

تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان مقطع ابتدایی

صدیقه نیک نژاد

کارشناسی علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور شیراز، شیراز، ایران

چکیده

هدف پژوهش تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان مقطع ابتدایی بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع آزمایشی بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان مقطع ابتدایی دختر (۹ تا ۱۲ سال) شهر صدرا بود. از بین جامعه آماری ۵۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه برابر ۲۵ نفری کنترل و آزمایش جایگزین شدند. ابزار این پژوهش عبارت بودند از: پکیج آموزش ذهن آگاهی و پرسشنامه سلامت روان. داده های حاصل از پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت روان، دانش آموزان

مقدمه

ذهن آگاهی به این معنی است که ذهن را در مورد امور و مشکلات پیرامونمان آگاه کنیم که این خود یک مهارت است و می تواند باعث کاهش مشکلات و استرس ها شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین مذهبی شرقی خصوصا بودا دارد. به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود (موسوی، پورحسین، زارع مقدم، حسنی استلخی و میربلوک بزرگی، ۱۳۹۹). ذهن آگاهی یک تکنیک مدیتیشن است که هدف آن افزایش آگاهی است (شولمن و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می دهد در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است دریافت کنند (راکی و نادری، ۱۳۹۷). مهارت های مراقبه ذهن آگاهی عبارتند از وارسی بدنی، مراقبه نشستن با توجه به حالت تنفسی و ژست های بدنی مانند یوگا که در همه این موارد از افراد خواسته می شود تا به تجارب درونی خود بدون اینکه به محتوای درونی آنها غرق یا جذب شوند، توجه نمایند که نتیجه آن به دست آوردن مهارتهایی است که باعث بالا رفتن سلامت روان می شود (احمدی، ۱۳۹۷). به عنوان مثال یاووز و دیلماک^۱ (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند ذهن آگاه شدن باعث افزایش سرسختی در دانشجویان می شود (یاووز و دیلماک، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهشی که بر روی مادران داری دانش آموزان با یادگیری ویژه انجام شد، نشان داده شد که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش معنی دار سرسختی در این مادران شد (کاظمی، حسینیان و رسول زاده، ۱۳۹۸). از سوی دیگر پژوهش هایی تاثیر مثبت ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری را نشان داده اند. به عنوان مثال در پژوهش کی و پیدجیون^۲ (۲۰۱۴) رابطه مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و تاب آوری یافت شد. در واقع آنها نتیجه گرفتند که افراد با سطح بالاتر ذهن آگاهی از سطح بالایی از تاب آوری نیز برخوردار می باشد. نتایج پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تاب آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزارجنسی، نیز نشان داد که این مداخله تاثیر بسیار مهمی بر افزایش تاب آوری دارد (کریمی، متقی و مرادی، ۱۴۰۱).

شخص سالم ((اهداف واقع گرایانه)) برای خود در نظر می گیرد و برای دستیابی به آنها اقدام می کند او سعی می کند حقایق را قبـول کرده و خـود را بـا آنـهـا وفـوق دهمـد و بـا اجتمـاع سـازش می کنـد. شالوده سلامت روان در زمان کودکی پی ریزی می شود و هیچ گاه از تکامل باز نمی ایستد. خانواده ای از سلامت روان برخوردار است که همه افراد آن روابط خوبی با هم داشته باشند و تنش ها و درگیری هایشان با هم کم باشد، در غیراینصورت خانواده از نظر سلامت روانی بیمارگونه است. با توجه به پی ریزی اساس سلامت روان در دوران کودکی، می بینیم به تدریج که سن فرد بالا می رود، در اثر همین روند تکاملی است که رفتارهای کودکانه نیز کنار گذاشته می شوند و به جای آنها رفتارهای منطقی و مناسب سن از فرد سر می زنند. شخصیت هر فرد، عبارت از مجموعه رفتارهایی است که فردیت وی را تشکیل داده و او را از دیگران متفاوت جلوه می دهد. فردی که شخصیت سالمی دارد می توان گفت از سلامت روان برخوردار است. سلامت روان مانند سلامت جسم نسبی است. هر فردی اهداف و آرمان هایی را دنبال می کند و ممکن است به کمال آرزوهایش نرسد و در نتیجه ناکامی ها، مدتی از سلامت روان دور شود. در این حالت تا زمانی که شدت و دفعه های بروز آن رفتار به حدی نباشد که بر رفتارهای پسندیده و مقبول او غلبه کند، می توان گفت که فرد از سلامت روان برخوردار است. (مرعی، ۱۳۷۵).

¹ Yavuz & Dilmaç

² Pidgeon & Keye

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع آزمایشی بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل دانش آموزان مقطع ابتدایی دختر (۹ تا ۱۲ سال) شهر صدر بود. از بین جامعه آماری ۵۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه برابر ۲۵ نفری کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

پکیج آموزش ذهن آگاهی

در مرحله مداخله جلسات ذهن آگاهی به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، با اقتباس از کتاب ولف و سرپا^۳ (۲۰۱۹) در زمینه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شد که خلاصه ای از محتوای مداخلات در جدول ۱- آمده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی

جلسه	خلاصه جلسات
اول	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن ها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون اضطراب بیماری، اجرای پیش آزمون
دوم	تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه واریسی بدن، جام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و واریسی بدن ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین واریسی بدن
سوم	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین واریسی بدن، آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت های روزمره
چهارم	ثبت وقایع خوشایند، واریسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
پنجم	تمرین حرکات کششی همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین واریسی بدن، پیاده روی آگاهانه، واریسی بدن، ثبت تجربه های ناخوشایند
ششم	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بیرهای گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه ای، تمرین واریسی بدن، واریسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه ای
هفتم	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن

³ Wolf & Serpa

هشتم	تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین وارسی بدن، وارسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای
نهم	افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین وارسی بدن، وارسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند
دهم	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین وارسی بدن، تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته کننده
یازدهم	تمرین وارسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند
دوازدهم	جمع بندی، اجرای پس آزمون

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤال Hillier و Goldberg (۱۹۷۹)

سلامت روان: برای سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤال استفاده شد. این پرسشنامه توسط گلدنبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ارائه شده و مشتمل بر ۲۸ سؤال و دارای ۴ خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب، افسردگی و اختلال در سلامت جسمی است که به هر سؤال امتیاز ۰-۳ تعلق می‌گیرد (الف: صفر، ب: ۱، ج: ۲ و د: ۳) و دامنه تغییرات آن در کل بین ۰-۸۴ و در هر مقیاس بین ۰-۲۱ است پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران توسط نجفی و همکارانش به روش آزمون-آزمون مجدد (۰/۹۰) و روایی آن به روش روایی محتوا تأیید شده است.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۰۰/۷۵	۶/۰۷	۱۰۳/۶۵	۱۳/۸۲
پس آزمون	۱۲۰/۳۵	۸/۳۸	۱۰۳/۸۰	۱۰/۳۵
پیگیری	۱۲۱/۸۰	۶/۸۷	۱۰۴/۹۵	۱۱/۰۶

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر سلامت روان را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات سلامت روان در گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۰۰/۷۵، ۱۲۰/۳۵ و ۱۲۱/۸۰ و در گروه گواه به ترتیب ۱۰۳/۶۵، ۱۰۳/۸۰ و ۱۰۴/۹۵ بوده است. همان طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر سلامت روان در مراحل پس آزمون و پیگیری

تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج بررسی این مفروضه نشان داد آماره آزمون برای متغیر سلامت روان معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$) و بنابراین این پیش فرض تایید گردید. پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین بررسی شد که عدم معنادار بودن ($p > 0/05$) این آزمون نشان داد این پیش فرض نیز مورد تایید است. برای بررسی پیش فرض کرویت نیز از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این پیش فرض رعایت نشده است و بنابراین برای تفسیر نتایج، از ضریب هوین-فلت که موجب تعدیلاتی در درجات آزادی می‌شود، استفاده شد. براین اساس، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۲۹۸۷/۸۱	۱/۰۹	۲۷۱۹/۶۶	۲۸/۸۵	۰/۰۰۱	
	تعامل	۲۵۶۱/۵۱	۱/۰۹	۲۳۳۱/۶۲	۲۴/۷۳	۰/۰۰۱	
	خطا	۳۹۳۵/۳۳	۴۱/۷۴	۹۴/۲۶			
بین آزمودنی	گروه	۳۱۰۰/۸۳	۱	۳۱۰۰/۸۳	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	خطا	۶۹۹۲/۸۶	۳۸	۱۸۴/۰۲			

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد، در اثر زمان با توجه به اینکه متغیر سلامت روان معنادار شده است ($p < 0/01$)، بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفته شده است و نتایج آن در ادامه ارائه گردیده است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p < 0/01$)، مشخص می‌گردد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون، بین گروه درمانی و گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد که بررسی آن ارائه شده است. در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیر سلامت روان بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مقایسه دو به دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون) در ادامه ارائه شده است. با توجه به مقادیر ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه می‌گردد تاثیر درمان بر سلامت روان ۳۰ درصد بوده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی مراحل سنجش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیر بهزیستی ذهنی

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
سلامت روان	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۹/۶۰	۲/۷۹	۰/۰۰۱

اطلاعات جدول ۴، نشان می‌دهد در مقادیر متغیر سلامت روان بین پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). با توجه به میانگین متغیر سلامت روان در پیش آزمون ($۱۰۰/۷۵$)، پس آزمون ($۱۲۰/۳۵$) ملاحظه می‌گردد که نمرات آزمودنی‌ها افزایش یافته است

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل سنجش در متغیر سلامت روان

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
سلامت روان	پیش آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	-۲/۹۰	۳/۳۷	۰/۳۹۶
	پس آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۱۶/۵۵	۲/۹۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۱۶/۸۵	۲/۹۱	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۵، ملاحظه می‌گردد در مرحله پیش آزمون، تفاوتی بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود ندارد و در مرحله پس آزمون بین دو گروه تفاوت معنادار حاصل شده است ($p < ۰/۰۱$) که مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات سلامت روان در گروه درمانی افزایش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانش آموزان تاثیر دارد. در تبیین این یافته می توان گفت: وظیفه و هدف اصلی بهداشت روانی تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. برای رسیدن به این هدف احتیاج به نیروی انسانی فعال و کاردان، همکاری سازمان های دولتی، برنامه ریزی و بودجه برای ایجاد و گسترش سازمان های روان پزشکی و بالاخره آموزش همگانی در سطح جامعه داریم به طور فهرستوار بهداشت روانی چهار هدف اصلی دارد. (میلانی فر، ۱۳۷۶).

۱. خدماتی: جهت تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه، پیشگیری از ابتلا به بیماری های روانی، بیماریابی، درمان سریع و پی گیر بیماران مبتلا به اختلالات عصبی روانی به طور سرپایی و یا بستری، کمک های مشورتی به افرادی که دچار مشکلات روانی، اجتماعی، انودگی ش...دهاند.

۲. آموزشی: آموزش بهداشت روانی به افرادی که با بیماران عصبی روانی سروکار دارند و همچنین آموزش بهداشت روانی همگانی و آشنا ساختن مردم جهت همکاری و استفاده از سرویس های موجود در صورت مواجه با استرس ها و مشکلات روانی، آموزش روان پزشکی به دانشجویان پزشکی و پیرا پزشکی، تنظیم برنامه های بازآموزی کوتاه مدت روان پزشکی برای پزشکان عمومی جهت آشنایی بیشتر علوم روان پزشکی و نظایر آن.

۳. پژوهشی: تحقیق درباره علل نحوه شروع، درمان و پیشگیری از بیماری های روانی، عقب ماندگی های ذهنی، اعتیادات و انحرافات مانند پژوهش در مدارس، دانشگاهها، سازمان های پلیس، سربازخانهها، کارخانه جات و مراکز کاریابی. درمانگاه های عمومی، مراکز بهداشت تنظیم خانواده مادر و کودک و نظایر آن.

۴. طرح و برنامه ریزی بهداشتی درباره ایجاد و گسترش مراکز جامع روان پزشکی، منطقه ای، مراکز بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، مراکز کودکان استثنایی، مراکز مسمومین و مصدومین، مراکز آموزش جهت بالا بردن کیفیت امور بهداشتی و درمانی و سطح آگاهی مردم به وسیله رسانه های گروهی، آشنا ساختن پزشکان عمومی با مسائل روان شناختی که در درمانگاه های عمومی فعالیت می کنند و ایجاد هماهنگی بین برنامه های خدماتی، آموزشی و پژوهشی. به طور کلی سه هدف بهداشت روانی دارد: الف) پیشگیری ب) درمان ج) بازتوانی یا توان بخشی. (میلانی فر، ۱۳۷۶). ذهن آگاهی یک ظرفیت ویژه ای متفاوت در افراد مختلف است که هدف آن افزایش آگاهی افراد می باشد (شولمن، دک، ریان، برو، سوادواسکی و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی شامل مداخلاتی است که باعث تمرکز ذهن می شود و اثرات مثبت بر سلامت روان و کاهش دردهای ذهنی و روانشناختی دارد (مارساک، الراهال، پترز، کاندو و لامباردو^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین ذهن آگاهی یک فرایند شناختی خلاق است که از طریق توجه به اهداف واقعی بدن و در زمان حال، بدون قضاوت راجع به تجربیات آشکار، لحظه به لحظه پدیدار می شود (سوگیورا و سوگیورا^۶؛ ۲۰۲۰). در نتیجه ذهن آگاهی باعث می شود افراد به جای چالش با افکار خود، بدون قضاوت آنها را بپذیرند و ارزش های زندگی خود را درک و بر اساس آنها رفتارهای خود را تنظیم نمایند و برای خود یک

⁴ Shulman, Dueck, Ryan, Breau, Sadowski et al.

⁵ Marusak, Elrahal, Peters, Kundu, Lombardo et al.

⁶ Sugiura & Sugiura

زندگی هدفمند، غنی و پرمعنا بسازند (خلید، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با بهبود اضطراب و افسردگی (هافمن و گومز؛ ۲۰۱۷) و استرس (کارپنتر، سانفورد و هافمن؛ ۲۰۱۹) ارتباط دارد.

منابع

۱. احمدی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۳(۵۰)، ۱-۲۰.
۲. راکی، ش. و نادری، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف پذیری کنشی و اضطراب رقابتی ورزشکاران زن. مجله روان پرستاری، ۶(۶)، ۱۹-۲۶.
۳. کاظمی، ن.، حسینیان، س. و رسول زاده، و. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان با اختلال یادگیری ویژه. مجله توانمند سازی کودکان استثنایی، ۱۰(۳)، ۱۳۸-۱۲۵.
۴. کریمی، س.، متقی ش. و مرادی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تاب آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزارجنسی: مطالعه تک آزمودنی. مجله مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۲(۴۶)، ۹۳-۱۳۰.
۵. موسوی، س.ا.، پورحسین، ر.، زارع مقدم، ع.، رضائی، ر.، حسنی اسطلخی، ف. و میربلوک بزرگی، ع. (۱۳۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) مجله رویش روان شناسی، ۹(۴)، ۱۴۴-۱۳۳.
۶. میلانی فر، ب. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.
7. Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*, 50(3), 630-645.
8. Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.
9. Khalid, N. H. M. (2020). The emergence of mindfulness acceptance commitment for psychological enhancement during covid-19 pandemic. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 6081-6090.
10. Marusak, H. A., Elrahal, F., Peters, C. A., Kundu, P., Lombardo, M. V., Calhoun, V. D.,... & Rabinak, C. A. (2018). Mindfulness and dynamic functional neural connectivity in children and adolescents. *Behavioural brain research*, 336, 211-218.

⁷ Khalid

⁸ Hofmann & Gómez

⁹ Carpenter, Sanford & Hofmann

11. Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 235, 61-67.
12. Sugiura, Y., & Sugiura, T. (2020). Relation Between Daydreaming and Well-Being: Moderating Effects of Otaku Contents and Mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 21(4), 1199-1223.
13. YAVUZ, B., & DİLMAÇ, B. (2020). The relationship between psychological hardiness and mindfulness in university students: The role of spiritual well-being. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5(3), 257-271.