

اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی دانش آموزان پسر تیزهوش

فرنگیس دمهری^۱، محسن سعید منش^۲، مهدی ولی زاده پورکانی^۳

^۱ استاد گروه روان شناسی دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

^۲ استاد گروه روان شناسی دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر یزد، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی دانش آموزان پسر تیزهوش بود. **روش:** در این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان پسر دوره متوسطه اول دبیرستان تیزهوشان شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ بود. بنابراین پس از اجرای اولیه پرسشنامه، ۳۰ نفر که نمرات بیشتری در سلامت روان برخوردار بودند از جامعه آماری پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جای داده شدند. برای گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۲ ساعته، مداخله آموزش فنون ذهن آگاهی در فاصله پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، نقص در کنش اجتماعی و افسردگی تاثیر معناداری دارد ($P < 0/1$). **نتیجه گیری:** آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را می توان بعنوان مداخله ای موثر در ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی در دانش آموزان تیزهوش دانست.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت روانی، تیزهوش

مقدمه

برخی از مسائل اجتماعی و هیجانی از جمله کمال گرایی، اضطراب و مدیریت استرس، به ویژه در افراد تیزهوش ممکن است مشکل ساز باشد. زندگی روزمره یک دانش آموز بواسطه مسائل رایج در دوره متوسطه پیرامون فشار همسالان، تغییرات هورمونی و نیاز به همنوایی و تعلق می تواند طاقت فرسا باشد (داس و بلوم^۱، ۲۰۱۸). با اینکه دانش آموزان تیزهوش از توانایی های خاصی برخوردار هستند که با موفقیت در یک محیط تحصیلی مرتبط هستند، اما به اندازه همسالان غیرتیزهوش با تجربه مشکلات اجتماعی و هیجانی مواجه هستند که ممکن است رشد روانی مناسب آن ها را مختل کند (سالو^۲، ۱۹۹۵). کودکان تیزهوش ممکن است انتظارات غیر واقعی از معلمان و والدین، اضطراب امتحان بالا و مشکلات سازگاری با محیط اجتماعی خود را تجربه کنند (ارن^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). به گفته نیهارت و همکاران^۴ (۲۰۰۲)، رابینسون^۵ (۲۰۰۴)، دانش آموزان تیزهوش وقتی توانایی شان در جهت پاسخ به مطالبات مورد انتظار کاهش می یابد احساس سرخوردگی می کنند. آنها همچنین به سمت خودتردیدی تمایل دارند که بر اعتماد به نفس، روابط همسالان، ظرفیت سازگاری و خودپنداره به گونه منفی تأثیر می گذارد (بردی و بنبو^۶، ۱۹۸۶) و از آنجا که آنها به شکست عادت ندارند، این احساسات و سرخوردگی ها می تواند باعث ایجاد اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس در بین دانش آموزان تیزهوش شود (بیکر و ایساک^۷، ۲۰۱۴). نوجوانان تیزهوش در موقعیتی قرار دارند که ممکن است به طور ویژه در معرض آسیب کمال گرایی نابهنجار قرار داشته باشند (رنزولی^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از پوران، ۱۳۹۰). برمبنای یافته های کندلر^۹ (۲۰۱۷) سبک کمال گرایی نابهنجار با اضطراب و افسردگی در دانش آموزان تیزهوش ارتباط دارد. برخورد با این موضوعات در بین دانش آموزان تیزهوش به شیوه ای به موقع و مؤثر بسیار مهم است (بیکر و ایساک، ۲۰۱۴).

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴) سلامت فکر و روان را توانایی ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی بطور منطقی، عادلانه و مناسب بیان می کند و معتقد است سلامت روان تنها نداشتن بیماری نیست بلکه داشتن سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی بصورت انعطاف پذیر و معنادار است (خدایاری فرد، ۱۳۹۶). مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان شایع است. داده های شیوع نشان می دهد که حدود ۲۰٪ کودکان و نوجوانان تا سن ۱۸ سالگی دارای یک مشکل سلامت روانی قابل

^۱Doss & Bloom^۲Solow^۳Eren^۴Neihart^۵Robinson^۶Brody & Benbow^۷Bakar & Ishak^۸Renzulli^۹Candler

تشخیص هستند (مرینکان گاس و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات سلامت روان باعث افسردگی قابل توجه و تأثیر منفی بر روابط اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و شغلی و سلامت جسمی می‌شود. (فورد، میتروفان و ولپرت، ۲۰۱۳؛ نقل از گریست، پتر و استالارد، ۲۰۱۷). براساس یافته‌های پژوهش بالی‌لاشک، صفویب و محمودی (۲۰۱۰) دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان از نظر سلامت روان، ۵۹/۲٪ از آنها مشکوک و ۱۸/۶٪ آسیب‌پذیر بودند از طرف دیگر، دانش‌آموزان مدارس عادی، ۳۷/۵٪ مشکوک و ۱۲/۵٪ آسیب‌پذیر بودند. مشکلات سلامت روانی در کودکان پیش از سن ۱۵ سالگی تا ۷۵٪ و قبل از سن ۱۸ سالگی ۵۰٪ از بیماری‌های روانی در بزرگسالی را در پی دارد. (کیم کوهن و همکاران، ۲۰۰۳).

در تحقیقات گذشته به بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان تیزهوش پرداخته شده است. تحقیقات (نیهارت و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریم، ۲۰۰۳؛ بیکر، ۱۹۹۵؛ بایلی، ۲۰۰۷)، حاکی از این است که دانش‌آموزان تیزهوش نسبت به همتایان عادی خود به طور مداوم با مسائل عاطفی و روانشناختی بیشتری به چالش کشیده می‌شوند. تحقیقی که توسط ابو یزید و نوریا (۲۰۱۲) در مورد دانش‌آموزان تیزهوش انجام شد نیز نشان می‌دهد که این دانش‌آموزان با مشکلات روانشناختی روبرو بوده‌اند که نیاز به توجه به موقع دارند. در پژوهشی حق‌شناس، چمنی و فیروزآبادی (۱۳۸۵) نشان دادند پسران مدارس تیزهوشان به طور نسبی اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به دختران این مدارس تجربه می‌کنند. برمبنای پژوهش‌های بالی‌لاشک، صفویب و محمودی (۲۰۱۰)، ستوده‌فر و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴)، قیومی‌گیلوانی (۱۳۹۶) سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش به طور معنی‌داری پایین‌تر از سلامت روانی دانش‌آموزان عادی است. خانزاده، بهزادفر و ایمن‌خواه (۱۳۹۵)، سابتیک و همکاران (۲۰۱۱) اعتقاد دارند سلامت روان تیزهوشان در مدارس ویژه (موقعیت جداسازی شده) ضعیف می‌شود. برمبنای پژوهش باکر و ایساک (۲۰۱۴) دانش‌آموزان تیزهوش افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. ارن، ست، اوسیل و بیکارا (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که کودکان تیزهوش در معرض خطر سلامت روان هستند

لینهان (۱۹۹۳) برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روانشناختی تأکید کرد. ذهن آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها

^۱Merikangas

^۲Ford, Mitrofan & Wolpert

^۳Grist, Porter & Stallard

^۴Kim-Cohen

Neihart et al

Rimm,

^۶Neihart et al

^۷Abu Yazid & Noriah

^۸Subotnik et al

^۹Eren, Çete., Avcil, & Baykara

^{۱۰}Iayhan,

را مدیریت و تنظیم کنیم از طرفی ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است. زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد است. (کبات زین، ۲۰۰۵). برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ ابداع شده توسط تیزدل^۳ و همکارانش در ۱۹۹۲ براساس تحلیل ابتکاری سودمندی شناخت درمانی، به گروه هایی از بیماران افسرده بهبود یافته آموزش می دهد که چگونه به طور متفاوت-تری از قبل با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تمرکز به تغییر اعتقاد در مورد محتوای تفکر ارتباط یابند (یونسی و رحیمیان بوگر، ۲۰۰۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله کوتاه مدت ۸ جلسه ای و ساختاریافته است، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه گردیده است. هدف آموزش تفکر حضور ذهن، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست؛ بلکه هدف، ایجاد نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (ولز، ۲۰۰۳). بواسطه تمرین ها و تکنیکهای مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیتهای روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، حساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود. (سگال و همکاران، ۲۰۰۳). زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و در می یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد دائما در حال نشخوار و گفتگوی درونی است. وقتی فرد در می یابد که ذهن دائما در حال تعبیر و تفسیر است قادر می شود با دقت بیشتری به افکار خود توجه کند و بدون بیزاری یا قضاوت آنها را مورد بررسی قرار دهد و علت وجود آنها را دریابد (کبات زین، ۲۰۰۵). با این روش افراد متوجه می شوند که آنها تنها فکر نمی کنند، بلکه می توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طریق مراقبه های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه واریسی بدن)، همینطور مراقبه های غیررسمی (نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن) و تمرینات عادت شکن، افراد یاد می گیرند که همه زندگی را در « اینجا » و « اکنون » ببینند (ویلیامز، پنمن، ۲۰۱۳؛ به نقل از محمدخانی و قادری، ۱۳۹۵).

شواهد روزافزونی، اثربخشی روشها و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی را در بسیاری از حوزه های روانشناسی نشان می دهند. لاکور و پیترسون^۴ (۲۰۱۴) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مراقبه های ذهن آگاهانه منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی روانشناختی می شود. هیلتز (۲۰۱۶) در مطالعه ای به این نتیجه رسید که فنون ذهن آگاهی، کاهش اضطراب متوسط تا شدید در نوجوانان را در پی دارد. هنری عزیز (۱۳۹۲) و تقوایی (۱۳۹۶) در تحقیقی نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر سلامت عمومی دانش آموزان دختر دبیرستانی موثر است. برغمدي، اسدي وموسي زاده

^۲Kabat-Zinn

^۳Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

^۴Teasdale

^۵Wells

^۶Segal

^۷Williams & Penman

^۸la Cour & Petersen

(۱۳۹۵) در پژوهشی دریافتند که ذهن‌آگاهی تأثیر مثبتی در کاهش نشانه‌های بدنی، بهبود کنش‌وری اجتماعی و توقف چرخه تجارب و افکار منفی دارد. تورانزاس، کوردن، چوکا و مستر (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نتیجه‌گیری کردند که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنامه APAC (ذهن‌آگاهی برای تیزهوش) منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی کودکان تیزهوش شد. دانینگ و همکاران (۲۰۱۹^۲) در پژوهشی فراتحلیلی به این نتیجه رسیدند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود عملکرد اجرایی، توجه و افسردگی، اضطراب و استرس منفی در کودکان و نوجوانان موثر است.

با توجه به آنچه گفته شد و از آنجایی که دانش‌آموزان تیزهوش مهم‌ترین منابع انسانی آینده برای توسعه و پیشرفت هر کشور هستند شناخت مداخلات روان‌شناختی کارآمدتر بر سلامت روان این دانش‌آموزان می‌تواند سبب ارتقا سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی در آنان شود و از سویی اینکه پژوهش‌های داخلی هیچکدام به بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان این دانش‌آموزان نپرداخته بود، هدف این پژوهش پاسخگویی به این سوال بود که آیا آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش سلامت روانی دانش‌آموزان تیزهوش (متوسطه اول) می‌شود؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کلیه دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول دبیرستان تیزهوشان شهر بابک در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بوده است. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است. جهت انتخاب نمونه پژوهش پس از اجرای اولیه پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۶۹ دانش‌آموز متوسطه اول، ۳۰ نفر مطابق معیارهای پژوهش از جامعه آماری پژوهش گزینش شدند و به صورت تصادفی در به گونه مساوی دو گروه آزمایش و گواه گروه بندی شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل: نمره سلامت روان ۲۱ و بالاتر، عدم مصرف داروی روان‌شناختی و سلامت جسمی و ملاک خروج شامل: عدم همکاری برای شرکت در جلسات بود. گروه‌ها قبل از پژوهش با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسشنامه به دست گلدبرگ و هیلر^{۲۹} (۱۹۷۹، برگرفته از تقوی، ۱۳۸۰) تدوین شده و دارای ۲۸ ماده و ۴ خرده مقیاس نشانه‌های شکایات بدنی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است. نمره ی بالا در این آزمون وجود بیماری، و نمره ی پایین عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی را نشان می‌دهد. همچنین حداقل و حداکثر نمره ی این پرسشنامه بین صفر و ۸۴ است. ضریب پایایی پرسشنامه ی سلامت عمومی به روش بازآزمایی ۰/۰۷ (۰/۰۵ $p \leq$) آلفای کرونباخ ۰/۰۹۰ و دو نیمه کردن ۰/۰۹۳ است ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه ی میدلکس ۰/۰۵۵ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

روش اجرا

پس از تعیین اهداف مطالعه در آغاز آموزش، شرکت‌کنندگانی که پس از اجرای اولیه پرسشنامه پژوهش، با توجه به ملاک-های پژوهش، انتخاب شده بودند به صورت تصادفی به دو گروه گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. برای گروه کنترل در این مدت، هیچگونه مداخله‌ای

^{۲۹}Dunning & et al

^۲Goldberg & Hiller

صورت نگرفت. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. جلسات آموزش ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی بر اساس مفاهیم اساسی و فنون اختصاصی برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲) به شرح زیر تنظیم و اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره بوسیله نرم-افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	بیان قوانین و اهداف جلسات گروهی، هدایت خود کار: خوردن کشمش با آگاهی مراقبه واریسی بدن. تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی در طی ۶ روز. واریسی بدنی، انجام ذهن‌آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و...)
جلسه دوم	تمرین مقابله با موانع، مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، ۱۰ دقیقه مراقبه نشسته. تکلیف خانگی: مراقبه معاینه بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت، ثبت یک واقعه خوشایند.
جلسه سوم	آموزش تنفس همراه با حضور ذهن، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه، تکنیک راه رفتن ذهن‌آگاهانه و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای. بازنگری تمرینات. تکلیف خانگی: ترکیبی از مراقبه کشش بدن و نفس کشیدن (روزهای ۱، ۲ و ۳) تمرین تنفس و کشش و حرکت توجه آگاهانه و تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای ۳ بار در روز و ثبت وقایع ناخوشایند
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال ۵ دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته و راه رفتن با حضور ذهن. تکالیف خانگی: مراقبه نشسته، راه رفتن ذهن‌آگاهانه و تنفس سه دقیقه‌ای.
جلسه پنجم	اجازه حضور- بازنگری تمرینات و انجام مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و بحث و گفتگو در مورد اهمیت پذیرش و ویژگیهای آن. با تأکید بر اهمیت فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای. تکلیف خانگی: مراقبه نشسته و فضای تنفس سه دقیقه‌ای.
جلسه ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت، مراقبه نشسته، فضای تنفس سه دقیقه‌ای. تکلیف خانگی: مراقبه نشسته و تنفس سه دقیقه‌ای و ایجاد سیستم هشدار اولیه.
جلسه هفتم	مراقبت از خود- تمرین تکنیک‌های قبلی در این جلسه به گونه ای که به عنوان یک کار متداول روزانه مورد استفاده قرار گیرد فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها روزانه ۳ بار و هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.
جلسه هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، تمرین مراقبه واریسی جسمانی، مروری بر آنچه در دوره گذشت، به پایان رساندن مراقبه و در نهایت اجرای پس‌آزمون از گروه آزمایش و

کنترل.

یافته ها جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش و گواه را در مولفه های متغیرهای سلامت روان را نشان می دهد.

درگام بعدی نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و سپس آزمون همگنی ماتریس، فرض همگنی واریانسهای متغیرها بررسی شد و بدنبال آن مفروضه رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی (کووریت) و پس آزمون، شیب رگرسیون ارائه شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در پیش آزمون- پس آزمون دوگروه آزمایش و گواه در مولفه های متغیر سلامت روان

مولفه ها	گروه آزمایشی				گروه گواه			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
علائم جسمانی	۱/۸۹	۵/۲۰	۱/۱۲	۳/۴۰	۱/۲۳	۴/۳۳	۱/۱۸	۴/۵۳
اضطراب و اختلال خواب	۲/۴۱	۷/۵۳	۱/۴۱	۵/۰۰	۱/۵۰	۶/۴۶	۱/۶۲	۶/۷۳
اختلال کارکرد اجتماعی	۱/۴۵	۷/۴۰	۰/۸۶	۴/۸۰	۱/۲۶	۶/۸۰	۱/۴۱	۷/۰۰
افسردگی	۲/۰۶	۴/۵۳	۱/۲۴	۲/۵۳	۱/۰۳	۴/۰۶	۱/۳۹	۴/۳۵

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود میانگین متغیرهای مورد مطالعه (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت را نشان می دهند؛ به این صورت که میانگین گروه آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه کنترل در مولفه های متغیر سلامت روان افزایش داشته این درحالی است که میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری نداشته است. برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پاسخگویی به فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

قبل از پاسخگویی به فرضیه های پژوهشی از طریق مدل آماری انتخاب شده یعنی تحلیل کوواریانس ابتدا لازم بود پیش فرض های استفاده از مدل مورد بررسی قرار گیرد. از این رو نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بیانگر توزیع نرمال متغیرها بود (جدول شماره ۳). سپس آزمون سپس آزمون همگنی ماتریس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشانگر برقراری شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس بود. همچنین مفروضه های عدم همخطی چندگانه و همگنی شیب های رگرسیون و مفروضه یکسانی خطای واریانس ها برای تمام متغیرها نیز برقرار بوده است. بنابراین برای بررسی فرضیه های پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان تیزهوش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

نتایج	متغیرها	آزمایش		گواه
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z
	علائم جسمانی	۰/۸۰۸	۰/۵۳۱	۱/۰۵
	اضطرابی و اختلال خواب	۰/۷۸۹	۰/۵۶۱	۰/۶۶۵
	اختلال کارکرد اجتماعی	۰/۷۴۹	۰/۶۲۹	۱/۱۴۷
	افسردگی	۰/۵۲۴	۰/۹۴۷	۱/۰۰

گزارش شده در جدول ۳- نتایج نشان می‌دهد که مقادیر Z بدست آمده در گروه آزمایش و گواه از مقدار بحرانی ($\alpha = ۰/۰۵$) بیشتر می‌باشند، بنابراین برای تمام متغیرها فرض صفر مبنی بر وجود توزیع نرمال تایید می‌شود و فرض یک مبنی بر عدم توزیع نرمال رد می‌شود و می‌توان گفت که توزیع متغیرها نرمال است. بنابراین نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر عضویت گروهی بر میزان سلامت روان (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی)

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
علائم جسمانی	۱۵/۸۴۵	۱	۱۵/۸۴۵	۱۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۳۹
خطا	۲۳/۸۲۱	۲۷	۰/۸۸۲			
مجموع	۵۱۹/۰۰	۳۰				
اضطراب و اختلال خواب	۱۲/۹۳۸	۱	۱۲/۹۳۸	۱۳/۶۸	۰/۰۱	۰/۳۳
خطا	۲۵/۵۲۸	۲۷	۰/۹۴۵			
مجموع	۹۳۳/۰۰	۳۰				
اختلال کارکرد اجتماعی	۲۹/۰۵۳	۱	۲۹/۰۵۳	۳۲/۴۵	۰/۰۱	۰/۵۴
خطا	۲۴/۱۷۲	۲۷	۰/۸۹۵			
مجموع	۱۱۱۹/۰۰	۳۰				

افسردگی	۳۱/۶۰۷	۱	۳۱/۶۰۷	۴۵/۳۰	۰/۱	۰/۶۳
خطا	۱۸/۱۴۱	۲۷	۰/۶۹۳			
مجموع	۴۰۹/۰۰	۳۰				
که						

در جدول ۴- مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای علائم جسمانی ($F=17/95$ و $P<0/01$)، اضطراب و اختلال خواب ($F=13/68$ و $P<0/01$)، اختلال کارکرد اجتماعی ($F=32/45$ و $P<0/01$) و افسردگی ($F=45/30$ و $P<0/01$)، نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر میانگین این مؤلفه‌ها برای گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون (جدول ۲)، مشاهده می‌شود که آموزش فنون ذهن‌آگاهی باعث کاهش میانگین نمرات این متغیرها در پس‌آزمون گردیده است لذا می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود سلامت روان دانش آموزان پسر تیزهوش شده است.

با توجه به این یافته‌ها، فرضیه پژوهش که بیان می‌کند "با توجه به این یافته‌ها، فرضیه پژوهش که بیان می‌کند "آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان پسر تیزهوش موثر است" تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هردو گروه آزمایش و گواه بیانگر این بود که افراد گروه آزمایش که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به آنها آموزش داده شد در مقایسه با افراد گروه گواه که هیچ آموزشی ندیده‌اند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. نتایج پژوهش اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های جسمی اضطراب و بیخوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی را تایید می‌کند که با یافته‌های هنری عزیز (۱۳۹۲) برغم‌دی و همکاران (۱۳۹۵)، تقوایی (۱۳۹۶)، تورانزاس و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر ارزیابی برنامه APAC (ذهن‌آگاهی برای تیزهوش)، دانینگ و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثرات مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شناخت و سلامت روان در کودکان و نوجوانان. همسو است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به برخی از روش‌ها که راه قدرتمندی جهت پایه گذاری دوباره تقویت ارتباطات ما با دیدگاه‌های درونیمان است توجه ویژه و بدون داوری دارد (کبات زین، ۲۰۰۳). بنابراین یکی از ویژگی‌های این درمان تمرین‌های مفیدی است که به طور همزمان مهارت‌هایی در خصوص مدیریت ثمربخش برآسیب‌پذیری عمومی افراد از راه آثار تمرین‌های عملی ذهن‌آگاهی به شکل ساختاریافته در زندگی روزانه‌شان به آنها بیاموزد (مارس، ابی، ۲۰۱۰). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که این درمان از طریق استفاده از سازوکارهایی همچون پذیرش، بدون داوری بودن، توصیف‌گری، آگاهی، مشاهده و با استفاده از فنونی همچون مراقبه، آرامش‌دهی، آگاهی از تنفس به افراد، منجر به افزایش توجه و آگاهی نوجوانان تیزهوش نسبت به احساسات فیزیکی و روانی و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی می‌شود؛ در نتیجه آنان این توانایی را کسب می‌کنند که با تمرکز کامل نسبت به تک تک رویدادها که هم‌اینک و همین جا رخ می‌دهد چرخه باطل افکار خود آیند منفی را درهم شکنند و افکار و احساسات خود را آگاهانه انتخاب کنند و کمتر تحت تاثیر احساسات ناخوشایند و آمیگدال قرار گیرند که این منجر به افزایش نشانه‌های مثبت و کاهش و بهبود نشانه‌های منفی سلامت روانی در نوجوانان تیزهوش می‌شود زیرا بواسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها

می‌شود (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲). به کمک فن‌های ذهن‌آگاهی، افراد مشاهده‌عاری از قضاوت و انتقاد همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می‌گیرند؛ آنها می‌آموزند با مشاهده افکار و هیجانات استرس‌زا و غم‌انگیز، الگوی رفتار منفی را قبل از آنکه به چرخه معیوب کشیده شوند شناسایی کنند، به این ترتیب ذهن‌آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد می‌گذارد (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲؛ به نقل از محمدخانی و قادری، ۱۳۹۵). انتظار می‌رود آموزش ذهن‌آگاهی با وجود چنین روش‌های سودمندی نقشی بسزا در کاهش افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و افزایش کارکرد اجتماعی نوجوانان تیزهوش داشته باشد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود از آن جمله، جامعه آماری پژوهش به دانش‌آموزان پسر متوسطه اول محدود شده است که در تعمیم یافته‌ها آن به سایر شهرها، دوره‌های تحصیلی و دانش‌آموزان دختر باید احتیاط کرد از سویی به علت اینکه دبیرستان تیزهوشان پسرانه دوره اول متوسطه در شهرستان یک واحد بود، قدرت انتخاب تصادفی از میان مدارس برای پژوهشگر وجود نداشت و برای جمع‌آوری داده‌ها فقط از روش (پرسشنامه) استفاده شد و ممکن است افراد سعی کنند خود را مطلوب‌تر از آنچه هستند نشان دهند. این پژوهش به علت تعطیلات تابستانی مدارس با آزمون پیگیری همراه نبود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهش‌هایی از این گونه روی هر دو جنس و نیز در پایه‌های بالاتر انجام پذیرد. و با آزمون‌های پیگیری همراه باشد تا نتایج درمان در گذر زمان بررسی شود. با توجه به اهمیت یافته‌های پژوهش حاضر، در راستای کمک به رشد و پیشرفت دانش‌آموزان تیزهوش و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در آنان، توسعه و ترویج کاربرد این رویکرد درمانی در مدارس سمپاد لازم به نظر می‌رسد؛ بنابراین به مسولان و برنامه‌ریزان مربوطه پیشنهاد می‌شود به مشاوران مدارس تیزهوشان اهمیت، مفاهیم و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شود و در محتوای کتاب درسی تفکر و سبک زندگی بخشی به ذهن‌آگاهی اختصاص یابد.

منابع

- برغمندی، مرضیه؛ جوانشیر، اسدی و موسی زاده، حسن. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست در شهر گرگان. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، موسسه آموزش عالی نیکان، تهران، ایران.
- پوران، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای رابطه اضطراب، افسردگی و کمال‌گرایی با سبک والدگری ادراک شده در نوجوانان تیزهوش و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی.
- تقوایی، داود. (۱۳۹۶). اثر بخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی دختران مقطع راهنمایی شهر اراک. مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره سال هفتم شماره ص ۷۶-۶۸
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q)، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰ (۲)، ص ۳۸۱-۳۹۸
- حق شناس، حسن؛ چمنی، امیررضا و فیروزآبادی، علی. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستان‌های تیزهوشان و دبیرستان‌های عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم شماره ۲۹ و ۳۰ ص ۵۷-۶۶

خانزاده، عباسعلی؛ بهزادفر، فاطمه و ایمن خواه، فهیمه. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت عمومی، مهارت های اجتماعی و حرمت خود دانش آموزان دارای برنامه آموزش تلفیقی وجداسازی شده. فصلنامه اندیشه های نوین تربیتی دوره دوازدهم شماره ۴ ص ۸۱-۱۱۳

خدایاری، محمد. (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان با تجدید نظر کلی براساس - DSM ۵ (چاپ اول). تهران: انتشارات موسسه انتشارات.

دبیرستان های تیزهوشان و دبیرستان های عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم شماره بیست و نهم و سی ام ص ۵۷-۶۶

ریاسی، حمید رضا؛ مقرب، مرضیه؛ صالحی، مهنوش و حسن زاده طاهری، عماد الدین. (۱۳۹۱). مقایسه افسردگی دانش آموزان عادی و تیزهوشان بیرجند. فصلنامه مراقبت های نوین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، سال نهم شماره ۱، پیاپی ۳۴، ص ۹۵-۱۰۳

ستوده فر، فائزه؛ سلطانی زاده، محمد و لعلی دستجردی، محسن (۱۳۹۳). مقایسه ی مؤلفه های کاملگرایی، هوش هیجانی و سلامت روان دختران تیزهوش و عادی مقطع متوسطه ی شهر اصفهان. فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، سال ۳، شماره ۸، ص ۴۱-۵۹

محمدخانی، شهرام و قادری، هاشم. (۱۳۹۵). ذهن آگاهی، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی و مطالعات اجتماعی ایران. دبیرخانه دائمی کنفرانس، قم، ایران.

هنری عزیز، فاطمه. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سلامت روانی دانش آموزان دختر شهر همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد تهران مرکز.

یونسی، سید جلال؛ رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۸۷). جان تیزدل دریچه ای به فراشناخت. تهران: انتشارات دانژه.

Abu Yazid, A. B., & Noriah, M. I. (2012). Profil psikologi, mekanisme strategi bela diri, dan pola keperluan kaunseling dalam kalangan pelajar pintar dan berbakat: Satu kajian kes. *Journal of Special Needs Education*, 2, 127-137.

Bailey, C. L. (2007). Social and emotional needs of gifted students: What school counselors need to know to most effectively serve this diverse student population? Paper presented at the 2007 Association for Counselor Education and Supervision Conference, October 11-14, Columbus, Ohio.

Bakar, A., Yazid, A., & Ishak, N. M. (2014). Depression, Anxiety, Stress, and Adjustments among Malaysian Gifted Learners: Implication towards School Counseling Provision. *International Education Studies*, 7(13), pp 6-13

Baker, J. A. (1995). Depression and suicide ideation among academically talented adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 39(1), pp 218-233. <http://dx.doi.org/10.1177/001698629503900405>

Balilashak, N., Safavi, M., & Mahmoudi, M. (2010). Comparative assessment of mental health of gifted and average students of junior high school. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, pp 2027-2033.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), pp 822.

- Candler, M. M. (2017). The influence of perfectionism on mental health in gifted and twice-exceptional students (Doctoral dissertation, University of Iowa).
- Doss, K. K., & Bloom, L. (2018). Mindfulness in the middle school classroom: Strategies to target social and emotional well-being of gifted students. *Gifted Education International*, 34(2), pp 181-192.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), pp 244-258.
- Eren, F., Çete, A. Ö., Avcil, S., & Baykara, B. (2018). Emotional and Behavioral Characteristics of Gifted Children and Their Families. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(2), pp 105.
- Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2017). Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review. *Journal of medical internet research*, 19(5), e176.
- Hiltz, K. M. (2016). The Effectiveness of Mindfulness Techniques for Decreasing Anxiety Symptoms in Adolescents. The College at Brockport, State University of New York
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: J Science and practice*. 10(2), pp 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), pp 709-717.
- la Cour, P., & Petersen, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 16(4), pp 641-652.
- Mars, T. S., & Abbey, H. (2010). Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13(2), pp 56-66.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), pp 980-989.
- Morone N E, et al. “I felt like a new person.” The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain*.2008; 9(9): pp 841-848.
- Neihart, M. (2007). The socioaffective impact of acceleration and ability grouping: Recommendations for best practice. *Gifted Child Quarterly*, 51(4), pp 330-341.
- Rimm, S. (2002). Peer pressures and social acceptance of gifted students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* (pp. 13-18). Washington, DC: National Association for Gifted Children.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. Guilford Press.

- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of clinical psychology*, 65(6), pp 561-573.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), pp 131-138
- Subotnik, R. F., Olszewski-Kubilius, P., & Worrell, F. C. (2011). Rethinking giftedness and gifted education: A proposed direction forward based on psychological science. *Psychological science in the public interest*, 12(1), pp 3-54.
- Turakitwanakan, W., Saiyudthong, S., Srisurapanon, S., & Anurutwong, A. (2010). The comparative study of depression between gifted children and normal children. *J Med Assoc Thai*, 93(Suppl 2), S9-14.
- Turanzas, J. A., Córdón, J. R., Choca, J. P., & Mestre, J. M. (2018). Evaluating the APAC (Mindfulness for Giftedness) Program in a Spanish Sample of Gifted Children: A Pilot Study. *Mindfulness*, 1-13.
- Wells, A. (2002). GAD, meta-cognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), pp 95-100.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK.
- therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 561-573.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138
- Sotoudehfar, Faezeh; Soltanizadeh, Mohammad and Lali Dastjerdi, Mohsen. (2014). Comparing perfectionism, emotional intelligence and mental health factors among normal and gifted female high school students of Isfahan. *Journal of Educational and School Studies*, 3 (1), 41-59. [Persian]
- Subotnik, R. F., Olszewski-Kubilius, P., & Worrell, F. C. (2011). Rethinking giftedness and gifted education: A proposed direction forward based on psychological science. *Psychological science in the public interest*, 12(1), 3-54.
- Taghavi M. (2001). Assessment of the Validity and reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychology*, 5(4), 381-389. [Persian]
- Taghvaei, Davood. (2017). The effectiveness of mindfulness techniques on the general health of middle school girls in Arak. *Journal of Clinical Psychology Research and Counseling*, 7(1), 67-86. [Persian]
- Turakitwanakan, W., Saiyudthong, S., Srisurapanon, S., & Anurutwong, A. (2010). The comparative study of depression between gifted children and normal children. *J Med Assoc Thai*, 93(Suppl 2), S9-14.
- Turanzas, J. A., Córdón, J. R., Choca, J. P., & Mestre, J. M. (2018). Evaluating the APAC (Mindfulness for Giftedness) Program in a Spanish Sample of Gifted Children: A Pilot Study. *Mindfulness*, 1-13.

- Wells, A. (2002). GAD, meta-cognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), 95-100.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK.
- Younessi, S J & Rahimian Boger. (2008). *A John Teasdale window to the metacognition*. Tehran: Danjeh. [Persian]