

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****ARTICLE INFO****Keywords:**

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

Received: 28 Sep 2022**Accepted:** 22 Nov 2022**Available:** 21 Dec 2022**ABSTRACT**

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 ($F(2 & 36) = 8.86, P < 0.01$) 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.

¹. 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. ardeshir.asadi@yahoo.com

³. 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 آرزومنیان^۱، جوانشیر اسدی^{۲*}، هائده 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 ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها ۳۰ کودک با روش نمونه‌گیری دردسترس براساس خط برش سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخباخ (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 (یارویسی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان تها 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 (تصیری و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر مشکلات سلامت روان به طور 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 بهموقوع جهت تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است (مورلی و نتی، 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 به عنوان پدیده‌ای بدنه، شناختی، عاطفی و بین‌فردي جلوه‌گر می‌شود (گلاستون^۳ 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؛ برنستاين^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات خانوادگی و ژنتیکی گویای افزایش خطر ابتلا به اضطراب در فرزندان والدین مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. انقال بین‌نسلی عوامل خطر، ممکن است بازتابی از عوامل ژنتیکی بهخصوص اضطراب و افسردگی والدین باشد که در قالب مؤلفه‌های تربیتی ظهور یافته است (چاپمن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲) و موجب کنترل و یا طرد افرادی 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، ۲۰۲۳). براساس رویکرد شناختی-رفتاری^۶ نوع احساس آدم‌ها به نحوه تعییر و تفکر آن‌ها درباره موقعیت‌ها ربط دارد. فرض رویکرد شناختی-رفتاری که توسط بک^۷ و آلیس^۸ (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^۹ 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 به عنوان 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 (همچنان که در افکار اضطرابی و افراد افسرده دیده می‌شود) نگریسته می‌شوند (ویالبو و کامپتون^{۱۰}، 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 تشید کنند (مروین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری، بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس در شکل‌گیری اضطراب مادران و فرزندان تأکید دارد (یاول^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۴).

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

¹. Anxiety

². Yarvaisei, 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 جرأتوزی و عزت نفس 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^۱ و "درمان شناختی- رفتاری" به مادران باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای و بهبود سازگاری اجتماعی در نوجوانان شد. طبق نتایجی که از پژوهش جوادی^۲ 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^۳ و همکاران (۲۰۱۷) کودکانی که والدین آن‌ها به طور فعال در درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند، بهبودی قابل توجهی را در نشانگان اختلال‌های اضطرابی از بیگیری ۶ ماهه تا ۳ ساله نسبت به کودکانی که مشارکت والدین محدود داشتند، نشان دادند.

به نظر می‌رسد در ذهن آگاهی^۴ به واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، کودک نسبت به فعالیت‌های روزانه، خودآگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌باید، 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^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است (مورگان^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). روان‌شناسی بالینی و روان‌پژوهشی از دهه ۱۹۷۰ چندین برنامه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افرادی که شرایط مختلف روانی را تجربه می‌کنند، ارائه کرده است (یانگواس^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص متنه می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تنبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (هاوس و اسوینی^۸، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعديل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود (ناپهال^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهن آگاهی شامل خودتنظیمی توجه و جهت‌گیری به سمت لحظه حال است. فرض اصلی زیربنای شیوه‌های ذهن آگاهی این است که تجربه لحظه حال بدون قضاوت و آشکارا می‌تواند به طور 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^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارت و مدیریت محرك‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد (آکسولی و وانوسی^{۱۱}، ۲۰۲۰). افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند (شامبلو و سگال، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکزکردن فرایند توجه است که بهنوبه خود به جلوگیری از چرخه معیوب تشديد خلق و افکار منفی گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، به رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سولم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵). تمرین مراقبه که تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر، مورد مقایسه قرار می‌گیرند- ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات ناظارتی مثبت بر روی احساسات است (جانکowski و هولاوس^{۱۳}، 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.

همان طور که در پژوهش‌های پیشین ذکر شده است، ذهن‌آگاهی، درمانی مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی معرفی شده است. به عنوان 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 به کارگیری ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود کاهش اضطراب و بهبود خودتنقیمی هیجانی در کودکان با اختلال اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. نتایج پژوهش عارفی و رفت (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 کرداند. 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 کرسینتینی^۱ و همکاران (۲۰۱۶) ذهن‌آگاهی و مراقبه بر توجه و بهزیستی روان‌شناختی کودکان سینین دبستان اثربخش بود.

مسائل و مشکلاتی که کودکان در آستانه سن نوجوانی با آن‌ها رویرو 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 به شمار می‌آید. از این‌رو، پژوهش حاضر به دنبال 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 ارمنه 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 وورهیس و مورگان، 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، سوءصرف مواد و اختلال‌های شخصیت بود.

ب) ابزار

سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخنباخ^۲ (۲۰۰۱). سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا^۳ (۲۰۰۱) که برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال ساخته شده، شامل ۱۱۳ گویه است که ۸ خرده مقیاس اضطراب/ افسردگی شامل گویه‌های ۱۴، ۱۲، ۳۱، ۳۰، ۴۹، ۳۵، ۳۲، ۳۱، ۴۵، ۵۰، ۵۲ و ۹۱؛ گوشگیری/ افسردگی شامل گویه‌های ۵، ۴۲، ۴۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲ و ۱۰۳ و ۱۱۱)؛ شکایات جسمانی شامل گویه‌های (۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶c، ۵۶d، ۵۶e، ۵۶f، ۵۶g و ۵۶h)؛ مشکلات اجتماعی شامل گویه‌های (۱۱، ۱۲، ۲۵، ۳۶، ۳۴، ۲۷، ۴۸، ۳۸، ۶۲، ۶۴، ۶۷ و ۷۹)؛ مشکلات تفکر شامل گویه‌های (۹، ۱۸، ۴۰، ۴۶، ۴۰، ۱۸، ۴۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۸، ۴، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۶، ۹۲، ۸۵، ۸۳، ۸۰، ۷۶، ۷۰، ۸۴، ۷۰، ۸۰، ۱۰۰)؛ مشکلات توجه مربوط به اختلال نارسایی توجه/ بیش-فعالی شامل گویه‌های (۱، ۲، ۲۸، ۲۶، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵ و ۷۸)؛ رفتار قانون‌شکنی شامل گویه‌های (۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۳۹، ۲۸، ۷۳، ۷۲، ۶۷، ۶۳، ۴۳، ۴۳، ۲۸، ۸۱، ۸۲، ۸۲، ۱۰۱، ۹۹، ۹۶، ۹۰ و ۱۰۵) و رفتار پرخاشگری شامل گویه‌های (۳، ۲۷، ۳۷، ۳۷، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۶ و ۶۱) و رفتار ارزیابی قرار می‌دهد؛ به طوری 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 موقع 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 ۶۰-۶۳ باشد در محدوده مرزی بالینی و اگر نمره T بزرگ‌تر از ۶۳ باشد در محدوده بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های ۸ مشکل یا سندروم 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 روابی محتوایی (انتخاب منطق گویه‌ها و استفاده از تحلیل کلاس یک سوالات، روابی ملاکی) با استفاده از مصاحبه روان‌پژوهشی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4 و روابی سازه (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 تمايزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است. در پژوهش مینایی (۲۰۰۶) ضرایب الگای 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 ذهن‌آگاهی به کودکان. در پژوهش حاضر بسته آموزشی ذهن‌آگاهی به کودکان براساس پروتکل ارائه شده توسط شرمان^۱ (۲۰۲۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفت‌های یک بار اجرا شد.

جدول ۱. بسته آموزشی ذهن‌آگاهی به کودکان

جلسات	محنتی	روش
جلسه اول	معرفی اعضا و درمانگر، معرفی آموزش ذهن‌آگاهی، چطور می‌توانیم به ذهن‌آگاهی برسیم	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان،
جلسه دوم	آموزش تنفس ذهن‌آگاهانه، آگاهی به محیط پیرامون	فیلم آموزشی، ایفای نقش؛ کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان
جلسه سوم	مرور جلسات قبل، آگاهی به حواس، گوش دادن ذهن‌آگاهانه، دیدن ذهن‌آگاهانه	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه چهارم	مرور جلسات قبل، چشیدن ذهن‌آگاهانه، بوییدن ذهن‌آگاهانه، لمس کردن ذهن‌آگاهانه، حرکت ذهن‌آگاهانه	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه پنجم	مرور جلسات قبل، ذهن‌آگاهی به افکار	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه ششم	مرور جلسات قبل، ذهن‌آگاهی به هیجانات	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه هفتم	مرور جلسات قبل، ذهن‌آگاهی به روابط	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی ویژه کودکان، ایفای نقش، بازی
جلسه هشتم	مرور کلیه جلسات، جمع‌بندی، اجرای آزمون ذهن‌آگاهی، خداحافظی	کارت‌های فعالیت ذهن‌آگاهی 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	محنتی	روش
جلسه اول	معرفی اعضا و درمانگر، تعیین هدف درمانگری و قوانین گروه، شناسایی آموزش، گفتگو، موقعیت‌های اضطرابی کودک	
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 خطاها 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 ذهن‌آگاهی، آموزش مدیریت خشم و استرس	آموزش، گفتگو، ایفای نقش
جلسه هفتم	تمرین ذهن‌آگاهی 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 همانگی با مسئولین والدین و همین طور 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 ذهن‌آگاهی 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-ولیک^۲، لون^۳، ام باکس^۴، آزمون کروویت 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 $10/60 \pm 0/70$ ، میانگین و انحراف معیار سن کودکان شرکت کننده در گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با $10/40 \pm 0/07$ و میانگین و انحراف معیار سن کودکان حاضر در گروه گواه به ترتیب برابر با $10/60 \pm 0/84$ بود. میانگین و انحراف معیار سن مادران شرکت کننده‌گان در گروه شناختی رفتاری به ترتیب برابر با $39/10 \pm 5/88$ ، گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با $38/30 \pm 6/57$ و گروه گواه به ترتیب برابر با $38/80 \pm 5/14$ بود. در گروه شناختی رفتاری میزان تحصیلات مادر ۲ نفر از شرکت کننده‌گان زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۱ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه ذهن‌آگاهی میزان تحصیلات مادر ۲ نفر از شرکت کننده‌گان زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۳ نفر بالاتر از دیپلم بود. همچنان در گروه گواه میزان تحصیلات مادر ۳ نفر از شرکت کننده‌گان زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۱ نفر بالاتر از دیپلم بود. لازم به توضیح است که جنسیت فرزندان ۶ نفر از شرکت کننده‌گان 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 شرکت کننده‌گان در گروه‌های آزمایش و گواه، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

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

گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
آموزش شناختی رفتاری	میانگین	۱۲/۳۰	۱۰/۸۰	۱۰/۲۰
شاپیرو-ولیک	انحراف معیار	۱/۳۴	۱/۴۰	۱/۶۲
آموزش ذهن‌آگاهی	میانگین	۱۲/۴۰	۱۱/۲۰	$.0/869(p=.0/098)$
گواه	انحراف معیار	۲/۱۲	۲/۲۵	۲/۱۱
شاپیرو-ولیک	میانگین	۰/۸۵۵(p=.0/۰۶۷)	۰/۸۶۶(p=.0/۰۸۹)	$.0/927(p=.0/421)$
آزمون لون	میانگین	۱۲/۶۰	۱۲/۸۰	۱۳/۰۰
	انحراف معیار	۲/۳۲	۱/۵۵	۱/۳۳
	شاپیرو-ولیک	۰/۸۷۲(p=.0/۱۰۶)	۰/۸۵۰(p=.0/۰۵۸)	$.0/918(p=.0/344)$
	F=.۰/۷۶, p=.۰/۴۸۹	F=.۰/۶۴, p=.۰/۵۳۷	F=.۰/۴۱۶, p=.۰/۹۱	

جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص شاپیرو-ولیک مربوط به اضطراب در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار 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 خطاهای در بین سه گروه پژوهش با استفاده 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 خطای 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 ($P > 0.05$) (F(۲, ۶۰) = ۰.۰۷). 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 ($F = 0.208$, $P = 0.741$, $M = 18/74$). در ادامه نتایج تحلیل چندمتغیری نشان داد که ارزش F در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F = 0.584$, $P = 0.236$, $\eta^2 = 0.001$, $\eta^2 = 0.01$, $p = 0.52$) (F(۴, ۵۲) = ۰.۰۱). گفتنی است که شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطای با استفاده از آزمون موخلی^۱ ارزیابی و نتایج نشان داد که ارزش مجذور کای در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است ($p = 0.944$, $w = 0.944$, $\chi^2 = 2.01$). 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 خطای آزادی	F	مقدار احتمال	η^2
اثر زمان	۳۴/۷۰۰	۲۷ و ۲۷	۱۴/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
اثر گروه	۲۲۴/۲۰۰	۲ و ۲۷	۲/۹۳۲	۰/۰۷۰	۰/۱۷۸
اثر تعاملی گروه×زمان	۴۵/۲۰۰	۴ و ۵۴	۵/۶۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه×زمان بر اضطراب در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F = 0.294$, $P = 0.001$, $\eta^2 = 0.001$, $\eta^2 = 0.01$, $p = 0.584$) (F(۴, ۳۶) = ۰.۰۸). این مطلب بیانگر آن است که دست‌کم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیر مستقل با 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.

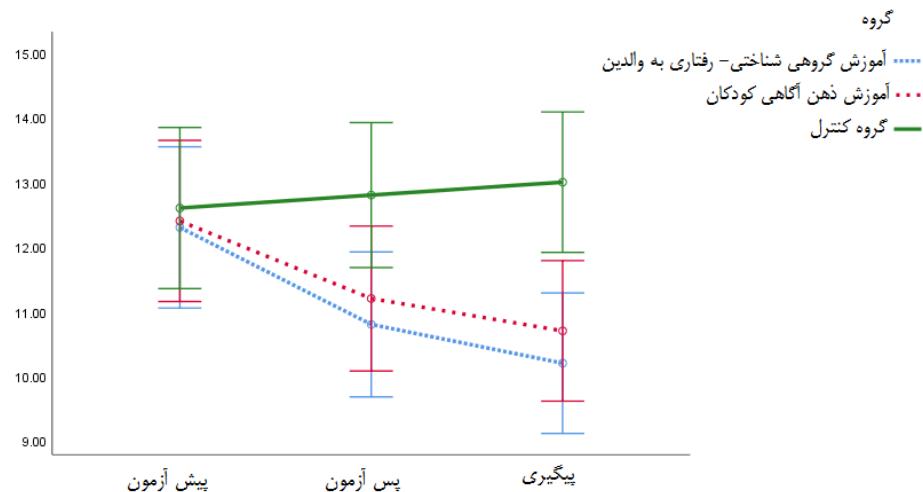
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

تفاوت گروه‌ها			
تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
شناختی- رفتاری	ذهن‌آگاهی	۳/۳۱۱	۰/۲۱۲
شناختی- رفتاری	گواه	-۶/۷۵۶	۰/۰۰۱
ذهن‌آگاهی	گواه	-۱۰/۰۶۷	۰/۰۰۱

تفاوت زمان‌ها			
تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
پس‌آزمون	۳/۴۶۷	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۲/۹۳۳	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	-۰/۰۵۳	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.

¹. Mauchly



شکل ۱. نمودار مربوط به تغییرات اضطراب کودکان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروههای مداخله

نمودار شکل ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب کودکان در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون 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 ذهن آگاهی 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 (۲۰۲۲؛ بشکوفه و همکاران ۲۰۲۰)؛ جوادی و همکاران (۲۰۲۰) و والزاک و همکاران (۲۰۱۷) و آموزش گروهی ذهن آگاهی به کودکان در کاهش اضطراب آنها با پژوهش‌های میرحسینی و همکاران (۲۰۲۲)؛ عارفی و رفعت (۲۰۲۰)؛ حسینی و منشی (۲۰۲۰)؛ کرسیتینی 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 به سزائی 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 تهدیدی یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان که در افراد مضطرب دیده می‌شود) در نظر می‌گیرد. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوء‌گیری‌های نظام‌مند در پردازش اطلاعات در سطح خود کار 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). به طور کلی چنین به نظر می‌رسد، شناخت‌واره‌های مادرانی که کودکان‌شان از اضطراب در رنجند، مملو از مضماین 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 به دلیل افکار و هیجان‌های منفی که در ذهن خود پرورانده‌اند، 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 به کارگیری 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 ذهن آگاهی می‌توان گفت ذهن آگاهی 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 (آننوی و وانوسی، ۲۰۲۰). به همین علت، مداخلات ذهن آگاهی به عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به صورت عمیق مورد توجه قرار دهند و رابطه بین شناخت- عاطفه را تبیین نمایند (جانکوسکی و هو LAS، ۲۰۱۴). در طول درمان ذهن آگاهی، رشد حالت غیرازیابانه 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 (نایپال 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 هیجانات 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، روى راههای حل آن تمکز 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 و الدگری که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشد. 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 مجتمع 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 بهره گیرند.

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 تائید و رضایت اخلاقی دریافت شده، همچنین پروتکل‌های تحقیق حاضر در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان تائید شده است. در این راستا در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن و رازداری رعایت شده است. دانش‌آموزان به صورت 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 والدین شان انجام شده است.

حامي مالي: اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

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

تضاد منافع: نویسنده‌گان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کننده‌گان 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., Sustaíta, 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>
- Shambaw, 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., Breinholt, 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>
- Yarvaisi, 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>