anxiety Disorders, 88*, 102557. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102557>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S., & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-Oriented Meditation for Primary School Children: Effects on Attention and Psychological Well-Being. *Frontiers in psychology, 7*, 805. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00805>
- Ghahhari, Sh. (2020). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Tehran: Zarkoob.
- Gloston, G., Sustafta, M. A., Ramirez, A. C., Weinzimmer, S. A., Viana, A. G., Storch, E. A., & Schneider, S. C. (2021). Chapter 39 - Cognitive behavioral therapy in children with anxiety disorders. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & R. Rajendram (Eds.), *Diagnosis, Management and Modeling of Neurodevelopmental Disorders* (pp. 437-446). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817988-8.00039-7>
- Hawes, J., & Sweeny, K. (2022). Mindfulness. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00090-4>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoseini, L., & Manshaei, G. (2020). Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Therapy on 8-12 Year-Old Children with Depression Symptoms [Research]. *Quarterly Journal of Child Mental Health, 7*(1), 331-350. <https://doi.org/10.29252/jcmh.7.1.21>
- Jankowski, T., & Holas, P. (2014). Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition, 28*, 64-80. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
- Javadi, S., Golparvar, M., & Izadi, R. (2020). Comparison of the Effectiveness of three methods of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life of Mothers and Aggression of Female adolescents with Behavioral Problems [Research]. *Journal of Nursing Education, 8*(3), 79-92. <http://ijpn.ir/article-1-1545-fa.html>
- Keramati, K., Zargr, Y., Naami, A., Beshlide, K., & Davodi, I. (2015). The effects of child GCBT and mother-child GCBT on fifth and sixth grade students’ social anxiety, self-esteem and assertiveness in Ahvaz city. *Psychological Achievements, 22*(2), 153-170. <https://doi.org/10.22055/psy.2016.12313>
- Merwin, R., O’Rourke, S., Ives, L., Harstad, S., & Brooks, J. (2019). Chapter 16 - Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies for the Treatment of Anxiety among Children and Adolescents. In S. N. Compton, M. A. Villabø, & H.

- Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 335-357). Academic Press.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00016-5>
- Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms [Applicable]. *Journal of Exceptional Children*, 6(1), 529-558. <http://joec.ir/article-1-416-en.html>
- Mirhoseni, F. A., Asadzadeh, H., Saadipour, E., Delavar, A., & Shilvandi Cholicheh, K. (2022). Effectiveness of mindfulness skills training on emotional self-regulation of children with anxiety disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 65(4). <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.66971.3964>
- Morelli, V., & Nettey, C. (2019). Chapter 1 - Adolescent Health Screening: Toward a More Holistic Approach. In V. Morelli (Ed.), *Adolescent Health Screening: an Update in the Age of Big Data* (pp. 1-5). Elsevier.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66130-0.00001-6>
- Morgan, L. P. K., Danitz, S. B., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)* (pp. 148-155). Academic Press.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0>
- Nasiri, M., mohammadi, M., Ahmadi, N., Alavi, S., Rezazade, H., Ostovar rostami, F., Naderi, H., Sanaee moghadam, F., Rahimi pashakolaei, Z., Barzegar damadi, M., Amiri talar poshti, R., & Hosseini, S. (2019). The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Mazandaran Province [Cross Sectional]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 21(1), 314-319. <https://doi.org/10.22088/jbums.21.1.314>
- Nauphal, M., Cardona, N. D., Morgan, L. P. K., & Eustis, E. H. (2022). Mindfulness-based approaches to mental health. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00053-9>
- Pirnia, B., Rasoulzadeh Tabatabaei, S. K., Pirkhaefi, A., & Soleimani, A. (2017). Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children with Under-Methadone Treatment Mother [Original Research]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(2), 136-147.
<https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.136>
- Shamblaw, A. L., & Segal, Z. (2022). 6.13 - Mindfulness-Based Interventions. In G. J. G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)* (pp. 206-227). Elsevier.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00212-0>
- Sherman, H. (2020). *Mindfulness Workbook for Kids: 60+ Activities to Focus, Stay Calm, and Make Good Choices (Health and Wellness Workbooks for Kids)*. Rockridge Press.
- Solem, S., Thunes, S. S., Hjemdal, O., Hagen, R., & Wells, A. (2015). A Metacognitive Perspective on Mindfulness: An Empirical Investigation. *BMC Psychology*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0081-4>
- Stallard, P. (2023). Chapter 9 - Delivering computerized Cognitive Behavioral Therapy for child and adolescent depression and anxiety. In M. Hodes & P. J. De Vries (Eds.), *Shaping the Future of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 233-254). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91709-4.00002-0>
- Van Voorhis, C., & Morgan, B. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Size. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Villabø, M. A., & Compton, S. N. (2019). Chapter 15 - Cognitive Behavioral Therapy. In S. N. Compton, M. A. Villabø, & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 317-334). Academic Press.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00015-3>
- Walczak, M., Esbjørn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2017). Parental Involvement in Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety Disorders: 3-Year Follow-Up. *Child psychiatry and human development*, 48(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0671-2>
- Yanguas, J., Webb, L., Schulman, J., & Parrish, C. (2022). Mindfulness. In *Reference Module in Biomedical Sciences*. Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00102-3>
- Yarvashi, F., Mihandoust, Z., & Mami, S. (2021). The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Psychological Components (Stress, Anxiety, Depression) and Problem Solving Styles in Students with Depression [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 10(1), 60-73. <http://jhpm.ir/article-1-1197-fa.html>
- Yovel, I., Mor, N., & Shakarov, H. (2014). Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. *Behavior therapy*, 45(4), 482-494.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.02.007>