

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۲/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۱/۲۹

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۶
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۱
ص:ص: ۱۴۶-۱۲۹

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم

شهناز ادیبی سده *

محمد علی سپهوندی **

سیمین غلامرضایی ***

چکیده

هدف کلی در پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم بود. طرح پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی از نوع پیش-آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود، جامعه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس و از مادران مراجعه‌کننده به خیریه اتیسم حضرت زینب اصفهان انتخاب شد که از میان آنها تعداد ۲۰ نفر به طور تصادفی، به دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و گواه تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه به منظور سنجش میزان افسردگی و اضطراب مادران و همچنین برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک و افسردگی بک II استفاده شد. گروه آزمایشی تحت درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های افسردگی و اضطراب در افراد گروه آزمایشی بعد از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است. بنابراین، نتایج این پژوهش بر اهمیت کاربرد این مداخله در درمان افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این افراد تأکید دارد.

کلید واژگان: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، مادران کودکان اختلال طیف اتیسم.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه لرستان

** استادیار، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد (نویسنده مسئول)

*** استادیار، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد

masepahvandi@yahoo.com

مقدمه

امروزه یکی از اختلالات شایع در روان‌پزشکی کودکان، اختلالات طیف اوتیسم می‌باشد، به طوری که مرکز کنترل و پیشگیری بیماری آمریکا، شیوع این اختلالات را در سال ۲۰۱۶، یک در ۶۸ گزارش کرده است (Center for Disease Control, 2016). اختلال طیف اوتیسم در گروه اختلالات عصبی- رشدی گنجانده شده و در اوایل رشد آشکار می‌شود. این افراد در صورتی تشخیص داده می‌شوند که کمبودهای مشخص ارتباطی اجتماعی آنها با رفتارهای تکراری مفرط، تمایلات محدود و اصرار بر یکنواختی همراه باشند (American Psychiatric Association, 2013). از نظر درمان، در حال حاضر، هیچ درمانی یا شواهدی، دال بر درمان قابل دسترس، برای کودکان اوتیسم موجود نمی‌باشد (de Bruin, Blom, Smit, Steensel, & Bogels, 2014).

والدین این بیماران گاهی در طی مراحل انجام وظیفه در مورد فرزند مبتلا به اوتیسم خود، ممکن است دچار خستگی، استرس زیاد، فشار روانی و ناامیدی شوند و در معرض ابتلا به افسردگی و اضطراب قرار گیرند، زیرا وجود کودک استثنایی در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (Berjis, Hakim Javadi, Taher, Lavasani, & Hossein Khanzadeh, 2013). به طوری که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، تنیدگی و نگرانی بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند (Shu, Lung, & Chang, 2000) و همین‌طور این مادران نسبت به مادرانی که کودکان سندرم داون داشتند، امید پایین‌تر و نگرانی بیشتر نسبت به آینده گزارش کرده (Ogeston, Mackintosh, & Myers, 2011) و ارتباط مشکلات رفتاری کودک بر زندگی خانوادگی و به دنبال آن بالا رفتن نشانه‌های افسردگی در این مادران تأیید شده است (Kim, Ekas, & Hock, 2016).

مادران معمولاً فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده‌تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند، چرا که وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم، می‌شود و در

مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسؤولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اوتیسم می‌چرخد (Mami & Amirian, 2015)، همین‌طور داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود و مطالعات نشان داده که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، چرا که باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر درباره‌ی کودک اوتیسم، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصله‌ی بیشتر بین آن‌ها می‌شود (Hobart & Smith, 2014).

مادران دارای فرزند اوتیسم احساس گناه و افسردگی شدیدی را تجربه می‌کنند (Gray, 2010) و این افسردگی می‌تواند از طریق ایجاد اختلال در ظرفیت مادر برای ارتباط با فرزندش، با مهارت‌های والدگری او تداخل کند و به علت رابطه معکوس بین افسردگی والدین و انطباق کودکان، مادران مبتلا به افسردگی در مقایسه با مادران غیر افسرده، در روابط خود با کودکان بیشتر منفی عمل می‌کنند و پاسخ‌دهی و درگیری عاطفی کمتری با فرزندشان دارند. سبک والدگری مادران افسرده، با اقتدارگرایی، کنترل، انتقادگری، تأیید و مراقبت مادرانه مشخص می‌شود و این مادران به سبب داشتن فرزندی خاص، بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند. این کودکان به سبب داشتن بعضی ویژگی‌ها مثل انزوا، گوشه‌گیری، احساس تنهایی و ... ممکن است که این ویژگی‌ها را نیز به مادر خود منتقل کنند، مادر نیز به سبب برخی تحریفات شناختی، احتمالاً بیشتر در معرض سؤگیری این ویژگی‌ها قرار گرفته و در نتیجه دچار افسردگی می‌شود (Khormayi, 2011).

اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اوتیسم، دچار واکنش انکار، سر درگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران پرداخته است، اکثر مادران به مشکلات دیگری مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال، مقایسه کودک مبتلا با کودک عادی و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی نیز اشاره کردند که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و در تمامی موارد علائم افسردگی را تجربه می‌کردند (Mami & Amirian, 2015). آن‌ها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌های خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک، درمان و توانبخشی او می‌شد، از دست می‌دهند (Rafeie, 2013).

پیش‌بینی شده است، تا سال ۲۰۳۰، اختلال افسردگی از جمله علل اساسی ناتوانی در سطح جهان، در مقایسه با بیماری‌های قلبی و ایدز خواهد شد (Beidel, Frueh, & Hersen, 2014). وجود این اختلال همراه با علائم و پیامدهایی که دارد، می‌تواند اختلال چشم‌گیری در مراقبت از خود و بر عهده گرفتن مسئولیت زندگی فردی ایجاد کرده (World Health Organization, 2012) و افزایش خطر خودکشی (Patten, Williams, Lavarato, Koch, & Mets, 2013) و کاهش کارکرد فرد در شغل و توانمندی‌های بدنی را به دنبال داشته باشد (Galns et al., 2012).

افسردگی متأسفانه اغلب به صورت خالص وجود ندارد و در ۵۰ درصد موارد، بیماران افسرده یک اختلال اضطرابی را نیز به همراه دارند و شیوع بیماری‌هایی مثل دیابت در میان آنها بالا است (Egede & Hernandez-Tejada, 2013)، مطالعات متعدد نشان داده است، هر چند همه‌ی افراد به گونه‌ای اضطراب را تجربه می‌کنند اما بعضی از اقشار در معرض میزان اضطراب بالاتری قرار دارند. بدیهی است یکی از مواردی که منبع اضطراب و تنش برای خانواده‌ها و به ویژه مادران به شمار می‌آید، ناتوانی و بیماری فرزند است و هر چقدر بیماری و ناتوانی مزمن‌تر و طولانی‌تر باشد، تنش و اضطراب وارد شده بیشتر است (Azadyekta, 2014)، از طرفی اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری قلبی (Rajabi & Yazdkhasti, 2014)، کسب نتایج ضعیف آموزشی، تحمیل هزینه‌های قابل توجه به جامعه به علت کاهش بهره‌وری کار و افزایش استفاده از خدمات بویژه مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد (Beidel et al., 2014).

از آنجایی که شیوع افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (Galns et al., 2012) و مادران کودکان اختلال طیف اتیسم در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (Conner & White, 2014) پس نیاز به حمایت بیشتری دارند. بنابراین هدف مداخلات روان‌شناختی، کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد. برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۱ نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، درمان فراشناختی^۳ و

1- Acceptance based Models

2- Mindfulness based Cognitive Therapy (MBCT)

3- Metacognitive

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (Hayes & Strosahl, 2010).

رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی آمیزه‌ای مبتکرانه از جنبه‌های شناخت درمانی بک (Beck) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ کابات‌زین (Kabat-Zinn) است (Teasdale et al., 2000). ذهن آگاهی توانایی تمرکز بر تجارب درونی و بیرونی است که در حال رخ دادن هستند (Saltzman & Goldin, 2008). همچنین ذهن آگاهی توجه فرد را بر زمان حال متمرکز کرده و به فرد کمک می‌کند که رویدادها را بدون اینکه سعی در تغییر آنها داشته باشد، بپذیرد و با عملکردهای روانی که به صورت خودکار رخ می‌دهند، مقابله کند (Allen & Knight, 2005). در این درمان اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند، در هر لحظه و بدون داوری است. بیماران می‌آموزند که از تغییرات سریع ذهن از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شوند و به دنبال آن یاد می‌گیرند که چگونه ذهن سرگردان خود را به یک نقطه واحد متمرکز کنند زیرا ذهن سرگردان باعث ایجاد افکار و احساسات منفی می‌شود. تنها وقتی که یک فرد از این جنبه‌ها آگاه شود می‌تواند از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) استفاده کند، تا از این طریق بتواند تغییرات خلقی خود را شناسایی نموده و در کوتاه مدت آن‌ها را اداره کند و یا در درازمدت با آن‌ها چالش نماید (Omidi & Mohammad Khani, 2008).

تحقیقات اخیر روی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را فراهم کرده است. در پژوهشی این درمان روی ۴۹ مادر که دارای سابقه حداقل یک دوره افسردگی بودند انجام گرفت و نتایج نشان داد که این درمان از یک سو بهبود معنی داری در افسردگی ایجاد کرده و به میزان معنی داری نیز احتمال عود افسردگی را کاهش می‌دهد (Dimidjian et al., 2015). همین‌طور (Munshi, Eisendrath, & Delucchi, 2013) در بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی به این نتیجه رسیدند که آزمودنی‌ها پس از هشت جلسه درمان، بهبود معنی دار در افسردگی، کاهش معنی دار در نشخوار فکری و علائم اضطراب از خود نشان دادند و بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی در پیگیری

1- Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

2- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

بلند مدت نیز مشاهده شد. پژوهش دیگری به مقایسه تأثیر آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی پرداخت. نتایج حاکی از اثر بخشی متغیرهای مستقل بر افسردگی، اضطراب و استرس بود (Beyrami, Hashemi, Bakhshipour, Alilou and Eghbali (2014) همچنین Khaleghipour and Zargar (2014) در بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی به این نتیجه رسیدند که پس از مداخله، میانگین افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار و میانگین امید به زندگی افزایش معنی‌داری نشان داده است. (Beyrami et al. (2013) در پژوهش دیگری تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی نیز بررسی کرده‌اند، که نتایج کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه را نشان داده است. Hofman, Sawyer, With and Oh (2010) با استفاده از ۳۹ مطالعه در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فرا تحلیلی انجام دادند. در این مطالعات تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دامنه‌ای از بیماری‌ها نظیر سرطان، اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و سایر بیماری‌های روان‌پزشکی و جسمانی مورد بررسی قرار گرفت که اندازه اثر برای اضطراب ۰/۶۳٪ و برای علایم خلقی ۰/۵۹٪ گزارش شد. در نهایت، این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یک مداخله امیدبخش برای درمان مشکلات اضطرابی و خلقی در جمعیت بالینی است.

با در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان و با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی، تحولی ایجاد نماید. همچنین با توجه به وجود اختلالات خلقی و اضطرابی در مادران کودکان اختلال طیف اتیسم و با در نظر گرفتن شیوع بیشتر این اختلالات در زنان، هدف کلی در این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین مسأله پژوهش این است که آیا مداخلات مربوط به رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان

اختلال طیف اتیسم تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایشی و گروه گواه است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، عبارت بودند از مادران ۳۶ تا ۵۵ سال، که در سال ۱۳۹۵ برای آموزش کودکان مبتلا به اتیسم خود به مرکز خیریه اتیسم حضرت زینب اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس بود. ابتدا از مادرانی که متمایل به شرکت در گروه درمانی افسردگی و اضطراب بودند، ثبت نام به عمل آمد. از میان ثبت نام کنندگان در نهایت ۲۰ نفر که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند، انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه (۱۰ نفر در گروه آزمایشی و ۱۰ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. دسته سنی شرکت کنندگان ۳۶ تا ۵۵ سال با میانگین ۴۵/۹۰ و انحراف معیار ۶/۷۵ بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده خودارزیابی می‌باشد که شدت علائم افسردگی را می‌سنجد و هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. نمره صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان و نمره سه نشان‌دهنده بالاترین میزان تجربه افسردگی است. در این آزمون جمع نمره‌ها می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد، هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ (Beck et al., 1996) و به منظور تعیین روایی این پرسشنامه، همبستگی آن با پرسشنامه سلامت عمومی، ۰/۶۷ گزارش شده است (Alto et al., 2012). در ایران (Dobson and Mohammadkhani (2007 ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. همین‌طور (Rahimi (2014 آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی قابل قبول ۰/۷۸ را برای دانشجویان ایرانی (Taheri et al. (2015 آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ را برای سالمندان به دست آورده‌اند.

۲. پرسشنامه اضطراب بک: در سال ۱۹۹۰ آرون بک ابزاری را به عنوان مقیاس اضطراب بک معرفی کرد که بیانگر شدت علائم اضطراب بالینی است، این مقیاس خودسنجی ۲۱ سؤالی بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت چهار گزینه (اصلاً- خفیف- متوسط- شدید) با نمرات ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ برای هر سوال دارد (Beck & Steer, 1990). این پرسشنامه به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان در دفعات متعدد کاربرد دارد (Seif, Rahimi, & Mohammadi, 2016). Carney, Moss, Harris, Edinger and Krystal (2011) میزان پایایی این ابزار را از ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ برآورد کردند. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ برآورد شده است. پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (Kaviani & Mousavi, 2008). همین‌طور در مطالعه دیگری مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است (Rafiei & Seif, 2013).

روش اجرای پژوهش

ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بودند از: ۱- داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم؛ ۲- سطح سواد بالاتر از سیکل؛ ۳- تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱- وجود مشکلاتی که امکان حضور مرتب در جلسات را فراهم نکند؛ ۲- ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی؛ ۳- بروز افکار جدی افسردگی و احتمال خطر خودکشی؛ ۴- عدم تمایل به ادامه درمان. روش کار جهت اجرای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت گروهی (۱۰ نفر) بود، بعد از انتخاب شرکت کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان پژوهش، اطلاعات مختصری در مورد زمینه موضوع پژوهش، اهداف، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات ارائه شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و گروه گواه نیز می‌توانند پس از پایان پژوهش، درمان مشابهی را دریافت نمایند. بعد از قرار گرفتن افراد در دو گروه (آزمایشی و کنترل)، پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش

متغیر مستقل یعنی، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای انجام شد. اولین گام در این روش درمانی یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند بود که در جلسات ۴-۱ آموزش داده شد. در جلسات ۸-۵ شناسایی تغییرات خلقی و اداره کردن آن‌ها در کوتاه مدت و یا چالش با آن‌ها در دراز مدت آموزش داده شد. پس از اتمام این جلسات، مرحله پس آزمون و نیز پیگیری یک ماهه در هر دو گروه به عمل آمد.

خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول: توضیح علایم افسردگی و اضطراب، توضیح مفهوم ذهن آگاهی در کنار شناسایی هدایت خودکار (عدم ذهن آگاهی نسبت به افکار، احساس‌ها و رفتارهای زندگی روزمره) و خروج از آن، اثرات کاربرد ذهن آگاهی بر زندگی، ذهن آگاهی نسبت به فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی.

جلسه دوم: جدول فعالیت‌های لذت بخش، آموزش مراقبه تنفسی و مدیتیشن عمیق با هدف ایجاد آرامش ذهن با تمریناتی که توجه فرد را به لحظه حال برمی گرداند.

جلسه سوم: آشنایی با روش تمرکز بر حرکات و اعضای بدن هنگام تنفس (ذهن آگاهی به تنفس)، کشف حس‌های بدنی ناراحت کننده.

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال؛ آموزش ذهن آگاهی نسبت به افکار و احساس‌های کلی مانند ترس، دل‌بستگی، بی‌زاری و کسالت و مختص افسردگی و اضطراب مانند نگران بودن، بی‌انگیزه بودن، بی‌نتیجه و بی‌هدف دانستن زندگی.

جلسه پنجم: اجازه دادن/ مجوز حضور؛ پذیرش تجارب فردی بدون قضاوت، واکنش نشان دادن و اجتناب.

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند: افکار فقط افکار هستند؛ آموزش این نکته که افکار و باورها را به سان تجربیاتی گذرا در نظر بگیرند.

جلسه هفتم: نحوه مراقبت از خود به بهترین حالت؛ فهرست فعالیت‌های لذت بخش و مهارت‌آمیز، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و اضطراب و آماده سازی برنامه فعالیت.

جلسه هشتم: بررسی جدول فعالیت‌های لذت بخش، مرور آموزه‌های ذهن آگاهانه در مورد فعالیت‌های روزانه و تجارب درونی، تأکید بر فنون استفاده از زمان حال به جای گذشته و

تعمیم آن‌ها به کل موقعیت‌ها در زندگی جهت رویارویی با افکار خودآیند منفی، استفاده از برنامه ریزی فعالیت‌ها برای مواجهه با خطر عود مجدد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افسردگی و اضطراب در دو گروه ارائه شده است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب و افسردگی بر حسب عضویت گروهی

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------|--------------|-----------|---------|------------------|---------|------------------|---------|
| | | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |
| اضطراب | گروه آزمایشی | ۱۰ | ۲۲/۳۰ | ۸/۰۲ | ۱۲/۱۰ | ۵/۵۰ | ۱۱/۰۰ |
| | گروه گواه | ۱۰ | ۲۹/۸۰ | ۱۲/۷۵ | ۲۹/۹۰ | ۱۲/۳۳ | ۲۹/۷۰ |
| افسردگی | گروه آزمایشی | ۱۰ | ۲۴/۸۰ | ۹/۷۳ | ۱۲/۶۰ | ۴/۷۸ | ۱۴/۵۰ |
| | گروه گواه | ۱۰ | ۲۹/۷۰ | ۱۲/۶۸ | ۲۹/۶۵ | ۱۲/۷۱ | ۳۰/۵۰ |

اطلاعات جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که شدت اضطراب و افسردگی در افراد گروه آزمایشی بعد از مداخله کاهش داشته است و در یک ماه پس از درمان، در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات به نسبت ثابت مانده است. ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان بوده و تغییری رخ نداده است. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنی‌دار در این متغیرها مستلزم بکارگیری آزمون‌های مناسبی است. بنابراین جهت بررسی استنباطی داده‌ها از تحلیل مانکوا استفاده شد. بررسی فرض‌های تحلیل مانکوا نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای اضطراب (۰/۵۱) و افسردگی (۰/۰۸) و پیش‌فرض تساوی واریانس داده‌ها با استفاده از آزمون لوین برای متغیرهای اضطراب ($p > ۰/۳۳$ و $F=۱/۱۴$) و افسردگی ($p > ۰/۳۷$ و $F=۱/۰۲$) تحقق یافته است ($p > ۰/۰۵$)، هم‌چنین تعامل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۶۱$)، بنابراین همگنی شیب رگرسیون نیز در این پژوهش تحقق یافته است.

برای مقایسه دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب از تحلیل مانکوا استفاده شد. تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که حداقل بین دو گروه از لحاظ افسردگی و اضطراب دو مرحله پس آزمون ($p < 0/001$, $F=615$, $F=328/0$ ، ضریب لامبدای ویلکز و $0/34$ = اندازه اثر) و مرحله پیگیری ($p < 0/001$, $F=8/99$, $F=284/0$ ، ضریب لامبدای ویلکز و $0/41$ = اندازه اثر) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا انجام شد که نتایج حاصل در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲.

نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر متغیر افسردگی و اضطراب در مرحله پس آزمون (با کنترل نمره‌های پیش آزمون)

| مرحله | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|-------------------|-------------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|------------|
| پیش آزمون افسردگی | پیش آزمون افسردگی | ۱۳۶۸/۰۶ | ۱ | ۱۳۶۸/۰۶ | ۵۴/۱۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۹۷۲/۵۲ | ۲ | ۴۸۶/۲۶ | ۱۹/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ | ۱ |
| | خطا | ۶۵۶/۴۳ | ۲۶ | ۲۵/۲۴ | - | - | - | - |
| پیش آزمون اضطراب | پیش آزمون اضطراب | ۱۵۵۱/۶۴۳ | ۱ | ۱۵۵۱/۶۴۳ | ۸۳/۳۹۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۷۶۹/۱۲۵ | ۲ | ۳۸۴/۵۶۲ | ۲۰/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ | ۱ |
| | خطا | ۴۸۳/۷۵ | ۲۶ | ۱۸/۶۰ | - | - | - | - |

همانطور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه گواه، در مرحله پس آزمون در متغیر افسردگی و اضطراب معنی دار می‌باشد ($p < 0/001$)، بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که مداخله پژوهش منجر به کاهش معنی دار افسردگی و اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در پس آزمون شده است. نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر متغیر افسردگی و اضطراب در مرحله پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳.

نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر متغیر افسردگی و اضطراب در مرحله پیگیری (با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون)

| مرحله | منبع تغییرات | مجموع مجذورات آزادی | درجه میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | اندازه توان اثر آزمون |
|------------------|-------------------|---------------------|----------------------|--------|-----------|-----------------------|
| پیگیری | پیش‌آزمون افسردگی | ۱۳۲۴/۸۹ | ۱ | ۵۵/۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | عضویت گروهی | ۹۰۰/۱۸ | ۲ | ۴۵۰/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| | خطا | ۱۴۴۰۷/۰۰ | ۳۰ | - | - | - |
| پیش‌آزمون اضطراب | پیش‌آزمون اضطراب | ۱۷۶۳/۳۹ | ۱ | ۹۴/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ |
| | عضویت گروهی | ۸۲۴/۷۲ | ۲ | ۴۱۲/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | خطا | ۴۸۵/۸۰ | ۲۶ | ۱۸/۶۸ | - | - |

همانطور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه گواه، در مرحله پیگیری در متغیر افسردگی و اضطراب معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$)، بنابراین می‌توان گفت که مداخله پژوهش منجر به کاهش معنی‌دار افسردگی و اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پیگیری شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

افکار خودآیند نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان افسردگی و اضطراب دارند، به طوری که در افسردگی افکار خودآیند، اغلب حول محور موضوع‌های ناامیدی، احساس ارزشمندی پایین و شکست می‌چرخند و افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به طور معمول افکار خودآیندی دارند که محتوای آن‌ها را پیش‌بینی خطر، آسیب، کنترل‌پذیری یا ناتوانی در کنترل تهدیدها تشکیل می‌دهند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد تا این افکار خودآیند را شناسایی کنند و آن‌ها را فقط به صورت یک فکر در نظر بگیرند و نه انعکاسی از واقعیت و در آن افکار غرق نشوند. بنابراین، با توجه به مطالب فوق، هدف کلی در این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم بود.

یافته‌ها حاکی از آن است که در انتهای درمان، نمره‌های افسردگی و اضطراب گروه

مداخله نسبت به گروه گواه به طور معنی داری کاهش یافته است. این نتیجه بیانگر اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم است. نتایج حاصل، مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش (Sharma, Mao, & Sudhir, 2012) در مورد تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بیماران دارای اختلالات اضطرابی است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با مطالعات (Hofman et al., 2010; Munshi et al., 2013; Dimidjian et al., 2015) و (Khaleghipour & Zargar, 2014) همسو دانست. در این مطالعات به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و اضطراب اشاره شده است.

در سال‌های اخیر، تغییر آگاهی و رابطه جدید با افکار در مقایسه با تغییر آنها مورد توجه قرار گرفته است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات و پریشانی‌ها ارائه می‌دهد؛ عدم رابطه با تفکر منفی باعث می‌شود که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی نشود (Mace, 2006). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تغییر آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی و ایجاد ارتباط متفاوت با آنها (نظیر دیدن افکار و احساسات به عنوان حوادث گذرا در ذهن به جای شناسایی آنها به عنوان واقعیت) تأکید می‌شود. این درمان به مادران مهارت‌هایی را می‌آموزد تا بتوانند از الگوهای شناختی روزمره مختل کننده به خصوص الگوهای فکری نشخوار مرتبط با افسردگی و اضطراب به عنوان شیوه‌ای برای کاهش خطر بازگشت و عود آنها در آینده فاصله بگیرند و بدین ترتیب شاهد کاهش خطر بازگشت افسردگی و اضطراب خود باشند.

هدف از بکار بردن تکنیک‌های مراقبه در این درمان کمک به افراد است تا از تجاربشان در لحظه حال آگاه‌تر شوند و متوجه زمانی که خلق‌شان شروع به پایین آمدن می‌کند، باشند تا از این طریق ارتباط بین خلق منفی و افکار منفی فراخوانده شده توسط آن شکسته شود و یاد بگیرند در زمان پایین آمدن خلق چطور از خود مراقبت کنند. در واقع تمرکز آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اطلاع بیشتر افراد از افکار و احساسات می‌باشد تا به جای آنکه افکار خود را جنبه‌هایی از خویشتن یا انعکاسی از واقعیت ببینند، آنها را به عنوان حوادث ذهنی در نظر بگیرند. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی داری در افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم شد؛ زیرا آنها آموختند تا از درگیر

شدن با افکار عادت‌ی خود رها شده و اجازه دهند افکار و احساسات بیابند و بروند بدون اینکه با آنها درگیر شوند و سعی کنند آنها را از خود دور کنند.

به طور خلاصه، در این درمان افراد یاد گرفتند در لحظه حال بمانند، بدون اینکه درباره گذشته نشخوار کنند و یا درباره آینده نگران باشند و به تجربیات درونی خود در هر لحظه همچون حس های بدنی، افکار و احساسات توجه کنند، بدون اینکه در مورد آنها قضاوتی داشته باشند. با استفاده از این درمان به خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان طیف اتیسم از جمله افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد و خطر بازگشت و عود آنها در آینده را کمتر کرد تا در نهایت نتایجی از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری کودک، روابط بهتر با اطرافیان، داشتن فعالیت‌های اجتماعی بیشتر و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی و اضطراب را به دنبال داشته باشد.

با توجه به این که پژوهش حاضر روی مادران کودکان اتیسم صورت گرفت، در تعمیم نتایج آن به سایر افراد خانواده (پدر، خواهر و برادر) باید احتیاط کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر و گروه مردان، مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. در ضمن پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت فردی بر کودکان مبتلا به طیف اتیسم با عملکرد بالا اجرا شود. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان اختلال طیف اتیسم، پیشنهاد می‌شود این روش درمان در مورد مادران کودکان استثنایی دیگر نیز استفاده شود.

References

- Allen, N. B., & Knight, W. E. J. (2005). *Mindfulness, compassion for self, and compassion for other: Implication for psychopathology and treatment of depression*. In P. Gilbert (Ed), *compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. (239-262). New York: Psychology Press.
- Aalto, A. M., Elovainio, M., Kivimäki, M., Uutela, A., & Pirkola, S., (2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: A validation study

using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Research*, 197 (1), 163-171.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Azadyekta, M. (2013). Effectiveness of Coping Strategies in Reducing Anxiety in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, *Quarterly Journal of Family and Research*, 10 (3) ,119-130. [Persian].

Beyrami, M., Movahedi, Y., Mohammadzadegan, R., Movahedi, M & Vakili, S. (2013). The Effectiveness of Group-Based Cognitive Therapy Based on Mindfulness in Reducing Anxiety and Depression in High School Students. *Journal of Psychological Achievements*, 20 (2), 1-18. [Persian].

Beyrami, M., Hashemi, T., Bakhshipour, A., Ali Lou, M. M., & Eghbali, A. (2014). Comparison of the effect of emotional education and cognitive therapy based on mindfulness on psychological distress and cognitive strategies of emotional regulation of mothers of mentally retarded children. *Quarterly Journal of Advanced Psychological Research*, 9 (33), 43-60. [Persian].

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Anto: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. 2nd ed. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.

Beidel, D. C., Frueh, B. C., & Hersen, M. (2014). *Adult Psychopathology & Diagnosis*. Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey.

Berjis, M., Hakim Javadi, M., Taher, M., Lavasani, Gh. M. & Hossein Khanzadeh, A. A. (2013). A comparison of the amount of worry, hope and meaning of life in the mothers of deaf children, children with autism, and children with learning disability, *Journal of Learning Disabilities*, 3(1), 148-155. [Persian]

Carney, C. E., Moss, T. G., Harris, A. L., Edinger, J. D., & Krystal, A. D. (2011). Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients? *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1243-1249.

Center for Disease Control. New data on Autism: Five Important Facts to Know. Autism Spectrum Disorder. (2014). Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/date.html>.(6/2/2017).

Conner, M. C., & White, S. W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a Protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 617-624.

Dabson, K., & Mohammad Khani, P. (2007). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory(2) in patients with MDD in partial remission. *Journal Rehabil*, (8), 80-86. [Persian].

De Bruin, E. I., Blom, R., Smit., F. M., Steensel, V., & Bogels, S. M. (2014).

- My mind: Mindfulness training for youngsters with ASD and their parents. *Autism*, 1-9.
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the Prevention of perinatal depressive relapse/ recurrence. *Arch Womens Ment Health*, 18 (1), 85-94.
- Egede, L. E., & Hernandez Tejada, M. A., (2013). Effect of comorbid depression on quality of life in adults with type 2 diabetes. *Review Information Health Care*, 13 (1), 83-91.
- Glanz, B. I., Degano, I. R., Rintell, D. J., Chitnis, T., weiner, H. L., & Healy, B. C. (2012). Work productivity in relapsing multiple sclerosis: associations with depression, fatigue, anxiety, cognition & health – related quality of life. *Value in Health*, 15 (8), 1029 – 1035.
- Gray, D. E. (2010). High functioning autistic children and the construction of the Autism Spectrum Quotient. *Journal of Social & Medicine*, 44 (8), 1097-1106.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *Apractical Guide to Acceptance & Commitment Therapy*. New York: Springer Science & Business Media Inc.
- Hobart, H. M., & Wang, L. (2014). Autism family intervention in the Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 33 (1-2), 37-47.
- Hofman, S. G., Sawyer, A. T., With, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 78 (2), 69-83.
- Kaviyani, H., & Mosavi, A. (2008). Psychometric properties of the Beck anxiety inventory in population age and sex classes. *Journal Sch Med*, 66(2), 136-140. [Persian].
- Khaleghipour, Sh; Zargar, F. (2014). Effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities. *Journal Research Behavior Science*, 12(2), 44-53. [Persian].
- Khormayi, E. (2011). *The Effectiveness of Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy on the Depression of Mothers of Autistic Children*. Master's Degree of Consultation, Allameh Tabataba'i University. [Persian].
- Kim, I., Ekas, V. N., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management & depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (26), 80-90.
- Mace, C. (2006). *Long-term impact of mindfulness practice on well-being: New finding from qualitative research*. In A. Delle five(Ed), Dimension of well-being, research and intervention, (455-469). Milan: Franco Angeli.

- Mami, Sh., & Amirian, K. (2015). Effect of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. *Journal of Women and Family Studies*, 8 (30), 69-82. [Persian].
- Munshi, K., Eisendrath, S., & Delucchi, K. (2013). *Preliminary long-term follow-up of Mindfulness-based cognitive therapy-induce remission of depression*. *Mindfulness* (NY), 4 (4), 354-361.
- Ogeston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myer B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (4), 1378-1384.
- Omidi, A., & Mohammad Khani, P. (2008). Train mental presence as a clinical intervention. *Quarterly Journal of Mental Health*, 1 (1), 29-38. [Persian].
- Patten, S. B., Williams, J. V., Iavarato, D. H., Koch, M., & Metz, L. M. (2013). Depression as a predictor of occupational transition in a multiple sclerosis cohort. *Functional Neurology*, 28 (4), 275-280.
- Rafiei, M., & Seifi, A. (2013). An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 7(27), 43-50. [Persian].
- Rafiei, H. (2012). Autism: Evaluation and treatment, 92-187. [Persian]. *Tehran University Press*.
- Rahimi, CH. (2014). Using Beck Depression Inventory for Iranian students, *Clinical Psy., & Personality Journal*, 21(10), 173-188. [Persian].
- Rajabi, S., & Yazdkhasti, F. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who referred to the MS association. *Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 29-39. [Persian].
- Saltzman, A., & Goldin, P. (2008). *Mindfulness-based stress reduction for school-age children*. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds). *Mindfulness and Acceptance for children and adolescents* (pp, 139-161). Oakland, CA: New York
- Seif, F., Rahimi, Ch., & Mohammadi, N. (2016). The effectiveness of individual and group cognitive-behavioral therapies on depression decrease and ejection fraction increase in coronary heart disease. *Journal of Psychology Achievements*, 4(23)(1), 1-22. [Persian].
- Sharma, M. P., Mao, A., & Sudhir, P. M. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy in Patients with Anxiety Disorders: A Case Series. *Indian J Psychol Med*, 34 (3), 263-269.
- Shu, B. C., Lung, F., W., & Chang, Y. Y. (2000). The mental health in mothers with autistic children: A care-control study in southern Taiwan, Kaohsiung. *Journal of Medical Science*, 16 (6), 308-334.
- Taheri, P., Garmarudi, GH., Azadbakht, M., Fakrizadeh, Z., Hamidi, R., Fathizadeh, SH., & Ghisvandi, A. (2015). Evaluation of validity and

reliability of second version of Beck Depression Questionnaire in Iranian elderly (BDI-II). *Journal of Medical Science*, 22(1), 189-198. [Persian].

Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., Segal, Z. V., Ridgeway, V.A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (68), 615-623.

World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved October. From <http://www.who.int>

