

**PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI DENGAN TERAPI
MINDFULNESS PADA REMAJA YANG MENGALAMI
DEPRESI
*LITERATURE REVIEW***

SKRIPSI



Oleh :
NURUL FAIDAH
NIM. 17010160

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

**PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI DENGAN TERAPI
MINDFULNESS PADA REMAJA YANG MENGALAMI
DEPRESI
*LITERATURE REVIEW***

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh :
NURUL FAIDAH
NIM. 17010160

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

MOTTO

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum hingga mereka mengubah diri mereka sendiri”

(QS. Ar-Ra’d: 11)

“Jangan **terintimidasi** dengan **kesuksesan orang** lain, jangan iri dengan **pencapaian orang** lain. Karena semua **bunga** di dunia ini tidak **mekar** secara **bersamaan..**”

#abdi_suardi

“Nikmati proses, jangan protes... sesulit apapun prosesnya, tetap tenang dan kuasai keadaan”

#Nurul_NF

HALAMAN PERSEMBAHAN

Segala puji Allah SWT atas limpahan rahmat dan Ridha-Nya yang senantiasa selalu memberikan kemudahan, petunjuk, kekuasaan dan keyakinan sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya.

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Abdul Rohmat dan Ibu Yiyik Yuliatin yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, doa dan nasehat untuk menjadi lebih baik. Terimakasih bapak dan ibu atas semua yang telah engkau berikan semoga selalu diberi kesehatan dan panjang umur agar dapat menemani langkah kecilku bersama adik Selly Isna Kamila menuju kesuksesan.
2. Menyelesaikan skripsi jelas bukanlah momen mudah yang saya jalani sebagai mahasiswa. Terima kasih untuk kedua dosen pembimbing, bapak Syaiful Bachri, S.KM., M.Kes dan bapak Akhmad Efrizal A., S.Kep., Ns., M.Si yang telah sabar membimbing, memberi arahan serta selalu memberi motivasi kepada saya selama proses penyusunan skripsi ini hingga selesai. Meskipun sering terdengar berang, tapi bapak selalu rajin mengingatkan saya untuk ikut bimbingan.
3. Pada semua dosen dan keluarga besar Universitas dr. Soebandi yang telah banyak memberikan ilmu, pengalaman serta motivasi selama perkuliahan. Seluruh bekal ilmu yang telah bapak ibu bagikan semoga bisa menjadi modal untuk menjawab tantangan di masa mendatang. Untuk semua kemarahan, kritikan, dan tuntutan yang diberikan, saya ucapkan banyak terima kasih.
4. Terima kasih untuk teman terdekat saya Bella Feby A. P., Hyasinta Fernanda K. M., Imroh Atut Toibah, Khairunnisa Salsabila T., Novia Purwindasari, Riska Tamara, Siti Maimunah serta teman-teman semua yang selalu memberi semangat, doa dan motivasi.

LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil penelitian ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar hasil pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas dr. Soebandi

Jember, 13 September 2021

Pembimbing I



Syaiful Bachri., S.KM., M.Kes
NIDN.4020016201

Pembimbing II



Akhmad Efrizal Amrulloh, S.Kep. Ns., M.Si
NIDN. 0719128102

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir yang berjudul *Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi* telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Sarjana Keperawatan pada :

Hari : Senin
Tanggal : 13 September 2021
Tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan
Universitas dr. Soebandi

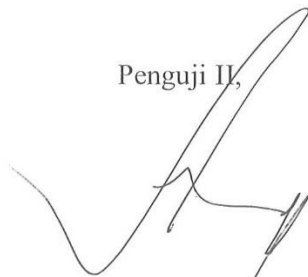
Tim Penguji

Penguji,



Lulut Sasmito, S. Kep., Ns., M. Kes
NIDN. 4009056901

Penguji II,



Syaiful Bachri., S.KM., M.Kes
NIDN.4020016201

Penguji III,



Akhmad Efrizal Amrulloh, S.Kep. Ns., M.Si
NIDN. 0719128102

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas dr. Soebandi,



Hella Mulya Tursina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0706109104

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi yang berjudul “Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi (*Literature review*)” adalah karya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi manapun.

Nama : Nurul Faidah

NIM : 17010160

Adapun bagian-bagian tertentu dalam penyusunan Skripsi ini yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika penulisan ilmiah.

Apabila dikemudian hari ditemukan adanya kecurangan Skripsi ini, saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademis yang saya sandang dan sanksi-sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Jember, 13 September 2021



Nurul Faidah
17010160

SKRIPSI

**PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI DENGAN TERAPI MINDFULNESS PADA
REMAJA YANG MENGALAMI DEPRESI
*LITERATURE REVIEW***

Oleh:

Nurul Faidah

NIM. 17010160

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Syaiful Bachri, S.KM, M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Akhmad Efrizal Amrulloh, S.Kep. Ns., M.Si

ABSTRAK

Faidah, Nurul*. Bachri, Syaiful**. Amrulloh, Akhmad Efrizal***

Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi. Literature Review. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi.

Pendahuluan: Depresi masih menjadi permasalahan pada remaja. Menurut WHO 2020 jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang di dunia atau sekitar 4.4% dari populasi. Prevalensi di Indonesia menunjukkan sebesar 6.2% untuk usia 15 tahun keatas atau sekitar 11 juta orang menderita depresi. Salah satu terapi untuk pencegahan dan penanganan depresi pada remaja dengan psikoterapi, salah satunya yaitu melalui terapi *mindfulness*. *Mindfulness* telah memberikan bukti bahwa meditasi mengurangi gejala kesehatan mental maladaptif, seperti stress dan kecemasan serta meningkatkan kesejahteraan psikologis Tujuan dari *literature review* ini adalah menjelaskan perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi. **Metode:** Desain penelitian ini menggunakan *traditional review* dengan menggunakan *database* Google Scholar, PubMed, Science Direct, dan Springer Link. Kriteria artikel yang digunakan adalah yang diterbitkan tahun 2016 sampai tahun 2020, kriteria inklusi usia remaja 13 tahun-22 tahun dengan tingkat depresi rendah dan sedang, desain artikel *quasy experimental*. **Hasil:** Dari lima artikel yang di review, sebelum terapi tingkat depresi pada remaja terbanyak dalam kategori depresi sedang. **Analisis:** Kemudian setelah dilakukan terapi *mindfulness* terbanyak depresi dalam kategori depresi ringan, dengan uji analisis hasil dengan *p value* <0.05. Dengan demikian dari lima artikel yang di review ada perubahan penurunan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi. **Diskusi:** Perawat puskesmas atau guru BP di sekolah dapat menerapkan terapi *mindfulness* bagi remaja dengan depresi ringan dan sedang.

Kata kunci: Terapi *mindfulness*, depresi, remaja

*Peneliti : Nurul Faidah

**Pembimbing 1 : Syaiful Bachri, S.KM, M.Kes

***Pembimbing 2 : Akhmad Efrizal Amrulloh, S.Kep., Ns., M.Si

ABSTRACT

Faidah, Nurul*. Bachri, Syaiful**. Amrulloh, Akhmad Efrizal***

Changes in depression levels with mindfulness therapy in depressed adolescents. Literature Review. Essay. Nursing Science Study Program, University of dr. Soebandi.

Introduction: Depression is still a problem in teenagers. According to WHO 2020 the number of people with depression is 322 million people in the world or about 4.4% of the population. The prevalence in Indonesia shows 6.2% for those aged 15 years and over or around 11 million people suffer from depression. One therapy for the prevention and treatment of depression in adolescents with psychotherapy, one of which is through mindfulness therapy. Mindfulness has provided evidence that meditation reduces maladaptive mental health symptoms, such as stress and anxiety and improves psychological well-being. The purpose of this literature review is to describe changes in depression levels with mindfulness therapy in depressed adolescents. **Methods:** This research design uses a traditional review using Google Scholar, PubMed, Science Direct, and SpringerLink databases. The criteria for the articles used were those published from 2016 to 2020, the inclusion criteria for adolescents aged 13 years-22 years with low and moderate levels of depression, quasi experimental article design. **Results:** Of the five articles reviewed, before therapy the level of depression in adolescents was mostly in the category of moderate depression. **Analysis:** Then after mindfulness therapy, the most depression was in the category of mild depression, with an analysis test of the results with p value <0.05. From the five articles reviewed, there was a change in the decrease in depression levels with mindfulness therapy in adolescents with depression. **Discussions:** The health center nurse or BP teachers at school can apply mindfulness therapy for adolescents with mild and moderate depression.

Keywords: Mindfulness therapy, depression, adolescents

*Researcher : Nurul Faidah

**Advisor 1 : Syaiful Bachri, S.KM, M.Kes

***Advisor 2 : Akhmad Efrizal Amrulloh, S.Kep., Ns., M.Si

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan. Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi dengan judul “Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi (*Literature Review*)”.

Selama penyusunan Tugas Akhir ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. Said Mardijianto, S.Kep., Ns., MM selaku Rektor Universitas dr. Soebandi
2. Hella Meldy Tursina, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi
3. Ns. Irwina Angelia Silvanasari, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi
4. Lulut Sasmito, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Penguji
5. Syaiful Bachri, S.KM.,M.Kes selaku Pembimbing I
6. Akhmad Efrizal A., S.Kep.,Ns.,M.Si selaku Pembimbing II

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 13 September 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Depresi.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Jenis-jenis depresi	8

2.1.3	Tingkat depresi	11
2.1.4	Gejala depresi	12
2.1.5	Ciri-ciri depresi	14
2.1.6	Perspektive depresi	15
2.1.7	Penyebab depresi	21
2.1.8	Risiko depresi	24
2.1.9	Pengukuran depresi	25
2.1.10	Treatment untuk penurunan depresi	29
2.2	Konsep Terapi Mindfulness	37
2.2.1	Pengertian	37
2.2.2	Model terapi mindfulness	38
2.2.3	Sikap-sikap yang kondusif bagi mindfulness	39
2.2.4	Aspek-aspek dalam mindfulness	41
2.2.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi mindfulness	42
2.2.6	Pelatihan mindfulness	44
2.2.7	Manfaat terapi mindfulness	46
2.2.8	Pengukuran mindfulness	49
2.2.9	Kelebihan dan kekurangan mindfulness	49
2.2.10	Faktor penghambat mindfulness	50
2.3	Konsep Remaja	50
2.3.1	Pengertian	50
2.3.2	Tahap-tahap masa remaja	51
2.3.3	Pertumbuhan dan perkembangan remaja	52
2.3.4	Perubahan kognitif	54
2.3.5	Perubahan psikososial	55
2.3.6	Risiko kesehatan	56
2.4	Kerangka konsep	58
BAB 3. METODE PENELITIAN		61
3.1	Strategi pencarian <i>literature</i>	61
3.1.1	Protokol dan registrasi	61
3.1.2	Database pencarian	61
3.1.3	Kata kunci	61
3.2	Kriteria inklusi dan eksklusi	62

3.3	Seleksi studi dan penilaian kualitas	63
BAB 4. ANALISIS DAN HASIL		64
4.1	Karakteristik studi	64
4.2	Karakteristik responden.....	69
4.2.1	Usia responden	69
4.2.2	Jenis kelamin responden	70
4.2.3	Jenis tingkat pendidikan responden.....	71
4.3	Data khusus	72
4.3.1	Tingkat depresi sebelum terapi	72
4.3.2	Tingkat depresi sesudah depresi.....	73
4.3.3	Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi	75
BAB 5. PEMBAHASAN		77
4.1	Tingkat depresi sebelum terapi mindfulness	77
4.2	Tingkat depresi sesudah terapi mindfulness	82
4.3	Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi	85
BAB 6. PENUTUP.....		89
1.1	Kesimpulan.....	89
6.2.1	Tingkat depresi sebelum terapi	89
6.2.2	Tingkat depresi sesudah terapi.....	89
6.2.3	Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi.....	89
6.3	Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA		91
LAMPIRAN		99

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kata Kunci.....	62
Tabel 3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	62
Table 4.1 Karakteristik studi.....	65
Table 4.2 Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan usia responden pada lima artikel yang di <i>review</i>	69
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan jenis kelamin responden pada lima artikel yang di <i>review</i>	70
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan jenis tingkat pendidikan responden pada lima artikel yang di <i>review</i>	71
Table 4.5 Tingkat depresi sebelum terapi <i>mindfulness</i> dari lima artikel yang di <i>review</i>	72
Tabel 4.6 Tingkat depresi sesudah terapi <i>mindfulness</i> dari lima artikel yang di <i>review</i>	73
Tabel 4.7 Perubahan tingkat depresi dengan terapi <i>mindfulness</i> pada remaja yang mengalami depresi dari lima artikel yang di <i>review</i>	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual.....	61
Gambar 3.3 Seleksi studi dan penilaian kualitas	63

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Jadwal penyusunan skripsi	99
LAMPIRAN 2 Standart Operasional Prosedur (SOP) Mindfulness.....	100
LAMPIRAN 3 Alat pengukuran depresi.....	121
Beck Depression Inventory-I (BDI-I)	121
Beck Depression Inventory-II (BDI-II).....	126
Depression Anxiety Stress Scales (DASS).....	131
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	134
LAMPIRAN 4 Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)	136
LAMPIRAN 5 Artikel Jurnal	138
Jurnal 1	138
Jurnal 2	153
Jurnal 3	162
Jurnal 4	173
Jurnal 5	183
LAMPIRAN 6. Kegiatan bimbingan	187
LAMPIRAN 7. Curriculum vitae	192

DAFTAR ISTILAH

CBT	: <i>Cognitive behavioural therapy</i> / Terapi Perilaku Kognitif
<i>Comparison</i>	: Perbandingan
DALYs	: <i>Disability Adjusted Life Year</i> / Tahun Kehidupan Yang Disesuaikan Dengan Kecacatan/ Penyakit
ECT	: <i>Electroconvulsive Therapy</i> / Terapi Elektrokonvulsif
HPV	: Human <i>papillomavirus</i>
<i>Intervention</i>	: <i>Intervensi</i>
IPT	: <i>Interpersonal therapy</i> / Terapi interpersonal
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
<i>Keyword</i>	: Kata Kunci
<i>Language</i>	: Bahasa
<i>Literature Review</i>	: Penelitian Kepustakaan
<i>Luteal</i>	: Tahap Akhir Siklus Menstruasi Atau Pada Tahap Awal Siklus Estrus
MBCT	: <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> / Terapi Kognitif Berbasis Perhatian
MBSR	: <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> / Pengurangan Stres Berbasis Perhatian
<i>Mindfulness</i>	: Penuh Perhatian/ Kesadaran
MIT	: Massachusetts Institute of Technology/ Institut Teknologi Massachusetts
<i>Outcome</i>	: Hasil
PhD	: <i>Doctor of Philosophy</i> / Doktor Filsafat
PICOS	: <i>Population Intervention Comparison Outcomes Study design</i>
PMDD	: <i>Premenstrual Dysphoric Disorder</i> / Gangguan Disforik Pra-Menstruasi
<i>Population/ problem</i>	: Populasi/ Masalah

PRISMA	: <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
<i>Publication year</i>	: Tahun Publikasi
Pusdatin	: Pusat Data dan Informasi
RBD	: <i>Recurrent Brief Depression/ Depresi Recurrent Singkat</i>
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SAD	: <i>Seasonal Affective Disorder/ Gangguan Afektif Musiman</i>
<i>Self Esteem</i>	: Harga Diri
<i>Social Withdrawal</i>	: Menarik Diri
<i>Spiritual Well-being</i>	: Kesejahteraan Spiritual
SSRI	: <i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>
<i>Study design</i>	: Desain Studi
TCA	: <i>Tricyclic Antidepressants/ Antidepresan Trisiklik</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan gangguan suasana hati yang menyebabkan penderitanya terus-menerus merasa sedih. Berbeda dengan kesedihan biasa yang umumnya berlangsung selama beberapa hari, perasaan sedih pada depresi bisa berlangsung hingga berminggu-minggu atau sampai berbulan-bulan (Kemenkes RI, 2018b). depresi ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan menurun, kelelahan, dan mengalami konsentrasi yang buruk (WHO, 2020a).

Dalam masa tiga dekade (1990-2017), terjadi perubahan pola penyakit mental, dimana yang mengalami peningkatan *Disability Adjusted Life Year* (DALYs) diantaranya skizofrenia, bipolar, autisme, dan gangguan perilaku makan. Gangguan depresi menduduki urutan pertama dalam tiga dekade. Gangguan depresi dapat dialami oleh semua kelompok usia (Pusdatin Kemenkes RI, 2019). Depresi pada remaja diprediksi menjadi fenomena gangguan psikologis yang mengancam remaja saat ini. Survey yang dilakukan oleh *Harvard School of Public Health* dan *World Bank* mendapatkan angka *Global Burden of Disease* 2000 yang disebabkan oleh depresi pada penduduk umur 15-44 tahun adalah sebesar 8,6% *Disability Adjusted Life Year* (DALYs) (Apriliyani *et al.*, 2018).

Organisasi Kesehatan dunia (WHO, 2020b) menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa umum yang prevalensinya paling tinggi. Lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) menderita kecemasan. Sementara itu jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang di seluruh dunia (4,4% dari populasi) dan hampir separuhnya berasal dari wilayah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Depresi merupakan kontributor utama kematian akibat bunuh diri, yang mendekati 800.000 kejadian bunuh diri setiap tahunnya.

Hasil riskesdas 2018 menunjukkan gangguan sudah mulai terjadi sejak rentang usia remaja (15-24 tahun), dengan prevalensi 6,2% dari jumlah penduduk Indonesia atau setara dengan 11 juta orang (Pusdatin Kemenkes RI, 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan, prevalensi depresi total penduduk yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia mencapai 6,1%. Prevalensi depresi tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah sebesar 12,3% dan Gorontalo sebesar 10,3%. Dari 34 provinsi, Jawa Timur menduduki urutan ke-25 yaitu sebesar 4,5%. Adapun provinsi yang memiliki prevalensi depresi terendah terdapat di Jambi sebesar 1,8% (Pusdatin Kemenkes RI, 2019).

Laporan data Riset Kesehatan Dasar Jawa Timur dalam (Kemenkes RI, 2018a) menunjukkan prevalensi depresi dari 29 kabupaten dan 9 kota, Kota Malang menduduki urutan pertama dengan jumlah prevalensinya yaitu 10,2%. Kemudian disusul Kota Mojokerto dengan prevalensi 10,1% dan Malang sebesar 9,5%. Kabupaten Jember berada di urutan ke-5 dengan prevalensi sebesar 7,9%, dan kota yang memiliki jumlah kasus depresi terendah adalah Sumenep dengan prevalensi sebesar 0,7%.

Menurut (Dianovinina, 2018) di beberapa tahun terakhir, prevalensi remaja yang mengalami depresi mulai meningkat, salah satunya merupakan hasil penelitian (Mojtabai et al., 2016) terhadap 172.495 remaja yang berusia 12-17 tahun dan 178.755 usia dewasa antara 18-25 tahun di Amerika Serikat, menunjukkan prevalensi terjadinya depresi pada remaja dan dewasa awal meningkat di tahun-tahun terakhir ini, yaitu dari 8.7% di tahun 2005 menjadi 11.3% di tahun 2014 pada usia remaja, dan dari 8.8% menjadi 9.6% pada usia dewasa awal. Selain itu, penelitian dilakukan oleh Vardanyan (2013) yang menggunakan 713 siswa di Armenia menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi kemungkinan terjadinya depresi adalah 16.7% diantaranya yaitu 6.2% adalah laki-laki dan 21.6% adalah perempuan.

Secara umum tingginya angka depresi pada remaja dapat disebabkan oleh faktor biologi, genetic dan psikososial. Depresi juga dapat terjadi saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang. Akumulasi stressor yang terus menumpuk dan yang tidak terselesaikan disinyalir sebagai pemicu munculnya depresi (Apriliyani *et al.*, 2018).

Dampak negatif dari depresi dapat menimbulkan masalah yang serius bagi remaja. Adanya penurunan minat dalam berbagai aktivitas keseharian, menarik diri dari kawan sebaya dan bersamaan dengan semakin berkembangnya gejala depresi tersebut, remaja dapat juga melakukan penyalahgunaan narkoba, gangguan perilaku antisosial hingga mempunyai ide untuk bunuh diri. Kondisi depresi pada remaja ini akan berdampak negatif dan berakibat pada kesulitan

dalam proses belajar, konsentrasi, penurunan daya ingat, kehilangan semangat, minat dan rasa yang tentunya akan berimplikasi terhadap proses belajar disekolah (Apriliyani *et al.*, 2018).

Program pencegahan telah terbukti mengurangi depresi, baik untuk anak-anak (misalnya melalui perlindungan dan dukungan psikologis setelah pelecehan fisik dan seksual) dan orang dewasa (misalnya melalui bantuan psikososial setelah bencana dan konflik) (WHO, 2019). Penyedia layanan kesehatan mungkin menawarkan perawatan psikologis seperti aktivasi perilaku, terapi perilaku kognitif (CBT) dan psikoterapi interpersonal (IPT), atau obat antidepresan seperti inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI) dan antidepresan trisiklik (TCA) (WHO, 2020a). Ada juga perawatan yang efektif. Depresi ringan sampai sedang dapat diobati secara efektif dengan terapi bicara, seperti terapi perilaku kognitif atau psikoterapi. Antidepresan dapat menjadi bentuk pengobatan yang efektif untuk depresi sedang hingga berat, tetapi bukan pengobatan lini pertama untuk kasus depresi ringan (WHO, 2019). Dari beberapa literatur menyebutkan, pencegahan dan penanganan depresi pada remaja dengan psikoterapi, terbilang efektif untuk mengatasi depresi yang terjadi (Fourianalistyawati & Listyandini, 2017).

Salah satu psikoterapi yang banyak dikembangkan adalah melalui terapi *mindfulness* (Apriliyani *et al.*, 2018). Beberapa penelitian di Amerika telah menunjukkan bahwa individu yang mengalami depresi atau simtom depresi cenderung memiliki tingkat *mindfulness* yang rendah, dibuktikan dengan aktivitas neural yang bertolak belakang pada individu yang depresi dan individu yang

memiliki tingkat *mindfulness* yang tinggi (Way, 2010). Individu yang memiliki kemampuan *mindfulness* yang tinggi cenderung memiliki tingkat depresi yang rendah, sebaliknya individu yang dengan tingkat depresi yang tinggi diketahui memiliki tingkat *mindfulness* yang rendah (Heath *et al*, 2016) dalam (Fourianalistyawati & Listyandini, 2017).

Menurut Brown & Ryan (2004) dalam (Fourianalistyawati & Listyandini, 2017) *Mindfulness* merupakan kesadaran yang terbuka dan merupakan kondisi perhatian terhadap apa yang terjadi pada saat sekarang. *Mindfulness* didefinisikan sebagai “*awareness of present experience, with acceptance*” (Germer, 2009) dalam (Fourianalistyawati & Listyandini, 2017).

Mindfulness berperan positif dan signifikan terhadap setiap dimensi kesejahteraan psikologis pada remaja salah satunya terhadap dimensi penerimaan diri. *Mindfulness* juga terbukti memiliki kaitan dengan penerimaan diri (Jannah, 2019) dan berperan dalam peningkatan penerimaan diri remaja (Fauzia & Listiyandini, 2018) dalam (Waney *et al.*, 2020)

Penelitian tentang pengaruh terapi *mindfulness* terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja. Penelitian yang dilakukan Shomaker, *et al.* pada remaja yang mengalami gejala depresi juga menyatakan bahwa pada pasca perawatan selama enam bulan, remaja yang mendapatkan terapi *mindfulness* memiliki penurunan gejala depresi yang lebih besar dari pada remaja yang mendapatkan terapi perilaku-kognitif. Dibandingkan dengan remaja yang mendapatkan terapi perilaku-kognitif, remaja yang mendapatkan terapi berbasis

mindfulness ini memiliki penurunan terhadap resistensi insulin yang lebih besar pasca perawatan. Hal ini menunjukkan bahwa, terapi *mindfulness* dapat diterapkan pada remaja yang juga mengalami permasalahan kesehatan secara fisik (Apriliyani *et al.*, 2018).

Salah satu langkah dalam mencegah kemunculannya depresi yaitu dengan melakukan deteksi dini terhadap tanda-tanda depresi. Pencegahan sejak dini bisa dilakukan melalui pendekatan promosi kesehatan secara langsung pada remaja. Dengan adanya pencegahan kemunculan depresi sejak dini, remaja diharapkan mampu untuk mengontrol dan mengatasi stressor dengan mandiri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah penelitian *review* sebagai berikut “Apakah ada perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi?”

1.3 Tujuan

Tujuan penelitian *literature review* meliputi tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mendeskripsikan tingkat depresi pada remaja sebelum terapi *mindfulness*
- 2) Mendeskripsikan tingkat depresi pada remaja sesudah terapi *mindfulness*
- 3) Menganalisis perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Remaja

Menambah wawasan dan pengetahuan bahwasannya terapi *mindfulness* dapat menurunkan tingkat depresi kategori ringan-sedang pada remaja.

1.4.2 Bagi Instansi Kesehatan dan Pendidikan

Literature Review ini dapat menambah informasi bahwa remaja yang mengalami depresi dalam kategori ringan-sedang dapat diobati secara non farmakologis yaitu menggunakan terapi *mindfulness*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Depresi

2.1.1 Pengertian

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stress yang tidak diatasi hingga jatuh ke fase depresi. Menurut Atkinson (1991) depresi sebagai suatu gangguan mood yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri (Lubis, 2016).

Dalam pengertian ilmiah, depresi diartikan sebagai suatu keadaan emosi yang mempunyai karakteristik seperti perasaan sedih, perasaan gagal dan tidak berharga, dan menarik diri dari orang lain ataupun lingkungan (Sue *et al.*, 1986). Leitenberg & Wilson (1986) menyatakan bahwa mereka yang depresi menunjukkan kontrol diri rendah, yaitu evaluasi diri yang negatif, harapan terhadap performance rendah, suka menghukum diri dan sedikit memberi hadiah terhadap diri sendiri (Sulistiyorini & Sabarisman, 2017).

2.1.2 Jenis-jenis Depresi

Jenis depresi tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala. Tingkat depresi dapat dikategorikan ringan, sedang dan berat atau parah. Perbedaan utama juga dibuat antara depresi pada orang yang mempunyai maupun tidak mempunyai

riwayat depresi. Kedua yaitu jenis depresi, depresi kronis (dalam periode jangka panjang) yang kambuh, terutama pada penderita yang tidak melakukan pengobatan (WHO, 2020a).

Secara garis besar, jenis gangguan depresi dibagi menjadi dua, yaitu gangguan depresi unipolar dan gangguan depresi bipolar (Safaria, 2021).

1) Depresi Unipolar

Depresi unipolar terdiri atas gangguan depresi mayor dan gangguan depresi distimik.

a) Depresi Mayor

Dalam gangguan depresi mayor ini, terdapat juga bentuk lainnya, yaitu depresi psikotik (*psychotic depression*). Symptom yang muncul adalah halusinasi dan delusi. Halusinasi dapat berupa indera sensori, seperti penciuman, penglihatan dan pendengaran.

Terdapat juga bentuk subkategori dari depresi mayor, yaitu *seasonal affective disorder* (SAD). Karakteristik dari gangguan ini adalah berkaitan dengan musim, ketika musim berubah maka individu mengalami perubahan suasana hatinya dan tentu saja banyak terjadi di Negara yang mempunyai empat musim. Symptom yang sering dimunculkan adalah lesu, energy yang lemah, terlalu banyak tidur, makan berlebihan dan akibatnya berat badan bertambah.

b) Depresi Distimik

Gangguan distimia (*dysthymic disorder*) dicirikan dengan adanya episode depresi sedang yang berlangsung lama dan menetap minimal selama dua tahun atau lebih lama lagi. Berikut ada Sembilan symptom di bawah ini :

- Harga diri rendah
- Pesimistis atau hilang harapan
- Kehilangan kesenangan secara umum
- Adanya *social withdrawal*
- Kelelahan yang kronis
- Rasa bersalah atau menyesal tentang masa lalu
- Iritabilitas (mudah marah dan sensitif)
- Menurunnya aktivitas atau produktivitas
- Kehilangan kemampuan konsentrasi dan ingatan
- Kehilangan kemampuan membuat keputusan

c) Heterogenitas Depresi Mayor

Terdapat juga jenis depresi dalam kategori depresi unipolar yang dinamakan depresi yang tidak terklasifikasi. Ada tiga kategori depresi residual yang pertama, depresi minor (*minor depression*) symptom depresi hanya terjadi selama dua minggu, tetapi kurang dari lima symptom. Kedua, yaitu *recurrent brief depression* yang terjadi paling sedikit setiap bulan dan bersifat intens, berdurasi selama dua atau empat belas hari dan tidak berhubungan dengan siklus menstruasi. Tipe ketiga, yaitu *premenstrual dysphoric*

disorder yang terjadi pada minggu terakhir fase *luteal* dari siklus menstruasi, dan cukup berat untuk menghambat fungsi peran wanita tersebut (Carr, 2001; Kendall *et al.*, 1998; Nevis *et al.*, 2002).

2) Depresi Bipolar

- a) Depresi bipolar tipe I : Mengalami semua episode manik (tidak pernah mengalami depresi mayor), hipomanik (menghambat fungsi sosial), depresif, dan campuran .
- b) Depresi bipolar tipe II : Ketika klien hanya mengalami depresi mayor dan hipomanik
- c) Cyclothymia : Gangguan depresi yang tidak berulang namun bersifat kronis
- d) Comorbidities : Gangguan depresi yang terjadi bersamaan dengan beberapa jenis gangguan atau penyakit lainnya.

2.1.3 Tingkatan Depresi

Depresi mempunyai 3 tingkatan, mulai dari ringan, sedang, dan berat. Berikut ini karakteristik depresi pada setiap tingkatannya (Mad Zaini, 2019).

a) Depresi ringan

Karakteristik depresi ringan adalah sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi, ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya, tidak boleh ada gejala yang berat, lamanya sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan.

b) Depresi sedang

Karakteristik depresi sedang adalah sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi, ditambah sekurang-kurangnya 3-4 dari gejala lainnya, tidak boleh ada gejala yang berat, lamanya minimum 2 minggu, penderita akan mengalami kesulitan untuk melanjutkan suatu kegiatan, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c) Depresi berat

Karakteristik depresi berat adalah semua gejala utama depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa harus ada gejala yang berat, lamanya sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu, bila gejalanya berat maka bisa kurang dari 2 minggu, si penderita sangat tidak akan mampu untuk melanjutkan kegiatan, pekerjaan atau urusan rumah tangga.

2.1.4 Gejala Depresi

Beck (1985) dalam (Sulistyorini & Sabarisman, 2017) mengklasifikasikan gejala-gejala depresi dalam empat kelompok yaitu:

1. Mood

Perubahan pada perasaan penderita yaitu berupa kesedihan, berkurang bahkan hilangnya kesenangan, apatis, berkurang bahkan hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, kecemasan, hilangnya respon terhadap kegembiraan.

2. Kognitif

Memiliki tiga bagian yang berbeda. Bagian pertama sikap penderita yang menyimpang terhadap diri, pengalaman dan masa depannya. Gejala ini termasuk menilai jelek diri sendiri, distorsi citra tubuh dan harapan negative. Bagian kedua adalah penempatan kesalahan kepada diri sendiri. Penderita meyakini bahwa dirinya adalah sumber permasalahan. Bagian ketiga ditandai dengan ketidakmampuan penderita dalam mengambil keputusan.

3. Motivasional

Diartikan dengan tidak adanya keinginan untuk melakukan berbagai aktivitas seperti makan dan minum obat, timbulnya hasrat untuk mati dan meningkatnya ketergantungan pada orang lain.

4. Perilaku dan vegetatif

Merupakan refleksi dari gejala-gejala diatas, meliputi gangguan tidur, kepasifan seperti tiduran selama berjam-jam, menarik diri, retardasi dan agitasi pada perilakunya, gangguan nafsu makan atau anoreksia, gangguan aktivitas seksual.

Beck (1985) dalam (Sulistyorini & Sabarisman, 2017) menghubungkan tingkat keparahan depresi dengan gejala-gejala sebagai berikut:

1. Menurunnya selera makan

Tahap ringan muncul berupa ketidak inginan individu untuk makan, tahap sedang ditandai dengan benar-benar hilangnya selera makan dan individu lupa makan tanpa disadari. Tahap berat individu harus

memaksa diri sendiri atau dipaksa orang lain untuk makan (beberapa kasus menunjukkan kebalikannya, individu makan berlebihan).

2. Gangguan tidur

Tahap ringan ditandai apabila individu tidur dengan jumlah jam yang lebih banyak dari biasanya dan individu menyadarinya, namun beberapa kasus menunjukkan kebalikannya. Tahap sedang ditandai apabila individu bangun satu atau dua jam lebih awal dari biasanya. Tahap berat ditandai apabila individu hanya tidur sekitar empat atau lima jam, mengalami kesulitan untuk tidur kembali atau bahkan individu tidak dapat tidur sama sekali dimalam hari.

3. Hilangnya gairah seksual

Pada tahap ringan akan mengalami penurunan dalam merespon stimulus seksual, pada tahap sedang tidak memiliki hasrat seksual spontan dan pada tahap berat individu benar-benar tidak memiliki respon terhadap stimulus seksual.

4. Timbulnya kelelahan

Pada tahap ringan individu merasa cepat lelah dibanding dari biasanya, tahap sedang penderita akan merasakan lelah saat bangun tidur, dan pada tahap berat individu merasa terlalu lelah untuk melakukan apapun.

2.1.5 Ciri-ciri Depresi

Malhi & Bridges (1998) mengemukakan bahwa depresi secara klinis ditunjukkan dengan:

1. Penampilan (*appearance*) dan tingkah laku (*behavior*)

Umumnya individu yang mengalami depresi nampak dari kontak mata yang lambat dan redup, duduk dengan tubuh seperti tidur, dengan kepala tertunduk dan bahu lunglai.

2. Kecepatan dalam berbicara (*speech*)

Individu yang depresi sering bicara lambat dan cenderung pendiam serta suaranya monoton. Individu yang depresi juga sering menggunakan kata-kata yang minim dan lambat memberikan respon terhadap pertanyaan yang diajukan.

3. *Mood*

Mood individu yang mengalami depresi cenderung menunjukkan *mood* yang berubah-ubah. Individu yang depresi umumnya menunjukkan kesedihan dan kehilangan harapan. Individu yang depresi juga sering apatis atau tidak peduli dengan lingkungan.

4. Kelelahan (*fatigue*) dan kehilangan energy (*lethargy*)

Individu yang depresi umumnya mengalami kelelahan tiba-tiba karena semangat yang menurun secara tidak terkendali. Kehilangan energy (*lethargy*) juga sering terjadi. *Lethargy* syndrome adalah keadaan dimana individu merasa tidak bertenaga, lemas, lesu, merasa ngantuk serta mudah lelah.

2.1.6 Perspektif Terjadinya Depresi

Menurut Sulistyorini & Sabarisman (2017) ada beberapa teori yang dapat digunakan untuk menjelaskan munculnya gangguan depresi sebagai berikut:

1. Teori kognitif

Teori ini dikemukakan oleh Beck (1985) dengan dasar bahwa suatu pengalaman yang sama akan mempengaruhi dua orang dengan cara yang berlainan. Perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh cara pandang individu yang bersangkutan terhadap sebuah peristiwa. Cara pandang atau interpretasi dari kognisi yang sering keliru adalah melibatkan distorsi negatif terhadap pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme, dan keputusan. Pandangan negatif yang dipelajari ini selanjutnya menyebabkan perasaan depresi (Kaplan *et al.*, 1997).

Burn (1988) menjelaskan bahwa bukanlah peristiwa sebenarnya, namun persepsi diri sendiri yang mengakibatkan perubahan suasana hati. Emosi lebih disebabkan oleh cara seseorang dalam memandang berbagai hal. Apabila individu bersedih maka pikirannya akan menampilkan suatu penafsiran realitas tentang peristiwa yang negatif. Pada penderita depresi, maka akan muncul pikiran-pikiran yang tidak logis, berputar balik, tidak realistis ataupun semata-mata salah. Hal ini karena disebabkan pemahaman mereka mengenai apa yang terjadi tidak tepat, tidak didasari atas fakta-fakta objektif, tetapi lebih didasarkan atas emosi yang sedang terjadi.

Beck (Kendall *et al.*, 1982) lebih lanjut menyatakan bahwa aspek sentral depresi adalah tata kognitif (*cognitive set*) yang salah. Tata kognisi ini terdiri dari tiga bagian yaitu:

- a. Memandang diri secara negatif, konsep diri yang rendah,

- b. Memandang dunia secara negatif, dunia tampak akan menyerang dirinya (*offensive*),
- c. Memandang masa depan negative, masa depan Nampak suram.

Pada tata kognitif yang pertama menyebabkan pikiran menjadi terpola sehingga mempersepsi segala pengalaman dalam bentuk negative. Seseorang yang depresi selalu menginterpretasikan hubungannya dengan lingkungan sebagai suatu hal yang memprihatinkan. Hidup dipandang sebagai tanggungan dan merupakan situasi traumatis yang tidak ingin dijalani individu tersebut. Tata kognitif kedua menyebabkan seseorang mempersepsikan dirinya negative. Individu melihat dirinya selalu kurang, merasa tidak mampu, merasa tidak berharga, dan mengatribusikan pengalaman buruknya sebagai hasil ketidakmampuan fisik, mental maupun moralnya. Hal ini menyebabkan individu tersebut menolak dirinya (Beck, 1985).

2. Teori behavior

Depresi dapat dijelaskan sebagai akibat kurangnya penguat ataupun respon positif dari lingkungannya. Hal ini bisa diakibatkan adanya perpisahan, ekmatian, atau perubahan lingkungan yang tiba-tiba, juga karena individu jarang melakukan perilaku dengan konsekuensi positif (Kaplan *et al.*, 1997; Kendall, 1982).

Holmes (Hasanat, 1995) mengemukakan bahwa seseorang yang mengalami depresi biasanya kurang menerima penghargaan (*reward*)

atau lebih banyak menerima hukuman (*punishment*) dibandingkan individu yang tidak mengalami depresi. sumber lain penyebab depresi menurut Lewinsohn & Shaw (Halgin *et al.*, 1994) karena berkurangnya kemampuan sosial dan kurangnya hubungan interpersonal yang menyenangkan. Tidak adanya *reinforcements* yang diterima dari orang-orang yang perhatian dan peduli, maka individu tersebut akan mudah terkena depresi dan akan tetapi mengalami depresi. kehilangan penguat positif menjadikan individu tidak memiliki keberanian untuk bangkit sehingga menjadi depresi.

3. Teori kognitif perilaku

Teori ini merupakan penggabungan dari teori kognitif dan perilaku. Menurut Atkinson *et al* (1999) ada dua pendekatan utama sebagai penyebab depresi, yaitu antara faktor penguatan dan factor kognitif. Factor pengutana oleh Lewinsohn (1981) mendasarkan asumsi bahwa orang akan mengalami depresi ketika lingkungan sosialnya sedikit sekali memberikan penguatan yang positif. Sedangkan pada faktor kognitifnya, oleh Lewinsohn dijelaskan bahwa individu yang depresi lebih memberikan perhatian tidak pada apa yang dikerjakannya, namun lebih kepada bagaimana orang memandang dirinya dan sekitarnya.

Menurut Halgin (1994) pandangan teori ini lebih fokus pada teori yang dikemukakan Beck yaitu orang yang mempunyai kecenderungan menderita depresi mempunyai kumpulan depresogenik yang bersifat negatif, yang terbentuk pada masa perkembangan awal dan menjadi

struktur kognitif laten yang disebut skema. Skema adalah struktur kognitif untuk menyaring, menginterpretasikan dan mengevaluasi stimulasi yang diterima individu. Skema yang laten ini akan diaktifkan oleh kejadian yang menekan atau traumatic, kemudian mempengaruhi pembentukan keyakinan dan pemrosesan informasi sehingga terjadi distorsi kognisi karena tidak didasarkan atas realitas yang objektif.

Didalam Patofisiologi depresi dijelaskan dalam beberapa hipotesis sebagai berikut:

1. Hipotesis biogenic amine

Hipotesis ini menyatakan bahwa depresi disebabkan karena kekurangan jumlah neurotransmitter norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) dan dopamine (DA) dalam otak (Teter *et al.*, 2007: 778). Karena itu, depresi dapat dikurangi oleh obat yang dapat meningkatkan kesediaan serotonin, dan noradrenalin, misalnya SSRI, MAO inhibitor atau antidepresan trisiklik.

- a. Hipotesis Sensitivitas Reseptor

Hipotesis ini menjelaskan bahwa depresi merupakan hasil perubahan patologis pada reseptor yang diakibatkan oleh terlalu kecilnya stimulasi oleh monoamine. Saraf post-sinapsis akan berespon sebagai kompensasi terhadap besar kecilnya stimulasi oleh neurotransmitter. Jika stimulasi terlalu kecil maka saraf akan menjadi lebih sensitif (*supersensitivity*) atau jumlah reseptor akan meningkatkan (*upregulation*). Jika terjadi

stimulasi yang berlebihan saraf akan menjadi kurang sensitif (*desentivity*) atau jumlah reseptor akan berkurang (*down regulation*) (Kando *et al.*, 2005: 1236).

b. Hipotesis Disregulasi

Gangguan depresi dan psikiatrik disebabkan oleh ketidakaturan neurotransmitter, antara lain gangguan regulasi mekanisme homeostasis gangguan pada ritmik sirkadian, gangguan pada sistem regulasi sehingga terjadi penundaan level neurotransmitter untuk kembali ke baseline (Kando *et al.*, 2005: 1236).

c. Hipotesis Permisif

Memberikan gambaran bahwa kontrol emosi diperoleh dari keseimbangan antara serotonin (5-HT) dan norepinefrin (NE). serotonin (5-HT) mempunyai fungsi regulasi terhadap norepinefrin (NE) sehingga dapat menentukan kondisi emosi apakah terjadi depresi atau manik. Teori ini mempostulatkan bahwa serotonin (5-HT) yang rendah menyebabkan kadar norepinefrin (NE) menjadi tidak normal yang dapat menyebabkan kadar norepinefrin (NE) menjadi tidak normal yang dapat menyebabkan gangguan mood. Jika kadar norepinefrin (NE) rendah akan terjadi depresi, dan jika kadarnya tinggi akan terjadi manik. Menurut hipotesis ini meningkatkan

kadar serotonin (5-HT) akan memperbaiki kondisi sehingga tidak muncul gangguan mood (Kando *et al.*, 2005: 1236).

2.1.7 Penyebab Depresi

Gangguan depresi umumnya dicetuskan oleh peristiwa hidup tertentu. Seperti halnya penyakit lain, penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti namun telah ditemukan sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi. Seperti halnya dengan gangguan lain, ada biogenetis dan social lingkungan yang diajukan (Santrock, 2003) dalam (Yusnita, 2017).

1. Faktor fisik

a. Factor genetic

Seseorang yang di dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki risiko besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya. Gen berpengaruh dalam terjadinya depresi, namun tidak ada bukti langsung bahwa penyakit depresi disebabkan oleh faktor keturunan.

b. Susunan kimia otak dan tubuh

Hormone adrenalin yang memegang peranan dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, akan menurun atau berkurang pada mereka yang mengalami depresi.

c. Factor usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas

perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan.

d. Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosa menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi dari pada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

e. Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit, misalnya penyakit jantung digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga dalam jangka waktu panjang menjadi faktor terjadinya depresi.

f. Penyakit fisik

Perasaan terkejut karena memiliki penyakit serius yang pengaruhnya terhadap fisik dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri, harga diri rendah hingga mengalami depresi.

g. Obat-obatan terlarang

Obat-obatan terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena zat yang terkandung mempengaruhi sistem saraf pusat sehingga dapat menimbulkan ketergantungan.

2. Faktor psikologis

a. Kepribadian

Individu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, dan tipe kepribadian introvert lebih rentan mengalami depresi daripada individu yang mempunyai pola pikir positif.

b. Pola pikir

Seseorang yang mempunyai pola pikir negatif terhadap diri sendiri rentan terkena depresi. Individu yang mengalami depresi mereka tidak akan mengakui atau tidak memperdulikan kesuksesan dan berfokus pada kegagalan mereka.

c. Harga diri

Harga diri merupakan salah satu factor yang sangat menentukan perilaku individu. Ketidakmampuan untuk menghadapi secara positif situasi sosial dapat menyebabkan rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi sehingga menyebabkan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial yang menyebabkan perasaan rendahnya *self-esteem*.

d. Stress

Berhm (Lubis, 2009: 80) menyatakan bahwa depresi dapat diakibatkan oleh adanya peristiwa-peristiwa negatif yang menyebabkan perubahan, pengalaman penuh stress yang ekstrim seperti bencana alam, perang, kematian, pertengkaran, perceraian, serta mikro stressor yang meliputi aktivitas-aktivitas sehari-hari.

e. Pola asuh orang tua

Pola asuh orang tua yang cenderung memaksakan kehendak kepada anak juga dapat mempengaruhi risiko terjadinya depresi. Suatu kejadian yang membekas secara psikologis juga dapat membuat seseorang lebih mudah terserang depresi, tetapi di satu sisi mungkin saja membuat seseorang lebih tabah.

2.1.8 Risiko Depresi

Risiko-risiko yang dapat ditimbulkan oleh depresi menurut Lubis (2009) dalam (Nofi, 2017) adalah sebagai berikut:

- 1) Bunuh diri, Depresi yang tidak ditangani dapat meningkatkan resiko percobaan bunuh diri.
- 2) Gangguan tidur (Insomnia dan Hipersomnia), gangguan tidur dan depresi cenderung muncul bersamaan. Kesulitan tidur dianggap sebagai gejala gangguan *mood*, setidaknya 80% dari penderita depresi mengalami gangguan insomnia, atau kesulitan tidur. Hypersomnia adalah perasaan tanda untuk gangguan bipolar atau manik depresi.
- 3) Gangguan dalam hubungan, sebagai akibat dari depresi, seseorang cenderung mudah tersinggung, sedih sehingga lebih banyak menjauhkan diri dari orang lain, hal ini menyebabkan hubungan dengan orang lain menjadi kurang baik.
- 4) Gangguan dalam pekerjaan, pengaruh depresi sangat terasa dalam kehidupan pekerjaan seseorang. Depresi meningkatkan kemungkinan untuk kehilangan pekerjaan dan pendapatan lebih rendah, hal ini dikarenakan akibat performa dan masalah hubungan di tempat kerja.

- 5) Gangguan pola makan, beberapa gangguan pola makan yang diakibatkan oleh depresi adalah bulimia nervosa, anorexia nervosa, dan obesitas.
- 6) Perilaku-perilaku yang merusak yang disebabkan oleh depresi adalah:
- a. Agresivitas dan kekerasan pada individu yang terkena depresi perilaku yang ditimbulkan bukan hanya berbentuk kesedihan, namun bisa juga dalam bentuk mudah tersinggung dan agresif.
 - b. Penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang, diketahui bahwa penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang pada remaja selain karena pengaruh teman, kelompok, motivasi dari diri individu untuk menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang dapat disebabkan oleh keadaan depresi sebagai cara untuk mencari pelepasan sementara keadaan yang tidak menyenangkan diri.
 - c. Perilaku merokok, seseorang yang mengalami depresi akan merokok lebih banyak dari biasanya. Telah diketahui bahwa beberapa zat kimia dari merokok dapat meredakan stress untuk sementara waktu, sehingga merokok bagi beberapa orang dianggap dapat menanggulangi stress.

2.1.9 Pengukuran Depresi

Pada umumnya penelitian-penelitian mengenai depresi akan mendeteksi depresi melalui simptom-simtomnya. Dengan menggunakan instrumen pengukuran skala sebagai berikut:

1. *Beck Depression Inventory* (BDI)

Beck Depression Inventory (BDI) adalah salah satu yang paling banyak digunakan penyaringan instrumen untuk mengukur tingkat keparahan depresi pada remaja dan orang dewasa diatas usia 13 tahun (McDowell & Newell, 1995) dalam (Zeltzer, 2008). Ada dua versi BDI yaitu sebagai berikut:

a) *Beck Depression Inventory* (BDI)

BDI merupakan skala depresi yang disusun oleh Aaron T Beck pada tahun 1961. Skala ini didasarkan pada teori kognitif dan depresi dari Beck. BDI tidak hanya menangkap perubahan dalam suasana hati, tetapi juga perubahan dalam motivasi, fungsi fisik, dan fitur kognitif dari penderita depresi. Beck mulai memperhatikan karakteristik “distorsi kognitif” yang terjadi pada depresi. dalam pengamatan Beck, depresi atau perubahan suasana hati disebabkan oleh adanya gangguan berfikir.

Berisi 21 item dan mengidentifikasi gejala dan sikap yang terkait dengan depresi. Responden harus mengingat relevansi setiap pernyataan untuk hari ini: suasana hati, pesimisme, rasa gagal, kurang puas, rasa bersalah, rasa hukuman, kebencian diri, tuduhan diri, keinginan menghukum diri sendiri, perasaan ingin menangis, mudah marah, menarik diri, keragu-raguan, citra tubuh, tekanan pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, somatic preoccupation, dan hilangnya libido.

Batasan skala depresi pada BDI yaitu, 1-10 kategori normal atau tidak depresi, 11-16 depresi ringan, 17-30 depresi sedang, 31-40 depresi berat dan lebih dari 40 depresi ekstrim.

b) *Beck Depression Inventory II* (BDI-II)

Berisi 21 item dan mengidentifikasi gejala dan sikap yang terkait dengan depresi. BDI-II meniadakan empat item (kehilangan berat badan, harga diri, somatic preoccupation, dan kesulitan bekerja) dari BDI yang pertama dan menggantinya dengan empat item baru (Agitasi, ketidak berhargaan, kesulitan konsentrasi, dan kehilangan energi). Responden harus mengingat, berdasarkan dua minggu sebelumnya, relevansi setiap pernyataan yang berkaitan dengan : kesedihan, pesimisme, rasa gagal, kehilangan kesenangan, rasa bersalah, harapan hukuman, ketidaksukaan pada diri sendiri, menuduh diri sendiri, ide bunuh diri, episode menangis, lekas marah, penarikan sosial, keraguan, tidak berharga, kehilangan energi, insomnia, lekas marah, kehilangan nafsu makan, keasyikan, kelelahan, dan kehilangan minat dalam seks (Beck & Steer, 1988).

Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Batasan nilai untuk depresi, 0-13 mengindikasikan tidak ada depresi, 14-19 untuk depresi ringan, 20-28 depresi sedang, 29-63 depresi berat.

2. *Depression Anxiety Stress Scales (DAAS)*

DASS adalah skala asesmen diri sendiri (*self-assessment scale*) yang digunakan untuk mengukur kondisi emosional negatif seseorang yaitu depresi, kecemasan dan stress (NovoPsych, 2018). Tujuan utama pengukuran dengan DASS adalah untuk menilai tingkat keparahan (*severe level*) gejala inti depresi, kecemasan dan stress. Dari 42 item tersebut sebanyak 14 item berkaitan dengan gejala depresi, 14 item berkaitan dengan gejala stress. Untuk memberikan prioritas yang menunjukkan jenis gangguan mana (depresi, kecemasan atau stress) yang mempengaruhi oleh suatu item perlu pertimbangan dari beberapa psikolog. Konsekuensi dari para psikolog tersebut dapat dijadikan sebagai acuan pembobotan item pada DASS (Kusumadewi & Wahyuningsih, 2020).

Batasan nilai untuk skala DASS yaitu, 0-9 kategori normal atau tidak depresi, 10-13 kategori depresi ringan, 14-20 depresi sedang, 21-27 depresi berat dan lebih dari 28 kategori depresi sangat berat.

3. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

Perbaikan tingkat status kesehatan jiwa terutama pada pasien yang mengalami depresi dapat diukur berdasarkan kuesioner PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) dengan menghitung skor total dari kuesioner tersebut dan mengklasifikasikan ke dalam 5 tingkat yaitu depresi minimal atau tidak depresi (skor 0-4), depresi ringan (skor 5-9), depresi

sedang (skor 10-14), depresi cukup berat (skor 15-19) dan depresi sangat berat (skor 20-27).

2.1.10 *Treatment* untuk Penurunan Depresi

Terdapat beberapa *treatment* yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi pada individu. *treatment* tersebut antara lain adalah:

1. Terapi non Farmakologis

Terapi non farmakologis salah satunya yaitu psikoterapi. Psikoterapi adalah terapi pengembangan yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan-keluhan serta mencegah kambuhnya gangguan pola perilaku maladaptif (Depkes, 2007). Teknik terapi psikoterapi tersusun seperti teori terapi tingkah laku, terapi interpersonal, dan terapi untuk pemecahan masalah. Pasien dengan menderita depresi mayor parah dan atau dengan psikotik tidak direkomendasikan untuk menggunakan psikoterapi. Psikoterapi merupakan terapi pilihan utama untuk pasien dengan menderita depresi ringan atau sedang (Teter *et al.*, 2007).

a. Terapi kognitif

Terapi kognitif adalah aplikasi dari berbagai variasi teori belajar dalam kehidupan, adapun tujuan dari terapi kognitif tersebut adalah untuk menolong seseorang keluar dari kesulitan dalam berbagai bidang kehidupan dan pengalaman (Yosep, 2011). Terapi kognitif umumnya terapi jangka pendek yang dilakukan secara teratur dengan cara memberikan dasar berfikir bagi klien untuk mengekspresikan perasaan negatif, memahami masalah serta mampu mengatasi

perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut (Prasetyo, 2010). Intervensi dasar meliputi pengajaran substitusi atau penggantian pikiran, penyelesaian masalah dan cara memodifikasi percakapan diri sendiri yang negatif, mulai bermain peran dan mencontohkan strategi koping (Copel, 2007). Beberapa teknik terapi kognitif:

1) *Cognitive Therapy* (CT)

Cognitive Therapy dikembangkan oleh Aaron T. Beck pada tahun 1960 seorang psikiater Amerika di University of Pennsylvania. Beck (1985) mengemukakan bahwa kognisi pasien memiliki dampak yang luar biasa terhadap perasaan dan perilaku pasien tersebut. Kesulitan emosional dan perilaku yang dialami seseorang dalam hidup disebabkan oleh cara individu tersebut menginterpretasikan dan memahami berbagai peristiwa. Beck (1985) mengemukakan apa yang disebut model distorsi kognitif. Pengalaman berupa ancaman akan berakibat hilangnya kemampuan memproses informasi secara efektif (distorsi kognitif) atau situasi yang mengancam dapat menyebabkan tekanan psikologis. Pemrosesan kognitif normal tidak berjalan sempurna. Persepsi dan interpretasi terhadap suatu situasi menjadi sangat selektif, egosentris, dan rigid. Fungsi korektif (mengetes realitas dan penyaringan konseptualisasi global) melemah. Penurunan kemampuan untuk “mematikan” pemikiran

menyimpang. Penurunan kemampuan untuk berkonsentrasi terhadap pemikirannya. Penurunan kemampuan untuk mengingat pemikirannya. Penurunan kemampuan untuk menjelaskan pemikirannya.

2) *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*

Tujuan terapi kognitif perilaku membantu memutus lingkaran pikiran negatif, perasaan, dan perilaku. Membantu seseorang mengubah bagaimana cara dia berpikir (kognitif) dan apa yang dia lakukan (perilaku). Terapi ini efektif apabila terapis mengajarkan individu untuk melatih *rule* yang menunjukkan perilaku spesifik yang bisa dijaga dalam lingkungan alamiah. Terapi ini tidak efektif apabila *rule* tidak menunjukkan perilaku spesifik yang mengarah pada akibat yang dapat langsung dirasakan yang berasal dari lingkungan alamiahnya, serta individu mempunyai kekurangan dalam perilaku yang dispesifikasikan oleh *rule*.

3) *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)*

Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) sebelumnya disebut *rational therapy* dan *rational emotive therapy*, merupakan terapi yang komprehensif, aktif-direktif, filosofis dan empiris berdasarkan psikoterapi yang berfokus pada penyelesaian masalah-masalah gangguan emosional dan

perilaku, serta menghantarkan individu untuk lebih bahagia dan hidup yang lebih bermakna (*fulfilling lives*) (Palos *et al.*, 2015).

REBT menunjukkan bahwa manusia mengalahkan diri atau “mengganggu” dengan dua cara yaitu memegang keyakinan irasional tentang diri sendiri (*self*) disebut “*ego disturbance*” (gangguan ego) serta memegang keyakinan irasional tentang kenyamanan emosional atau fisik disebut “*discomfort disturbance*” (gangguan ketidaknyamanan).

4) Dekatastropik Teknik

Dekatastropik dikenal juga dengan teknik “bila dan apa”. Hal ini meliputi upaya menolong klien untuk melakukan evaluasi terhadap situasi dimana klien mencoba memandang masalahnya secara berlebihan dari situasi alamiah untuk melatih beradaptasi dengan hal terburuk dengan apa-apa yang terjadi. Pertanyaan-pertanyaan yang dapat diajukan oleh terapis adalah: apa hal terburuk yang terjadi bila...?, dan apakah akan gawat sekali bila hal tersebut memang betul-betul terjadi...?, serta tindakan pemecahan masalah apabila hal tersebut benar-benar terjadi?. Tujuan dari teknik dekastrostopik adalah untuk menolong klien melihat konsekuensi dari kehidupan.

5) *Reframing*

Reframing adalah strategi dalam merubah persepsi klien terhadap situasi atau perilaku. Hal ini meliputi memfokuskan

terhadap sesuatu atau aspek lain dari masalah atau mendukung klien untuk masalahnya dari sudut pandang yang lain. Klien seringkali melihat masalah hanya dari sudut pandang saja. Teknik ini memberi kesempatan pada klien untuk merubah dan menemukan makna baru dan merubah perilaku klien.

6) *Mindfulness*

Mindfulness merupakan metode meditasi yang terdiri dari kombinasi afektif, kognitif, moral, intrapersonal dan interpersonal (Bedoe & Murphy, 2004). Baer (Stanley *et al.*, 2006) membuktikan adanya hubungan positif antara *mindfulness* dengan penanganan berbagai macam gangguan psikologis. Pendapat Baer diperkuat oleh Kabat-Zinn (Hamilton *et al.*, 2006) yang menyatakan bahwa latihan *mindfulness* bertujuan untuk meningkatkan kemampuan untuk tetap terlibat dalam peristiwa saat ini tanpa memberikan penilaian yang berlebihan terhadap peristiwa tersebut.

b. *ElectroConvulsive Therapy* (ECT)

Adalah terapi dengan mengalirkan arus listrik ke otak. Terapi menggunakan ECT biasa digunakan untuk kasus depresi berat yang mempunyai resiko untuk bunuh diri (Depkes, 2007). Terapi ECT terdiri dari 6-12 treatment dan tergantung dengan tingkat keparahan pasien. Terapi ini dilakukan 2 atau 3 kali seminggu, dan sebaiknya terapi ECT dilakukan oleh psikiater yang berpengalaman (Mann.

2005). Electroconvulsive Therapy akan kontraindikasi pada pasien yang menderita epilepsi, TBC miller, gangguan infark jantung, dan tekanan tinggi intrakranial (Depkes, 2007).

2. Terapi Farmakologis

a. Antidepresan Trisiklik (TCA)

Antidepresan trisiklik (TCA) merupakan antidepresan yang mekanisme kerjanya menghambat pengambilan kembali amin biogenic seperti norepinefrin (NE), Serotonin (5-HT) dan Dopamin dalam otak. Obat-obat yang termasuk golongan TCA antara lain Amitriptilin, Clomipramine, Doxepin, Imipramine, Desipramine, Nortriptyline (Kando *et al.*, 2005).

b. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI)

SSRI merupakan golongan obat yang secara spesifik menghambat reuptake serotonin dan norepinefrin di dalam otak (Depkes, 2007: 23). Obat antidepresan jenis SSRI seperti Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, dan Sertraline (Teter *et al.*, 2007).

c. *Serotonin/ Norepinephrine Reuptake Inhibitor* (SNRI)

Antidepresan golongan Serotonin/ Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) mekanisme kerjanya mengeblok monoamine dengan lebih selektif daripada antidepresan trisiklik, serta tidak menimbulkan efek yang tidak ditimbulkan antidepresan trisiklik

(Mann, 2005). Obat yang termasuk golongan SNRI yaitu Venlafaxine dan Duloxetine (Teter *et al.*, 2007).

d. Antidepresan Aminoketon

Bupropion merupakan satu-satunya obat golongan amino ketone. Bupropion bereaksi secara tidak langsung pada system serotonin, dan efikasi Bupropion mirip dengan antidepresan trisiklik dan SSR (Teter *et al.*, 2007).

e. Antidepresan Triazolopyridine

Antidepresan triazolopyridine, contohnya trazodone and nefazodone. Mekanisme kerjanya bertindak sebagai antagonis 5-HT₂ dan penghambat 5-HT, serta dapat meningkatkan 5-HT_{1A}. trazodone digunakan untuk mengatasi efek samping sekunder seperti pusing dan sedasi, serta peningkatan availabilitas alternatif yang dapat diatasi (Teter *et al.*, 2007).

f. Antidepresan Trisiklik

Mirtazapine adalah satu-satunya obat antidepresan golongan trisiklik. Mekanisme kerjanya sebagai antagonis pada presynaptic α 2-adrenergic autoreceptor and heteroreceptor, sehingga meningkatkan aktivitas noradrenergik dan serotonergik. Mirtazapine bermanfaat untuk pasien depresi dengan gangguan tidur dan kekurangan berat badan (Teter *et al.*, 2007).

g. *Monoamine Oxidase Inhibitor* (MAOI)

MAOI adalah suatu enzim kompleks yang terdistribusi di dalam tubuh, yang digunakan dalam dekomposisi amin biogenic (norepinefrin, epinefrin, dopamine, dan serotonin) (Depkes, 2007: 26). Obat-obat yang tergolong dalam MAOI yaitu Phenelzine, Tranylcypromine, dan Selegiline (Teter *et al.*, 2007).

3. Terapi Tambahan

Digunakan terapi tambahan yang untuk meningkatkan efek antidepresan serta mencegah terjadinya mania

a. *Mood Stabilizer* (Mann, 2005: 1825)

Lithium dan Lamotrigin biasa digunakan sebagai mood stabilizer. Litium adalah suatu terapi tambahan yang efektif pada pasien yang tidak memberikan respon terhadap pemberian monoterapi antidepresan. Lamotrigin adalah antikonvulsan yang mereduksi glutamateric dan juga digunakan sebagai agen terapi tambahan pada depresi mayor.

Beberapa *mood stabilizer* yang lain yaitu Valproic acid, Divalproex dan Karbamazepin ini semua digunakan untuk terapi mania pada bipolar disorder. Divalproex dan Valproate digunakan untuk mencegah kekambuhan kembali.

b. Antipsikotik

Antipsikotik digunakan untuk meningkatkan efek antidepresan. Ada dua macam antipsikotik yang tipikal antipsikotik dan atypical antipsikotik. Obat-obat yang termasuk tipikal antipsikotik yaitu

Chlorpromazine, Fluphenazine, dan Haloperidol. Antiseptic tipikal bekerja memblokir dopamine D2 reseptor. Atypical antipsikotik hanya digunakan untuk terapi pada depresi mayor resisten (Kennedy, 2003:40) dan bipolar (Keck, 2005: 35). Obat-obat yang termasuk dalam Atypical antipsikotik clozapine, olanzapine, dan aripiprazole (Mann, 2005: 1825).

2.2 Konsep Terapi *Mindfulness*

2.2.1 Pengertian

Mindfulness berasal dari tradisi timur yang awalnya merupakan praktik yang dilakukan oleh ajaran Buddhisme. Menurut Jon Kabat Zinn, PhD di bidang biologi molekuler dari MIT, Executive Director dari the Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society di University of Massachusetts Medical School, serta penggagas program Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) pada tahun 1979, *mindfulness* adalah memperhatikan dengan cara tertentu: bertujuan, di sini, di saat ini, tanpa melakukan penilaian (Silarus, 2015).

Menurut Thoreau, *mindfulness* berarti memperhatikan dengan cara tertentu, bertujuan, pada saat ini, dan apa adanya tanpa menilai. *Mindfulness* juga berarti mengembangkan kejernihan, kesadaran, dan penerimaan kenyataan saat ini (Kabat-Zinn, 2007). Brown dan Ryan (2003) menyatakan *mindfulness* sebagai kehadiran kesadaran yang melekat dan melibatkan pengalaman dari waktu ke waktu. Shapiro dari Santa Clara University mendefinisikan *mindfulness* sebagai

kesadaran yang baik dari pemberian perhatian yang disengaja, secara terbuka, baik (*kind*), dan membedakan (*discerning*) (Adinursari, 2019).

Mindfulness mengacu pada proses yang mengarah ke keadaan mental yang ditandai dengan tidak menghakimi kesadaran akan pengalaman saat ini, termasuk sensasi, rasa ingin tahu, dan penerimaan. Bishop *et al.* (2004) membedakan dua komponen dari *mindfulness*, yang melibatkan pengaturan sendiri dan yang melibatkan orientasi terhadap saat ini yang ditandai dengan rasa ingin tahu, keterbukaan, dan penerimaan (Hofmann & Gómez, 2017).

Pendapat lain, mengartikan *mindfulness* merupakan bentuk keterampilan yang dapat membantu individu agar memiliki kesadaran dan tidak bersikap reaktif akan apa yang terjadi saat ini, sebuah cara untuk memaknai peristiwa baik positif, negative, maupun netral sehingga mampu mengatasi perasaan tertekan dan menimbulkan kesejahteraan diri (Germer *et al.*, 2005) dalam (Oktavia, 2018).

Dapat disimpulkan bahwa *mindfulness* merupakan latihan seseorang untuk menyadari tentang kondisi sehingga mampu membuat tujuan dan fokus dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi melalui perubahan perilaku untuk meningkatkan kapasitas dalam menghadapi masalah.

2.2.2 Model terapi *Mindfulness*

Di dalam terapi *mindfulness* terdapat 2 model yaitu MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) dan MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) (Setiadi, 2016) :

- 1) MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*)

Model pertama dari *mindfulness* yang dikembangkan oleh Jon Kabat-Zinn adalah MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*). MBSR terdiri atas program latihan selama delapan minggu yang komponen dasarnya meliputi meditasi napas, *body scan*, dan latihan *mindfulness* dalam gerak.

2) MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*)

MBCT dikembangkan oleh Zindel Segal (University of Toronto), Mark Williams (University of Oxford) dan John Teasdale (University of Cambridge). MBCT memiliki efektivitas yang cukup tinggi, salah satunya adalah MBCT terbukti mampu mencegah kambuhnya depresi, khususnya *major depressive disorder*. Metode ini mengkombinasikan pemahaman CBT tentang mekanisme kognitif yang memicu depresi, serta latihan *mindfulness* untuk membantu klien tidak reaktif pada pikiran-pikiran otomatis yang terlintas, khususnya pikiran otomatis yang destruktif. Melalui latihan *mindfulness*, seorang klien mulai menyadari bahwa suatu pikiran adalah pikiran, bukan kenyataan, sehingga tidak mudah terbawa arus pikiran yang kadang memicu kambuhnya depresi.

2.2.3 Sikap-sikap yang kondusif bagi *Mindfulness*

Berikut ini adalah beberapa sikap yang kondusif bagi berkembangnya *mindfulness* (Setiadi, 2016) :

a) *Non-judging* (Tidak menghakimi)

Non-judging berarti tidak menghakimi, tidak membeda-bedakan suatu pengalaman dengan pengalaman yang lain baik itu pengalaman yang menyenangkan ataupun tidak menyenangkan, pengalaman yang merugikan maupun menguntungkan.

b) *Patience* (Sabar)

Kesabaran adalah salah satu pokok utama dalam *mindfulness*. Kesabaran ini bersumber pada kebijaksanaan yang mengetahui bahwa hanya dalam kesabaran, kejernihan akan muncul dimana hakikat sejati segala sesuatu akan tersingkap.

c) *Beginner's mind* (Cara pandang seorang)

Manusia cenderung senantiasa untuk mencari hal yang baru dan bosan pada segala sesuatu yang sudah biasa. Hingga akhirnya hanya akan menjadi sia-sia, karena hakikat segala sesuatu memang tidak kekal dan senantiasa berubah, sehingga berupaya memenuhi nafsu untuk mencari yang baru ibarat upaya mengejar angin, semua hanya sia-sia.

d) *Trust* (Percaya)

Percaya juga berarti mendengarkan dan yakin terhadap suara hati yang jernih, yang kadang lemah karena sebelumnya jarang diperhatikan. Tanpa ada kepercayaan pada suara hati, seseorang akan senantiasa diombang-ambingkan oleh pendapat orang banyak yang beragam, berubah-ubah dan membingungkan.

e) *Non-striving* (Tidak ngotot)

Non striving berarti tidak ngotot, tidak ngoyo, tidak memaksakan diri mencapai tujuan. *Non-striving* didasari oleh kebijaksanaan bahwa hal-hal terpenting dalam hidup ini tidak diciptakan dengan kekerasan upaya kita, melainkan dibiarkan datang dalam kesabaran dan keyakinan.

f) *Acceptance* (Menerima)

Acceptance berarti menerima apa pun yang terjadi. Semua yang datang, baik itu kesenangan, kesedihan, kecemasan, maupun kegelisahan, diterima sepenuhnya sebagai pengalaman autentik saat itu, sambil di saat yang sama si pribadi menyadari bahwa semua pengalaman itu hanyalah sementara, sehingga tidak melekat kepadanya. Apapun diterima untuk dilepaskan, apapun dibiarkan datang untuk dibiarkan pergi kembali.

g) *Letting go* (Tidak melekat, melepaskan segala sesuatu)

Letting go artinya melepaskan dan mengikhlaskan segala sesuatu. Pengalaman yang menyenangkan dilepas untuk berlalu dan tidak memaksakan diri untuk mempertahankannya, pengalaman yang tidak menyenangkan dilepas untuk berlalu dan kita tidak memelihara nya dalam batin. Semakin seseorang memiliki sikap *letting go* , semakin ia bebas dari berbagai perkara yang meresahkan batinnya, maka batinnya semakin bersih dan semakin bahagia.

2.2.4 Aspek-aspek dalam *Mindfulness*

Brown dan Ryan (2003) dalam (Alfianti, 2018) menyatakan bahwa *mindfulness* memiliki beberapa aspek, yaitu:

a. Bertindak dengan kesadaran (*Acting with Awareness*)

Bertindak dengan kesadaran yaitu kita terlibat dengan sepenuhnya pada aktivitas atau kejadian saat ini dengan penuh kesadaran dari dalam dirinya.

b. Focus pada saat ini (*Present Focus*)

Focus pada kejadian saat ini, tidak melihat bagaimana masa lalu dan masa depannya. Individu akan secara aktif akan mencari kegiatan yang membawa kesenangan dan kepuasan secara langsung.

c. Tanggap (*Responsiveness*)

Responsivitas adalah suatu pendekatan yang ada dalam diri seseorang yang ingin berinteraksi dengan orang lain, memperhatikan perkataan orang lain, merespon secara langsung.

d. Kesadaran social (*Social Awareness*)

Kemampuan memahami lingkungan sosial, termasuk kebiasaan dan nilai-nilai yang ada dilingkungan sekitar kita. Penting bagi individu untuk memahami dan menghormati segala aturan serta nilai dan norma yang berlaku dilingkungan masyarakat.

2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Mindfulness*

Caldwell dan Shaver (2013) dalam (Oktavia, 2018) mengatakan kecenderungan seseorang untuk menjadi *mindfulness*, secara proses social, kognitif, dan perkembangan dibentuk oleh pandangan, skema kognitif kelekatan terhadap dunia yang aman. Orang yang tidak memiliki kelekatan tidak aman, maka akan cenderung untuk melakukan mekanisme kelekatan agar

dirinya tetap aman. Kecenderungan ini, menunjukkan adanya kekurangan control terhadap atensi, kesadaran diri maupun rendahnya *mindfulness*. Kondisi ini disebabkan, seseorang memiliki kelekatan yang tidak aman, akan cenderung bias menghadapi pengalaman karena mengalami ketakutan terhadap dunia.

Afandi (2013) menyatakan Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi *Mindfulness* yaitu:

1. *Intention*

Yaitu berkaitan dengan pentingnya pencapaian tujuan dari suatu hal yang dilakukan.

2. *Attention*

Berkaitan dengan perhatian yang berkaitan dengan pengalaman internal dan eksternal yang terjadi pada saat ini.

3. *Attitude*

Yaitu berkaitan dengan penerimaan, keterbukaan atas sesuatu yang telah terjadi tanpa banyak melakukan evaluasi dan penilaian.

Bishop 2004 menganggap *mindfulness* merupakan kemampuan yang tidak permanen dan dapat ditingkatkan dengan melatihnya. Faktor yang membentuk *mindfulness* adalah hasil dari prosedur meditasi. Brown dan Ryan (2003) mengatakan bahwa factor-faktor yang dapat menjadi pengaruh pada *mindfulness* adalah meningkatnya keadaan sadar terjaga secara berkesinambungan, memonitor keadaan diri dan lingkungan luar, serta perhatian yang memusat sehingga individu dapat menyadari pengalaman yang dialaminya secara lebih terbuka.

2.2.6 Pelatihan *Mindfulness*

Pelatihan *mindfulness* merupakan metode meditasi yang terdiri dari kombinasi afektif, kognitif, moral, intrapersonal dan interpersonal (Bdoe & Murphy, 2004). Baer (Stanley dkk, 2006) membuktikan adanya hubungan positif antara *mindfulness* dengan penanganan berbagai macam gangguan psikologis. Pendapat Baer tersebut diperkuat oleh Kabbat-Zinn (Hamilton *et al.*, 2006) yang menyatakan bahwa pelatihan meditasi *mindfulness* bertujuan untuk meningkatkan kemampuan untuk tetap terlibat dalam peristiwa saat ini tanpa memberikan penilaian yang berlebihan terhadap peristiwa tersebut (Finny, 2014).

Manfaat pelatihan *mindfulness* juga telah terbukti dalam dunia kesehatan. Beberapa bukti menunjukkan bahwa pelatihan *mindfulness* dapat mereduksi konsumsi alkohol dan obat-obatan, menurunkan tekanan darah (Chiesa, 2009), menurunkan kecemasan, simptom depresi (Coelho *et al.*, 2007), stress (Chiesa & Serretti, 2009), dan beberapa gangguan medis. Berikut beberapa teknik pelatihan *mindfulness* sebagai berikut :

1) *Breathing meditation* (Meditasi Pernapasan)

Teknik ini merupakan teknik latihan dasar, dimana subjek akan dilatih untuk memusatkan perhatiannya terhadap pernapasan. Teknik menyadari pernapasan melatih subjek untuk focus hadir di sini dan sekarang. Proses bernafas merupakan pengalaman manusia paling alami serta terjadi di saat

ini. Teknik ini melatih subjek untuk hadir di saat ini karena tidak terikat dengan kenangan di masa lalu atau rencana-rencana di masa depan.

2) *Body Sensation* (Menyadari sensasi tubuh)

Teknik ini mengajarkan subjek untuk focus atau memberi perhatian terhadap sensasi tubuh dari telapak kaki hingga kepala. Saat fokus terhadap sensasi tubuh, perhatikan sensasi tubuh yang halus seperti gatal atau kesemutan, suara, bau, rasa frustrasi sukacita, marah, membiarkannya hadir tanpa penghakiman (Hall, 1998). Dalam tahap ini, pikiran yang menjadi sumber cemas atau stress dapat dialihkan dengan menerima sensasi yang dirasakan. Pada tahap ini subjek juga menjadi lebih peka terhadap situasi saat ini, yaitu menyadari sensasi tubuh yang muncul.

3) *Compassionate Body Scan* (Pendeteksian Tubuh dengan Sikap Penghargaan)

Compassionate body scan bertujuan untuk menumbuhkan sikap menghargai terhadap diri sendiri dan orang lain, mengurangi perasaan menderita serta untuk mencapai perasaan nyaman dan sejahtera pada setiap situasi dan kondisi. Sebelum latihan, subjek diminta untuk melakukan pengenalan emosi dengan cara memikirkan emosi tersebut dan mengekspresikannya, setelah itu subjek akan beralih pada penerimaan atas sensasi apapun yang muncul tanpa penilaian, analisis dan berfikir. Pada tahap ini, peserta hanya fokus pada sensasi yang muncul, membiarkannya dan menerimanya.

4) *Open Awareness & Accepting Minds and Thoughts* (Membuka kesadaran dan Menerima Pikiran dan Perasaan)

Teknik ini bertujuan untuk menerima pikiran dan meningkatkan kemampuan empati, karena dalam latihan ini individu belajar untuk hadir di sini dan sekarang, tidak memberikan penilaian apapun terhadap setiap pengalaman yang dirasakan, menghadirkan dan mendengarkan apapun yang muncul, serta mempertahankan sikap fokus dan relaks.

5) *Wanting Release* (Melepaskan Hasrat)

Pada tahap ini, subjek berada pada kesadaran yang lebih tinggi dari tahap sebelumnya, dimana subjek diminta melepas perasaan, emosi, fikiran apapun yang sebelumnya ada dan disadari. Subjek akan dilatih untuk tidak lekat pada perasaan apapun, baik emosi negatif ataupun emosi positif dengan landasan berfikir bahwa segala sesuatu yang terjadi dalam hidup akan berlalu dan tidak ada yang tetap.

6) *Mindfulness is a Way of Life* (*Mindfulness* dalam Kehidupan Sehari-hari)

Dalam sesi ini peserta mampu menerima semua objek sensoris, sensasi tubuh, perasaan dan pikiran yang muncul pada dirinya saat melakukan meditasi sadar diri. Teknik ini merupakan teknik yang bermanfaat dan membuat peserta agar tetap waspada, focus dan menyadari keberadaannya saat ini dan apa yang sedang dihadapi dan dilakukannya, dan juga dapat menjadikan mindfulness sebagai bagian dari kehidupan.

2.2.7 Manfaat terapi *Mindfulness*

Menurut (Jumaroh, 2018) Sebagai sebuah pendekatan yang terdiri dari beberapa teknik, *mindfulness therapy* memiliki manfaat sebagaimana berikut:

1. *Visual Imagery*

Napoleon Bonaparte pernah berkata, “*sesungguhnya umat itu diperintah oleh imajinasinya.*” Tapi tak banyak orang yang menyadari, betapa pentingnya membangun imajinasi yang positif untuk memperoleh apa yang didambakan dalam hidup ini. Bagi sebagian orang, imajinasi bukanlah ‘perintah’ yang baik, tetapi malah menjadi sumber kegagalan dalam hidup. Karena kebanyakan manusia menggunakan daya imajinasi secara negatif, yakni dengan membayangkan yang bukan-bukan, lalu merasa khawatir (Maria Etty, 2002). Padahal ‘sarana’ yang sebenarnya paling fungsional dan kreatif yang paling bisa membantu manusia mengembangkan citra diri yang sukses adalah daya imajinasi yang positif (Maria Etty, 2002).

Menurut Seligman dan Reichenberg dikutip oleh Erford, *visual imagery* ini dapat digunakan di banyak situasi perkembangan dan terapeutik. *Imagery* dapat mengurangi kecemasan, memfasilitasi relaksasi, meningkatkan perasaan memiliki control, meningkatkan kemampuan mengatasi masalah dan mengambil keputusan, mengurangi rasa sakit, dan membantu orang-orang untuk mengembangkan perspektif baru tentang hidupnya (Erford, 2016).

2. *Deep Breathing*

Allen Alkin berpendapat bahwa pola pernapasan seseorang akan semakin rusak ketika berada di bawah stress atau gangguan emosi. Pada situasi ini, napas menjadi lebih cepat dan dangkal. Oksigen yang masuk ke aliran darah dan yang mencapai otak pun menjadi berkurang. Pembuluh-pembuluh darah menyempit, denyut jantung dan tekanan darah meningkat dan merasa pusing, gemetar dan lebih tegang.. secara otomatis, ketika merasa stress berat atau terganggu secara emosional maka seseorang akan terlalu cepat bernafas dan mengeluarkan karbondioksida terlalu banyak. Hal inilah yang bisa memicu serangan panic, pusing atau pingsan (Alkin, 2010).

Sederhananya, dengan mengubah pola nafas akan mempengaruhi terbentuknya relaksasi yang lebih baik. Jika seseorang mengendalikan cara bernapas, ia mempunyai alat yang hebat untuk mengurangi ketegangan tubuh. Bernapas akan menyiapkan oksigen untuk tubuh anda dan menghilangkan bahan-bahan sisa terutama gas karbondioksida dari darah. Paru-paru akan membawa gas ini keluar dari tubuh (Alkin, 2010).

3. *Self Talk*

Self talk adalah teknik yang lazim digunakan untuk menangani masalah-masalah seperti perfeksionisme, kekhawatiran, *self esteem*, dan pengelolaan amarah. Teknik ini juga dapat digunakan dengan klien yang perlu mengembangkan motivasi (Erford, 2016).

Grainger berpendapat bahwa penting bagi seseorang untuk tidak meninggalkan seluruh pemikiran negatifnya. Konselor profesional perlu membantu kliennya untuk membedakan antara pemikiran negatif yang menghasilkan *self talk* negative dan pemikiran negatif yang membantu mengamankan mereka. Pemikiran negative perlu, khususnya ketika seseorang berada dalam situasi yang beresiko tinggi. Tipe pemikiran ini kadang-kadang membantu seseorang menyadari bahwa dirinya perlu membuat rencana agar hidup dan/ atau bekerja secara efektif (Erford, 2016).

2.2.8 Pengukuran *Mindfulness*

Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) dikembangkan oleh Brown dan Ryan (2003) yang merupakan alat ukur untuk mengukur tingkat *mindfulness* seseorang. Karakteristik *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) terdiri dari 15 item terdiri dari kumpulan pernyataan mengenai pengalaman sehari-hari. Skor *trait mindfulness* diperoleh dari penjumlahan nilai ke-15 butir pernyataan MAAS. Makin tinggi skor total MASS, makin tinggi *trait mindfulness* partisipan. Beri penilaian seberapa sering atau jarang mengalami setiap hal, dengan menggunakan skala yaitu, Selalu (S), Sering (SR), Sesekali (SS), Jarang (J), Sangat Jarang (SJ), Tidak Pernah (TP).

2.2.9 Kelebihan dan Kekurangan terapi *Mindfulness*

Menurut Jumaroh (2018) terdapat beberapa kelebihan dan kekurangan dalam terapi *mindfulness* sebagai berikut:

Kelebihan

1. Prosedur *mindfulness therapy* tergolong sederhana
2. Terapi bisa dilakukan secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari
3. Mekanisme perubahan dapat terlihat secara langsung dengan penerapan yang maksimal.

Kekurangan

1. Untuk mendapatkan manfaat jangka panjangnya, diperlukan latihan secara kontinyu

2.2.10 Faktor Penghambat *Mindfulness*

1 *Rumination*

Rumination atau ruminasi didefinisikan sebagai cara spesifik untuk menanggapi suasana hati yang buruk di mana seseorang merenungkan kemungkinan penyebab dan implikasi dari perasaan sedih (Nolen-Hoeksema *et al*, 2008). Ruminasi bertolak belakang dengan *mindfulness* karena ruminasi membuat individu secara pasif berfokus pada emosi negatif, sedangkan *mindfulness* membuat individu bersikap tidak bereaksi, menilai maupun mengkritik (Adinursari, 2019).

2 *Mindlessness*

Mindlessness adalah sikap individu di mana seseorang terperangkap dalam pikiran yang mengganggu atau dalam opini tentang apa yang terjadi pada saat itu (Germer, 2003). Dalam kondisi *mindless*, kesadaran kita sangat menurun, dimana kita hanya bereaksi secara otomatis, tanpa

benar-benar memperhatikan apa pun yang sedang terjadi saat ini (Adinursari, 2019).

2.3 Konsep Remaja

2.3.1 Pengertian

Istilah *Adolescence* atau remaja berasal dari kata latin *adolescere* (kata Belanda, *adolescentia* yang berarti remaja) yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolescence*, seperti yang dipergunakan saat ini mempunyai arti yang luas mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik (Hurlock, 1999) dalam (Utami, 2019).

Remaja sebagai masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, istilah ini menunjukkan masa dari awal pubertas sampai tercapainya kematangan, biasanya mulai dari usia 14 pada pria dan usia 12 pada wanita. Menurut Monks (2002) remaja merupakan individu yang berusia antara 12-21 tahun yang sedang mengalami masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, dengan pembagian 12-15 tahun masa remaja awal, 15-18 tahun masa remaja pertengahan dan 18-21 tahun masa remaja akhir.

Salah satu pakar psikologi perkembangan Hurlock (2002) menyatakan bahwa masa remaja ini dimulai pada saat anak mulai matang secara seksual dan berakhir pada saat mencapai usia dewasa secara hukum. Secara psikologis masa remaja adalah usia dimana individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua

melainkan berada dalam tingkatan yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah hak (Octavia, 2020).

2.3.2 Tahap-tahap masa remaja

Menurut Mappiare masa remaja berlangsung antara umur 12 tahun sampai dengan 21 tahun bagi wanita dan 13 tahun sampai dengan 22 tahun bagi pria. Rentang usia remaja ini dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu usia 12/13 tahun sampai dengan 17/18 tahun sampai dengan 21/22 tahun adalah remaja akhir (Ali & Asrori, 2006). Batasan usia remaja menurut WHO adalah 12 sampai 24 tahun (Meilan, 2018).

Menurut Hurlock (2002) dalam (Octavia, 2020) bahwa masa remaja dapat dikategorikan:

1. Masa remaja awal : 13 tahun atau 14 tahun sampai 17 tahun

Terjadi perubahan fisik yang sangat cepat dan mencapai puncaknya. Terjadi juga ketidakseimbangan emosional dan ketidakseimbangan dalam banyak hal. Mencari identitas diri dan hubungan sosial yang berubah.

2. Masa remaja akhir : 17 tahun sampai 20 tahun

Ingin selalu menjadi pusat perhatian, ingin menonjolkan diri, idealis, mempunyai cita-cita tinggi, bersemangat dan mempunyai energy yang besar, ingin memantapkan identitas diri dan ingin mencapai ketidaktergantungan emosional. Masa ini ditandai oleh sifat-sifat negatif pada remaja sehingga seringkali masa ini disebut masa

negatif dengan gejalanya seperti tidak tenang, kurang suka bekerja, pesimistik dan sebagainya. Setelah remaja dapat menentukan pendirian hidupnya, ada dasarnya telah tercapailah masa remaja akhir dan telah ter penuhi tugas-tugas perkembangan masa remaja, yaitu menemukan pendirian hidup dan masuklah individu ke dalam masa dewasa.

2.3.3 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Menurut (Octavia, 2020) Pertumbuhan merupakan proses kematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal dalam perjalanan waktu tertentu. Hasil pertumbuhan berupa bertambahnya ukuran kuantitatif dari fisik anak seperti tinggi dan berat badan, kekuatan atau proporsi sehingga secara ringkas pertumbuhan adalah proses perubahan dan kematangan fisik yang menyangkut perubahan ukuran atau perbandingan.

Perkembangan adalah proses perubahan kualitatif yang mengacu pada kemampuan psikologis yang termanifestasi pada organ fisiologis. Proses perkembangan akan berlangsung sepanjang kehidupan manusia, sedangkan pertumbuhan seringkali berhenti jika seseorang telah mencapai kematangan fisik.

Boring, Langfeld dan Weld dalam Mappiare (1982:42) pertumbuhan dan perkembangan yaitu “kematangan” disebut “matang” jika fisik dan psikisnya telah mengalami pertumbuhan dan perkembangan sampai pada tingkat-tingkat tertentu. Hubungan dan perbedaan antara “pertumbuhan” dan “perkembangan” pada individu adalah sebagai berikut:

1. Pertumbuhan aspek-aspek fisik

Pertumbuhan aspek-aspek fisik adalah perubahan-perubahan fisik yang terjadi dalam pertumbuhan remaja. Factor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan fisik adalah asupan makanan atau gizi dalam makanannya, faktor keturunan, faktor jenis kelamin dan faktor kesehatan.

2. Perkembangan aspek-aspek psikis

Perkembangan psikis remaja adalah perubahan yang terjadi pada jiwa, pikiran, dan emosi seseorang menjadi lebih matang atau dewasa dalam menghadapi kehidupan yang berbeda dengan ketika masa kanak-kanak. Faktor yang mempengaruhi perkembangan psikis adalah kecerdasan emosional dan spiritual masing-masing individu. Kecerdasan emosional berkaitan dengan emosi, perasaan, pikiran. Sedangkan kecerdasan spiritual berhubungan dengan keyakinan dan agama.

Setiap individu yang normal akan mengalami tahapan atau fase pertumbuhan dan perkembangan, ini berarti bahwa dalam menjalani kehidupannya yang normal dan berusia panjang, individu akan mengalami masa konsepsi, bayi, kanak-kanak, anak, remaja, dewasa, dan lansia.

2.3.4 Perubahan Kognitif

Remaja mengembangkan kemampuan untuk menentukan dan memprioritaskan, memecahkan masalah, dan membuat keputusan melalui tindakan yang logis. Remaja berpikir secara abstrak dan menangani kemungkinan

masalah secara efektif. Ketika dihadapkan dengan masalah, remaja mempertimbangkan berbagai penyebab dan solusinya (Novieastari *et al*, 2020).

Remaja sekarang bisa berpikir mengenai masa depan daripada sekedar kejadian terkini. Pengembangan kemampuan ini penting dalam mencapai suatu identitas. Misalnya, keterampilan kognitif yang baru diperoleh memungkinkan remaja untuk menentukan perilaku peran yang sesuai jenis kelamin, efektif dan nyaman untuk mempertimbangkan dampaknya pada teman sebaya, keluarga dan masyarakat. Remaja mengembangkan kemampuan untuk memahami bagaimana gagasan atau tindakan individu mempengaruhi orang lain (Novieastari *et al*, 2020).

2.3.5 Perubahan Psikososial

Pencarian identitas pribadi adalah tugas utama perkembangan psikososial remaja. Remaja membangun hubungan dengan teman dekat ataupun tetap terisolasi secara sosial. Pada masa remaja, mereka perlu menentukan pilihan tentang pekerjaan, pendidikan masa depan, dan gaya hidup. Berbagai komponen identitas berkembang dari tugas dan membentuk identitas pribadi orang dewasa yang khas bagi individu (Novieastari *et al*, 2020).

1. Identitas Seksual

Perubahan fisik pubertas meningkatkan pencapaian identitas seksual. Bukti fisik kedewasaan mendorong perkembangan perilaku maskulin dan feminim. Remaja tergantung pada petunjuk fisik ini karena mereka menginginkan kepastian lelaki-lakiannya atau

keperempuanan dan mereka tidak ingin berbeda dari teman sebayanya, tanpa ciri fisik ini sulit mencapai identitas seksual.

2. Identitas Grup/ Kelompok

Remaja mencari identitas kelompok karena mereka membutuhkan penghargaan dan diterima. Kesamaan dalam berpakaian atau ucapan biasa dilakukan pada kelompok remaja. Kelompok teman sebaya memberi remaja rasa memiliki, persetujuan, dan kesempatan untuk belajar perilaku yang dapat diterima.

3. Identitas Keluarga

Keinginan hubungan dengan teman sebaya yang kuat bertolak belakang dengan gerakan remaja yang menjauh dari orang tua. Mereka, banyak yang bekerja paruh waktu, dan menggunakan penghasilan mereka untuk mendukung kemandirian. Sehingga banyak dari mereka yang memilih untuk hidup sendiri atau tidak ketergantungan dengan orang tua.

4. Identitas kesehatan

Remaja mencoba peran baru, mulai menstabilkan identitas mereka, dan mendapatkan nilai dan perilaku dari gaya hidup orang dewasa yang akan mereka ikuti. Mereka mampu mengidentifikasi perilaku seperti merokok dan penyalahgunaan zat sebagai ancaman terhadap kesehatan secara umum namun seringkali cenderung meremehkan konsekuensi efek negatif dari tindakan mereka sendiri (Hockenberry dan Wilson, 2015).

2.3.6 Risiko Kesehatan

Menurut (Novieastari *et al*, 2020) risiko kesehatan yang sering terjadi kepada remaja yaitu:

1. Kecelakaan

Kecelakaan tetap menjadi penyebab utama kematian di masa remaja. Kecelakaan kendaraan bermotor, adalah penyebab paling umum (Hockenberry dan Wilson, 2015). Penyebab sering terjadi kecelakaan dikaitkan dengan intoksikasi alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan.

2. Kekerasan

Kekerasan di kalangan remaja telah menjadi perhatian nasional. Kekerasan ini tidak hanya terbatas pada serangan secara fisik dan perkelahian, ancaman dan intimidasi, pelecehan seksual, intimidasi dan membuli, tetapi juga termasuk pencurian.

3. Bunuh Diri

Bunuh diri adalah penyebab utama kematian pada remaja. Depresi dan isolasi sosial biasanya mengawali upaya bunuh diri, namun bunuh diri mungkin disebabkan oleh gabungan beberapa factor. Tanda-tanda peringatan berikut sering terjadi setidaknya satu bulan sebelum percobaan bunuh diri dilakukan:

- a. Penurunan penampilan kinerja sekolah
- b. Menarik diri
- c. Kehilangan inisiatif
- d. Merasa kesepian, kesedihan, menangis

- e. Gangguan nafsu makan dan gangguan tidur
- f. Mengatakan pemikiran bunuh diri

4. Penyalahgunaan Obat-Obatan

Remaja sering percaya bahwa zat pengubah mood menciptakan perasaan menyenangkan atau meningkatkan penampilan kinerja. Beberapa remaja percaya bahwa penggunaan zat tersebut membuat mereka lebih dewasa. Mereka lebih percaya bahwa mereka akan terlihat dan merasa lebih baik dengan penggunaan narkoba (Hockenberry dan Wilson, 2015).

5. Gangguan Makan

Anorexia nervosa dan bulimia adalah dua gangguan makan yang muncul pada masa remaja. Anorexia nervosa adalah sindrom klinis dengan komponen fisik dan psikososial yang meliputi keinginan tubuh menjadi kurus sampai kelaparan. Bulimia nervosa paling banyak dikenal dengan gangguan makan dan perilaku untuk mencegah penambahan berat badan.

6. Infeksi Menular Seksual (IMS)

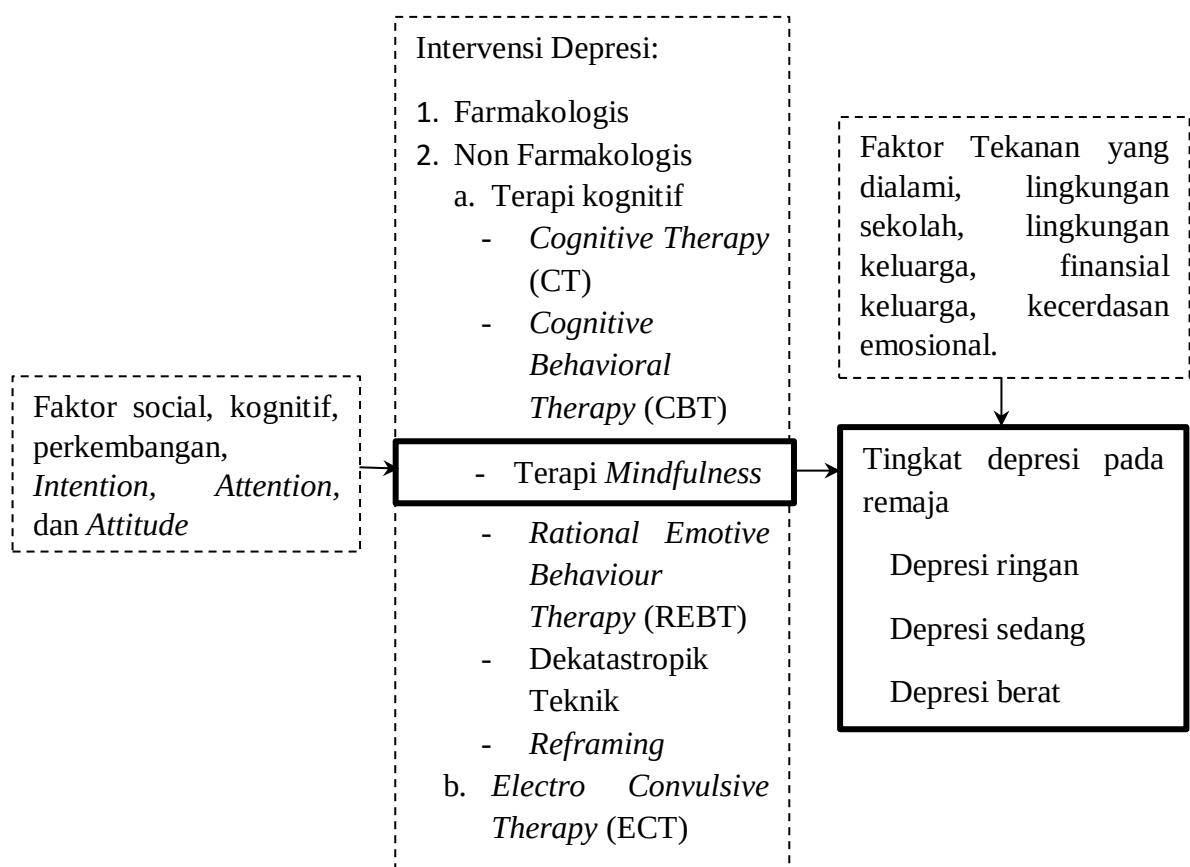
Pemeriksaan fisik tahunan pada remaja aktif mencakup riwayat seksual secara menyeluruh dan pemeriksaan genetalia yang teliti sehingga IMS dapat dihindari. Mengidentifikasi faktor risiko pada remaja dan berikan edukasi untuk mencegah IMS, termasuk *human immunodeficiency virus* (HIV), HPV dan kehamilan yang tidak diinginkan (Hockenberry dan Wilson, 2015).

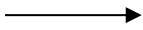
7. Kehamilan

Remaja hamil perlu mendapat perhatian khusus terhadap gizi, pengawasan kesehatan dan dukungan psikologis. Ibu remaja juga membutuhkan bantuan dalam merencanakan masa depan dan mendapatkan perawatan anak yang kompeten untuk bayi mereka.

2.4 Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan uraian tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang telah dilakukan. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel satu dengan yang lainnya (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep pada *literatur review* ini adalah sebagai berikut :



Keterangan :  : Hubungan
  : Yang direview
  : Tidak direview

Gambar 2.1 Kerangka konseptual perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi

Pada gambar 2.1 kerangka konseptual *literature review* yang berjudul “Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi” dalam terapi depresi dapat dilakukan secara Non farmakologis, farmakologis ataupun kombinasi keduanya tergantung tingkat keparahan depresi yang dialami (Depkes, 2007). Dalam penelitian *literature review* ini, peneliti mengambil terapi non farmakologis yaitu terapi *mindfulness*.

Mindfulness merupakan bentuk keterampilan yang dapat membantu individu agar memiliki kesadaran dan tidak bersikap reaktif akan apa yang terjadi saat ini, dan sangat erat kaitannya dengan fokus pada perhatian dan memahami perasaan serta mampu menerima sesuatu secara terbuka dengan sudut pandang yang berbeda. Faktor yang mempengaruhi seseorang *mindfulness* yaitu proses sosial, kognitif, dan perkembangan yang dibentuk oleh pandangan (Caldwell dan Shaver, 2013), *Intention*, *Attention*, dan *Attitude* (Affandi, 2013). *Mindfulness* mengacu pada proses yang mengarah ke keadaan mental yang ditandai dengan tidak menghakimi kesadaran akan pengalaman saat ini, sehingga terapi ini dapat berpengaruh dalam menurunkan tingkat depresi.

Faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada remaja menurut (Saputri & Nurrahim, 2020): Tekanan yang dialami, lingkungan sekolah, lingkungan keluarga, finansial keluarga, kecerdasan emosional.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Strategi Pencarian *Literature*

3.1.1 Protokol dan Registrasi

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai pengaruh terapi mindfulness terhadap penurunan tingkat depresi pada remaja. Protokol dan evaluasi dari *literature review* akan menggunakan ceklist PRISMA sebagai upaya menentukan pemilihan studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review* ini.

3.1.2 Database Pencarian

Pencarian literature dilakukan pada bulan oktober 2020 - Mei 2021. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan secara langsung tetapi dari peneliti-peneliti terdahulu. Pencarian *literature review* ini menggunakan empat *database* yaitu *Google Scholar*, *PubMed*, *Sciencedirect* dan *SpringerLink*.

3.1.3 Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan kata kunci dan *Boolean operator* (DAN, ATAU TIDAK, atau DAN TIDAK) yang digunakan peneliti untuk memperluas dan menspesifikasikan hasil pencarian, sehingga mudah dalam menentukan artikel yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam artikel *review* sebagaimana pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Kata Kunci yang digunakan dalam artikel review

Pengaruh	Terapi Mindfulness	Depresi	Remaja Anak sekolah
ATAU	ATAU	ATAU	ATAU
Effect	Therapy mindfulness	Depression	Adolescents
ATAU	ATAU	ATAU	ATAU
The effect	Mindfulness-based stress reduction	Depression	Adolescents
		Symptom Depression	Students
		Subthreshold Depression	
ATAU	ATAU	ATAU	ATAU
Effectivitas	Mindfulness-based cognitive therapy	Depression	Adolescents
		Symptom Depression	Students
		Subthreshold Depression	

3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi dan eksklusi yang digunakan dalam pencarian artikel review menggunakan kriteria *PICOS framework*, sebagaimana pada tabel 3.2 berikut :

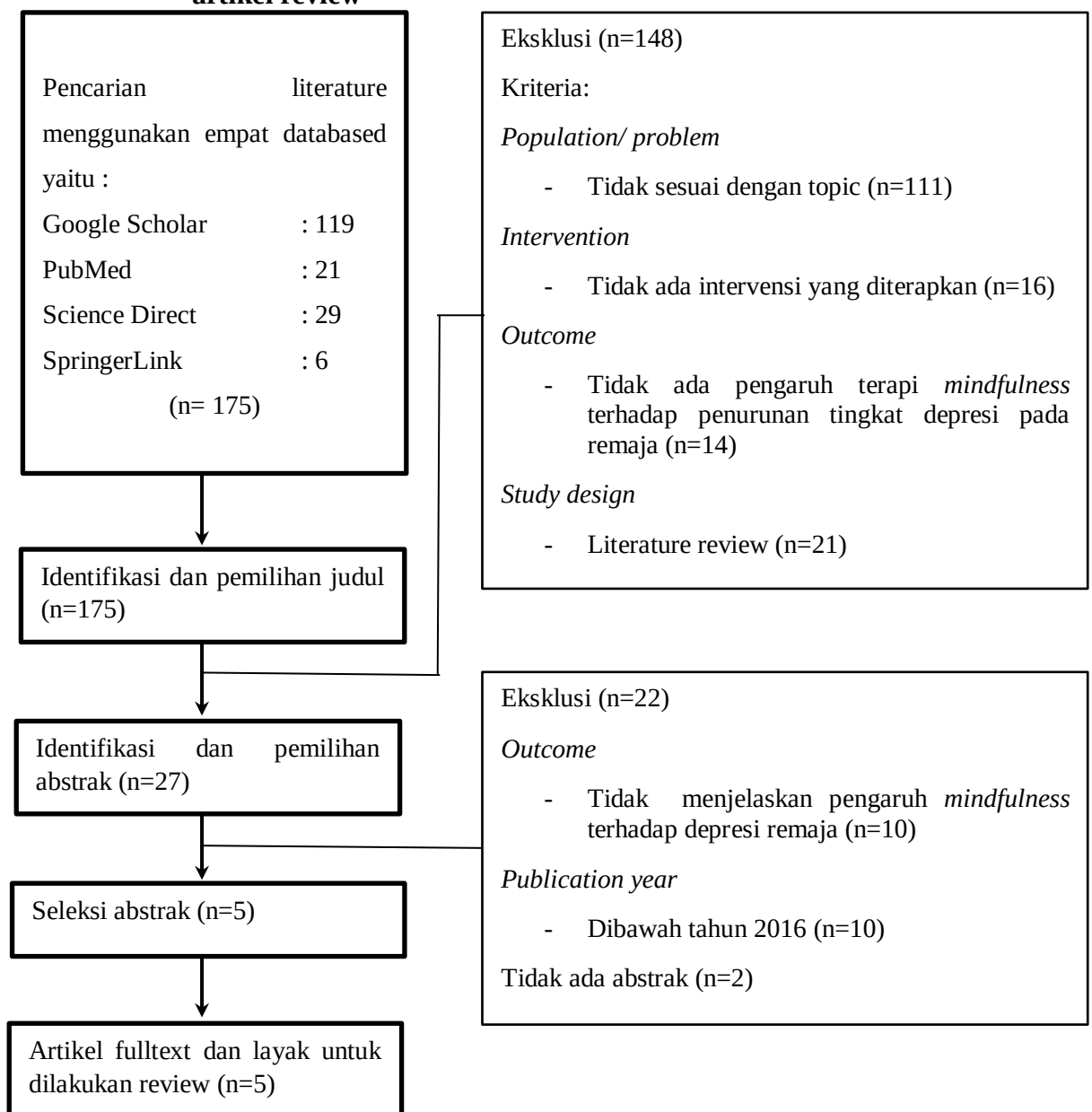
Tabel 3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi yang digunakan dalam artikel review

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Population	Penelitian yang terdiri dari kelompok remaja yang mengalami depresi	Kelompok remaja yang tidak mengalami depresi
Intervention	Intervensi non farmakologis : Terapi mindfulness	Intervensi farmakologis
Comparison	Tidak ada perbandingan	
Outcomes	Analisis perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi	Tidak ada mendeskripsikan tentang analisis perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi
Study design	<i>pretest-posttest design</i>	-
Publication years	Artikel atau jurnal yang terbit setelah tahun 2016	Artikel atau jurnal yang terbit sebelum tahun 2016
Language	Indonesia dan Inggris	-

3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

Pada seleksi studi dan penilaian kualitas hasil pada *literature review*:
Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi sebagaimana pada gambar hasil pencarian dan seleksi studi pada gambar 3.3 berikut:

Gambar 3.3 Seleksi studi dan penilaian kualitas yang digunakan dalam artikel review



BAB 4

ANALISIS DAN HASIL

Pada bab 4 disampaikan hasil dan analisis *literatur review* “Penurunan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi” yang meliputi: Karakteristik studi, karakteristik responden, tingkat depresi pada remaja sebelum terapi *mindfulness*, tingkat depresi pada remaja sesudah terapi *mindfulness*, dan perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi sebagai berikut:

4.1 Karakteristik Studi

Pada karakteristik studi dari lima artikel yang direview disampaikan hasil temuan meliputi: Penulis dan tahun terbit, judul, metode, database sebagaimana pada tabel 4.1 berikut:

No	Penulis dan Tahun Terbit	Nama Jurnal	Judul Artikel	Metode (Desain, Sample, Instrumen, Analisis)	Database
1.	Nasrin Falsafi (2016)	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students	Desain: <i>Quasi eksperiment</i> Sampling: <i>Stratified-randomized controlled</i> Instrument: <i>The Beck Depression Inventory (BDI)</i> Analisa data: <i>Descriptive Statistics</i>	Google Scholar
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	Neuropsychiatric Disease and Treatment	A randomized controlled trial of mindfulness-based Thai Chi Chuan for subthreshold depression	Desain: <i>Quasi eksperiment</i> Sampling:	Google Scholar

				<i>A randomized controlled design</i> Instrument: <i>Nine- item patient health questionnaire depression scale (PHQ-9)</i> Analisa data: <i>Paired-samples t-test</i>	
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	PROCEEDING BOOK The 1 st Widya Husada Conference Nursing	Pengaruh terapi <i>mindfulness</i> terhadap tingkat depresi pada remaja	Desain: <i>Quasi eksperiment time series design</i> Sampling: <i>Purposive sampling</i> Instrument: Kuesioner DASS dan modul Sinergi Analisa data: <i>Uji tes Friedman (pre-test dan post-test)</i>	Google Scholar

4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Neuropsychiatric Disease and Treatment	Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial	Desain: <i>Quasi eksperiment</i> Sampling: <i>A randomized controlled design with double-blind subject</i> Instrument: <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i> Analisa data: <i>Uji paired sample t-test</i>	Google Scholar
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Asian Journal of Psychiatry	Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation	Desain: <i>Quasi eksperiment</i> Sampling: <i>Purposive sampling</i> Instrument:	Science Direct

				<i>Beck's Depression Inventory (BDI)</i> Analisa data: <i>Pre-test dan post-test analysis</i>	
--	--	--	--	--	--

Pada tabel 4.1 dari lima artikel yang direview secara keseluruhan mempunyai judul yang sama, tahun terbit antara tahun 2016 sampai dengan tahun 2020. Desain yang digunakan secara keseluruhan menggunakan *quasi experiment*, teknik sampling yang digunakan tiga artikel randomized controlled dan dua artikel purposive sampling. Jenis instrumen dua artikel menggunakan BDI,1 artikel menggunakan BDI-II dan dua artikel lainnya yaitu satu artikel menggunakan DASS dan satu artikel menggunakan PHQ-9. Analisis data yang digunakan dua artikel menggunakan *pre-test post-test*, satu artikel menggunakan *descriptive statistics*, dua artikel menggunakan analisis *paired t-test* dan keseluruhan artikel menunjukkan hasil perubahan penurunan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness*. Database yang digunakan empat artikel google scholar dan satu artikel science direct.

4.2 Karakteristik responden

Karakteristik responden pada lima artikel yang di *review* disampaikan karakteristik: Usia responden, jenis kelamin dan tingkat pendidikan responden sebagaimana pada tabel 4.2 dan 4.3 sebagai berikut :

4.2.1 Usia responden

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi dan persentase usia responden pada lima artikel yang di review

No	Penulis dan Tahun terbit	Usia Responden (Tahun)	Jumlah	Presentase
1.	Nasrin Falsafi (2016)	>18 tahun	90	100.00%
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	16-19 tahun	64	100.00%
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	10-12 tahun	0	0.00%
		13-15 tahun	4	9.00%
		16-19 tahun	40	91.00%
		Total	44	
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	17-22 tahun	56	100.00%
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	12-17 tahun	30	100.00%

Pada tabel 4.2 dari lima artikel yang di *review* empat artikel paling banyak kisaran usia 16-22 tahun, dan 2 artikel dengan rentang usia 12-17 tahun.

4.2.2 Jenis Kelamin Responden

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan jenis kelamin pada lima artikel yang di review

No	Penulis dan Tahun terbit	Jenis kelamin responden	Jumlah	Presentase
1.	Nasrin Falsafi (2016)	Tidak mencantumkan jenis kelamin	90	100.00%
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	Perempuan	41	64.00%
		Laki-laki	23	36.00%
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	Perempuan	0	0.00%
		Laki-laki	44	100.00%
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Perempuan	32	57.00%
		Laki-laki	24	43.00%
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Perempuan	15	50.00%
		Laki-laki	15	50.00%

Pada tabel 4.3 empat dari lima artikel yang menyampaikan jenis kelamin, menjelaskan jenis kelamin respondennya mayoritas perempuan dan laki-laki, dengan kisaran antara 50.00% - 64.00% jenis kelamin perempuan dan 36.00% - 100.00% jenis kelamin laki-laki. Terdapat juga artikel yang tidak menjelaskan secara rinci jenis kelamin responden.

4.2.3 Jenis Tingkat pendidikan Responden

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi dan persentase responden berdasarkan tingkat pendidikan pada lima artikel yang di *review*

No	Penulis dan Tahun terbit	Jenis tingkat pendidikan responden	Jumlah	Presentase
1.	Nasrin Falsafi (2016)	Mahasiswa perguruan tinggi	90	100%
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	Mahasiswa perguruan tinggi	64	100%
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	SMA	44	100%
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Mahasiswa perguruan tinggi		
		- Mahasiswa baru	36	64.00%
		- Mahasiswa tahun kedua	15	27.00%
		- Junior	5	9.00%
		Total	56	100%
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Siswa SMP dan SMA	30	100%

Pada tabel 4.4 dari lima artikel yang di *review* tiga artikel menggunakan responden dengan tingkat pendidikan mahasiswa perguruan tinggi, dan 2 artikel menggunakan siswa sekolah dengan masing-masing artikel tingkat pendidikan SMP dan SMA, serta SMA.

4.3 Data Khusus

Pada data khusus disampaikan data tingkat depresi sebelum terapi *mindfulness*, tingkat depresi setelah terapi *mindfulness* dan perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja dengan depresi sebagai berikut:

4.3.1 Tingkat depresi sebelum terapi *mindfulness*

Tabel 4.5 Tingkat depresi sebelum terapi *mindfulness* dari lima artikel yang di review

No	Penulis	Judul artikel	Kelompok responden	Tingkat depresi sebelum terapi
1.	Nasrin Falsafi (2016)	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students	Kelompok intervensi Mindfulness	Skala BDI Nilai rata-rata (mean) 21,10
			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) 20,20
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	A randomized controlled trial of mindfulness-based Thai Chi Chuan for subthreshold depression	Kelompok intervensi	Skala PHQ-9 Nilai rata-rata (mean) 8.66
			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) 8.23
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	Pengaruh terapi <i>mindfulness</i> terhadap tingkat depresi pada remaja	1 kelompok	Skala DASS Nilai rata-rata (mean) 16,18
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold	Kelompok intervensi	Skala BDI-II Nilai rata-rata (mean) 17.00
			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) 16.75

		depression: A randomized controlled trial		
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation	1 kelompok intervensi	Skala BDI Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 29.55

Pada tabel 4.5 pada lima artikel yang di *review* dua artikel menggunakan skala BDI dengan rentang (20-29) kategori depresi sedang, satu artikel skala PHQ-9 dengan rentang (8-9) kategori depresi ringan, satu artikel skala DASS dengan nilai rerata (16.18) kategori depresi sedang dan satu artikel skala BDI-II dengan rentang (16-17) dalam kategori depresi ringan.

4.3.2 Tingkat depresi sesudah terapi *mindfulness*

Tabel 4.6 Tingkat depresi sesudah terapi *mindfulness* dari lima artikel yang di *review*

No	Penulis	Judul artikel	Kelompok responden	Tingkat depresi sesudah terapi
1.	Nasrin Falsafi (2016)	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students	Kelompok intervensi Mindfulness	Skala BDI Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 12.8
			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) 21.1
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	A randomized controlled trial of mindfulness-based Thai Chi Chuan for subthreshold depression	Kelompok intervensi	Skala PHQ-9 Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 6.03

			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 8.10
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	Pengaruh terapi <i>mindfulness</i> terhadap tingkat depresi pada remaja	1 kelompok	Skala DASS Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 4.48
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial	Kelompok intervensi	Skala BDI-II Setelah dilakukan intervensi selama 3 bulan didapatkan nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 13.43
			Kelompok control	Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 16.11
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation	1 kelompok	Skala BDI Nilai rata-rata (mean) tingkat depresi 15.53

Pada tabel 4.6 dari lima artikel yang di *review* 3 artikel dengan masing-masing 2 artikel menggunakan skala BDI dengan rentang (12-15) dan 1 artikel skala PHQ-9 dengan rerata (6) dalam kategori depresi ringan. Serta 2 artikel masing-masing menggunakan skala DASS dengan nilai rerata (4) dan skala BDI-II dengan rerata (13) dalam kategori depresi normal.

4.3.3 Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi

Tabel 4.7 Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi dari lima artikel yang di review

No	Penulis	Judul artikel	Hasil uji pengaruh	Kesimpulan
1.	Nasrin Falsafi (2016)	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students	Penurunan secara signifikan dengan nilai ($p < 0,01$)	Terapi <i>mindfulness</i> dapat menurunkan depresi pada remaja
2.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> (2018)	A randomized controlled trial of mindfulness-based Thai Chi Chuan for subthreshold depression	Penurunan yang signifikan antara <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan hasil ($F=59.482$, $p < 0,001$)	Terapi <i>mindfulness</i> berbasis Thai Chi Chuan efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada remaja
3.	Ita Apriliyani <i>et al.</i> (2018)	Pengaruh terapi <i>mindfulness</i> terhadap tingkat depresi pada remaja	Terdapat perbedaan tingkat depresi secara signifikan antara <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan ($p\text{-value}=0,000 < \alpha=0.05$)	Terapi <i>mindfulness</i> secara signifikan dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja
4.	Jia-Yuan Zhang <i>et al.</i> , (2019)	Effects of modified <i>mindfulness</i> -based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: A	Penurunan yang signifikan antara <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan hasil ($F=17.721$, $p < 0,000$)	Terapi <i>mindfulness</i> berbasis stress dapat menurunkan tingkat depresi pada

		randomized controlled trial		remaja
5.	Saurabh Raj <i>et al.</i> (2019)	Effectiveness of <i>mindfulness</i> based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation	Penurunan tingkat depresi secara signifikan antara <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan nilai ($p < 0,001$)	Terapi <i>mindfulness</i> berbasis perilaku kognitif dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja

Pada tabel 4.7 dari 5 artikel yang telah *direview* peneliti keseluruhan menunjukkan nilai $p < \alpha = 0,05$ yang artinya ada perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi.

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas: Tingkat depresi remaja sebelum terapi *mindfulness*. Tingkat depresi remaja sesudah terapi *mindfulness*. Serta perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi sebagai berikut:

5.1 Tingkat depresi remaja sebelum terapi *mindfulness*

Pada lima artikel yang di *review* dua artikel menggunakan skala BDI dengan rentang (20-29) kategori depresi sedang, satu artikel skala PHQ-9 dengan rentang (8-9) kategori depresi ringan, satu artikel skala DASS dengan nilai rerata (16.18) kategori depresi sedang dan satu artikel skala BDI-II dengan rentang (16-17) dalam kategori depresi ringan.

Berdasarkan teori Depresi merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya rasa sedih yang terus-menerus dan berkepanjangan yang dapat menimbulkan gangguan kondisi fisik dan kehidupan sosialnya (Pieter & Namora, 2012). Maslim (2013) mendefinisikan depresi merupakan keadaan seseorang yang ditandai dengan kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang meningkatnya keadaan mudah lelah serta menurunnya aktivitas.

John W. Santrock (2003) menyebutkan Faktor penyebab depresi yaitu faktor fisik dan faktor psikologis. Dari faktor fisik terdiri dari faktor genetis yaitu apabila di dalam keluarganya diketahui menderita depresi, hormone adrenalin menurun dan berkurang, faktor usia golongan muda yaitu remaja dan orang dewasa, gender, gaya hidup yang tidak sehat, penyakit fisik dan obat-obatan terlarang. Faktor psikologis terdiri dari kepribadian individu yang mempunyai konsep diri dan pola pikir negatif, pesimis, pribadi yang introvert, rendahnya *self-esteem*, stress yang disebabkan adanya peristiwa-peristiwa negative seperti bencana alam, kematian, perceraian, dan aktivitas sehari-hari serta pola asuh dari orang tua.

Didalam patofisiologis munculnya depresi dijelaskan dalam beberapa hipotesis. Amina biogenic merupakan hipotesis yang menyatakan, depresi disebabkan menurunnya atau berkurangnya jumlah norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) dan dopamine (DA) di dalam otak (Sukandar *et al.*, 2008). Hipotesis sensitivitas reseptor yaitu perubahan patologis pada reseptor yang dikarenakan terlalu kecilnya stimulasi oleh monoamine yang dapat menyebabkan depresi. hipotesis deregulasi, tidak teraturnya neurotransmitter sehingga terjadi gangguan depresi. dalam teori ini ditekankan pada kegagalan homeostatic system neurotransmitter, bukan pada penurunan atau peningkatan absolut aktivitas neurotransmitter (Teter *et a.*, 2007).

Beberapa faktor yang mempengaruhi depresi pada anak yaitu, seperti tekanan yang dialami setiap hari, konflik keluarga, ekonomi keluarga, dan

lingkungan sekolah (Tannous, 2011). Menurut (Meeus, 2010) Salah satu faktor yang mempengaruhi Depresi pada remaja adalah faktor sosial seperti status perkawinan orang tua, jumlah sanak saudara, status sosial keluarga, perpisahan orang tua, perceraian, fungsi perkawinan struktur keluarga serta pola asuh orang tua. Hubungan orang tua dengan anak dapat mempengaruhi keseharian anak. Dampak negatif dari ketidakseimbangan hubungan orang tua dengan anak dapat mempengaruhi nilai akademik.

Papalia (2009) menyebutkan adapun ciri-ciri depresi pada remaja tidak selalu ditunjukkan dengan kesedihan, tetapi dapat berupa perasaan mudah bosan, mudah terganggu, dan ketidakmampuan untuk mengalami rasa senang. Remaja dibawah tekanan pada saat belajar di sekolah berada pada risiko yang lebih tinggi untuk depresi (Haryanto *et al.*, 2015). Menurut Rahmayanti dan Rahmawati (2018) remaja yang mengalami depresi ditandai dengan perasaan mudah tersinggung, tertekan, takut, tidak bersemangat, sedih, konflik dengan teman, dan konflik dengan keluarga. Selain itu perilaku remaja yang mengalami depresi juga berubah, jika sebelumnya remaja senang bermain dengan teman-temannya namun sekarang remaja lebih suka menyendiri atau tidak dapat bersosialisasi dengan lingkungan (Haryanto *et al.*, 2015). Menurut Malhi & Bridges (1998) adapun ciri-ciri seseorang depresi yaitu penampilan dan tingkah laku, kecepatan dalam berbicara, mood yang berubah-ubah, dan kelelahan serta kehilangan energy.

Karakteristik remaja yang mengalami depresi cenderung mengalami masalah-masalah psikososial seperti tidak pernah merasa puas, merasa hidupnya

jemu, merasa putus asa, diam dalam waktu lama dan tidak mau berbicara, merasa sedih hingga dihindangi ketakutan dan kegelisahan, kesadaran menjadi kabur, pikirannya menjadi campur aduk, dan tidak mengenal pantangan serta larangan (Puspitosari, 2010). Menurut Stuart (2013) bahwa Depresi pada remaja mengalami perubahan pada pikiran seperti prestasi di sekolah yang buruk, masalah dalam berkonsentrasi, takut mati, kehilangan minat dan motivasi, pesimis dan menyalahkan diri sendiri.

Karakteristik spesifik tingkat depresi pada remaja yang mengalami depresi yaitu dari gejala-gejala yang dialami. Tahap depresi ringan muncul berupa ketidak inginan individu untuk makan, mengalami penurunan dalam merespon stimulus seksual, tidur dengan jumlah jam yang lebih banyak dari biasanya namun beberapa kasus menunjukkan kebalikannya, dan akan merasa cepat lelah dibanding dari biasanya. Pada tahap depresi sedang ditandai dengan benar-benar hilangnya selera makan dan individu lupa makan tanpa disadari, tidak memiliki hasrat seksual spontan, pada kualitas tidurnya individu akan bangun satu atau dua jam lebih awal dari biasanya dan akan merasakan lelah saat bangun tidur. Pada tahap depresi berat individu harus memaksa diri sendiri atau dipaksa orang lain untuk makan (beberapa kasus menunjukkan kebalikannya, individu makan berlebihan), tidak memiliki respon terhadap stimulus seksual, kualitas tidur hanya sekitar empat sampai lima jam dan mengalami kesulitan untuk tidur kembali atau bahkan individu tidak dapat tidur sama sekali di malam hari, serta akan merasa terlalu lelah untuk melakukan apapun (Beck, 1985) dalam (Sulistyorini & Sabarisman, 2017).

Menurut peneliti mayoritas remaja yang mengalami depresi sebelum terapi *mindfulness* dalam kategori depresi sedang dan mayoritas pada remaja tingkat mahasiswa perguruan tinggi, yang disebabkan oleh tekanan pekerjaan atau akademik, keluarga dan teman, banyaknya kegiatan dan tugas sekolah yang membuat mereka tidak punya waktu luang. Adanya faktor lain yang mempengaruhi remaja depresi yaitu sebagaimana pada penelitian sebagian besar pada usia 16-22 tahun mengalami depresi. Menurut Neiger bahwa usia 15-24 tahun sangat rentan untuk mengalami depresi. Hal ini terjadi karena pada faktor usia terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja. Pada masa remaja akan mengalami masa peralihan, sehingga mulai terjadi perubahan baik fisik, biologis dan salah satunya yaitu psikologis. Dalam perubahan psikologis berkaitan dengan emosi, perasaan, dan pikiran.

Perubahan psikologis pada perempuan lebih sensitif dibanding laki-laki, karena perempuan akan memikirkan segala apa yang dilakukan, berbeda dengan laki-laki yang tidak terlalu memikirkan segalanya yang membuat perempuan lebih dominan dari pada laki-laki (Mandasari & Tobing, 2020). Namun menurut peneliti hasil artikel yang direview menunjukkan responden lebih banyak laki-laki daripada perempuan dengan rata-rata dalam kategori depresi sedang. Karena menurut Susan Nolen-Hoeksema menyimpulkan bahwa kaum laki-laki depresi, mereka umumnya lebih condong menyibukkan diri mereka sendiri dengan kegiatan-kegiatan tertentu, suatu pendekatan yang disebutnya dengan gaya mengalihkan sebagai wujud tanggapan dari depresi. Sebaliknya, bila kaum

perempuan yang depresi, mereka lebih condong memfokuskan diri mereka pada gejala-gejalanya dengan mencari tahu kemungkinan penyebab dan konsekuensi emosi mereka. Sehingga wanita dua kali lebih sering terdiagnosa menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria (John W. Santrock, 2003). Pada penelitian hasil *review* pada lima artikel, responden yang memiliki depresi dalam kategori tingkat berat dianjurkan untuk memeriksakan diri untuk mendapatkan perawatan secara medis dan kemungkinan besar terjadi pada responden perempuan.

5.2 Tingkat depresi remaja sesudah diberi terapi *mindfulness*

Dari lima artikel yang di *review* tiga artikel dengan masing-masing dua artikel menggunakan skala BDI dengan rentang (12-15) dan satu artikel skala PHQ-9 dengan rerata (6) dalam kategori depresi ringan. Serta dua partikel masing-masing menggunakan skala DASS dengan nilai rerata (4) dan skala BDI-II dengan rerata (13) dalam kategori depresi normal atau tidak depresi.

Menurut (Alfianti, 2018) *Mindfulness* adalah suatu kondisi dimana seorang individu bisa menjadi sangat waspada dan perhatian terhadap keadaan di sekitarnya. Secara teoritis, *mindfulness* dapat menggambarkan keseimbangan emosional seseorang yang melibatkan penerimaan terhadap pengalaman internal, kejernihan perasaan, kemampuan untuk meregulasi emosi dan suasana hati serta pendekatan yang sehat terhadap suatu masalah (Fourianalistyawati & Listyandini,

2017). Membekali dengan sikap *mindfulness* dapat membantu seseorang untuk memiliki hidup yang lebih sehat, tidak mudah stress, tidak mudah cemas, tidak mudah depresi, meningkatkan ketahanan tubuh, dan juga dapat meningkatkan hubungan interpersonal (Brown & Ryan, 2003).

Mekanisme kerja *mindfulness* dapat meningkatkan output pada saraf vagus yaitu pada saraf kranial primer yang bertanggung jawab untuk mengatur jantung dan laju pernapasan dan pada gilirannya, penurunan gairah otonom berhubungan dengan peningkatan respon relaksasi, termasuk seluruh indeks relaksasi somatic dan psikologis. Dalam relaksasi terdiri dari relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif. Relaksasi nafas dalam akan meningkatkan sensitivitas baroreseptor dan mengeluarkan neurotransmitter endorphin sehingga menstimulasi respon saraf otonom yang berpengaruh dalam menghambat pusat simpatis (meningkatkan aktivitas tubuh) dan merangsang aktivitas parasimpatis (menurunkan aktivitas tubuh atau relaksasi). Proses fisiologis relaksasi nafas dalam akan merespon meningkatkan aktivitas baroreseptor dan dapat mengurangi aktivitas keluarnya saraf simpatis dan terjadinya penurunan kontraktilitas, kekuatan pada setiap denyutan berkurang, sehingga volume sekuncup berkurang, terjadi penurunan curah jantung dan hasil akhirnya yaitu menurunkan tekanan darah sehingga mengurangi kecemasan (Muttaqin, 2009). Relaksasi otot progresif juga mempengaruhi pada sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. sistem saraf otonom terdiri sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Dimana sistem saraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energy misalnya pada saat terkejut, cemas, takut atau tegang.

Sebaliknya, relaksasi otot berjalan bersamaan dengan respon otonom dari saraf parasimpatis. Sistem saraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase ketegangan dan menaikkan aliran darah ke system gastrointestinal sehingga kecemasan akan berkurang dengan dilakukannya relaksasi progresif (Handayani & Rahmayati, 2018). Caldwell dan Shaver (2013) menyebutkan bahwa kecenderungan seseorang untuk menjadi *mindful*, secara proses social, kognitif, dan perkembangan dibentuk oleh pandangan dan skema kognitif terhadap dunia yang aman. *Mindfulness* melawan kecenderungan kita untuk menghindari pikiran dan emosi yang menyakitkan, memungkinkan kita tetap mampu menghadapi pengalaman kita apa adanya, bahkan meskipun hal itu tidak menyenangkan. *Mindfulness* juga mencegah kita menjadi terlalu terikat pada pikiran dan perasaan negatif yang membuat seseorang menjadi reaktif sehingga focus kita akan menjadi sempit yang cenderung membesar-besarkan pengalaman kita.

Menurut peneliti setelah dilakukan terapi *mindfulness* menunjukkan adanya perubahan pada diri mereka seperti memiliki hubungan baik pada orang lain, lebih bereaksi positif dan tenang ketika kejadian buruk menimpa mereka, lebih fokus pada saat kelas dan tidak terburu-buru dalam melakukan suatu kegiatan, merasa lebih bersyukur atas apa yang dimiliki termasuk mampu untuk kuliah dan belajar hal baru, dan kualitas tidur mereka merasa lebih baik. Hal ini disebabkan karena pada saat proses terapi *mindfulness* akan merangsang sistem saraf parasimpatis untuk meningkatkan aktivitas baroreseptor untuk mengurangi aktivitas saraf simpatis. Sehingga pada saat terapi, individu akan merasakan ketenangan dan

fokus apa yang dirasakan saat ini/ masa kini serta membangun emosi negatif menjadi emosi positif.

5.3 Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi

Hasil analisis dari lima artikel yang di *review* secara keseluruhan menunjukkan nilai $p < \alpha = 0,05$ yang artinya ada perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi.

Menurut Karl Menninger, individu yang sehat mentalnya adalah mereka yang menunjukkan kecerdasan, berperilaku dengan menenggang perasaan orang lain, serta memiliki sikap hidup yang bahagia. Adapun karakteristik individu sehat mental mengacu pada kondisi atau sifat-sifat positif, seperti: kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) yang positif, karakteristik yang kuat serta sifat-sifat baik/ kebajikan (*virtues*) (Lowenthal, 2006). Seseorang yang mengalami depresi memiliki pemikiran atau pandangan kognitif negatif terhadap diri sendiri dan tidak ada keyakinan mengenai masa depan. Depresi pada remaja adalah *learned helplessness* yang terjadi ketika individu dihadapkan, seperti stress atau rasa sakit yang berkepanjangan dimana individu tidak memiliki kendali. Pengalaman seperti ini memupuk perasaan putus asa dan keyakinan umum bahwa tidak ada yang bisa dilakukan untuk memperbaiki situasi (Seligman, 1975). Depresi mengacu pada tingkah laku dan emosi yaitu merasa kesepian, menangis, takut melakukan hal-hal buruk, perasaan ingin menjadi sempurna, perasaan tidak

dicintai, perasaan tidak berharga, gugup, perasaan bersalah, atau sedih, dan rasa cemas.

Menurut (Dewi, 2012) individu yang memiliki kognitif atau psikologis positif terdapat tiga pilar utama yaitu: Karakteristik positif (*Virtues*) kreatif, memiliki rasa ingin tahu, keterbukaan pikiran, gemar belajar, memiliki kearifan, berani, tabah dalam kesulitan, murah hati dan penuh semangat. Emosi positif yaitu kebahagiaan (*Happiness*), kasih sayang (*Love*), bersyukur (*Gratitude*), memaafkan (*Forgiveness*), mengharap hal baik (*Hope*), gembira (*Humor*). Institusi positif seperti adil, peduli, bertanggung jawab, beradap, toleransi, non-diskriminatif, saling mendukung, dan saling menghargai.

Wood (2013) menyatakan bahwa *mindfulness* adalah kondisi dimana seseorang benar-benar hadir dalam situasi tertentu. Ketika penuh kesadaran, individu tidak akan membiarkan pikiran melayang pada kejadian di hari kemarin atau rencana pada esok hari. Individu akan fokus pada kegiatan yang dikerjakan pada hari ini.

Terapi *Mindfulness* memiliki manfaat seperti membantu seseorang untuk dapat memiliki hidup yang lebih sehat dan tidak mudah cemas, tidak mudah depresi, memandang hidup lebih baik, meningkatkan hubungan dengan orang lain, meningkatkan *self esteem*, meningkatkan kesadaran, meningkatkan fungsi kognitif, mengurangi distorsi kognitif, meningkatkan ketahanan tubuh manusia dan dapat mengurangi kemungkinan seseorang menggunakan obat-obatan terlarang.

Secara keseluruhan dari lima artikel yang di *review* menunjukkan adanya perubahan tingkat depresi sebelum dan sesudah terapi *mindfulness*. Saat sebelum terapi *mindfulness*, dari lima artikel hampir keseluruhan mengalami depresi kategori sedang disebabkan oleh stress yang dialami dari tekanan pekerjaan atau akademik, tekanan dari lingkungan sekolah, keluarga dan teman, system koping yang buruk terhadap penerimaan dan penilaian diri, berpikir buruk atau negatif terhadap pengalaman masa lalu dan kehidupan akan masa depan, serta ketidakterbukaan atau tidak berhubungan baik dengan orang lain. Seseorang yang mengalami depresi akan mengalami penurunan pada hormon yaitu hormon serotonin dan dopamine. Hormone serotonin membantu mengatur suasana hati saat tidur, nafsu makan, pencernaan, kemampuan belajar dan memori. Sedangkan hormone dopamine merupakan hormon dan neurotransmitter yang terdiri dari tiga daerah pada batang otak yaitu, ganglia basalis (basal ganglia) yang mengontrol tingkah laku motorik, hipotalamus yang mengatur rangsangan fisiologis, dan system limbic yang mengatur rangsangan fisiologis. Oleh karena itu dopamine mempengaruhi suasana hati, pikiran dan perilaku (Fortinash, 2012).

Setelah dilakukan intervensi berupa pemberian terapi *mindfulness* kepada remaja, secara keseluruhan mengalami perubahan tingkat depresi dalam kategori depresi ringan. Terapi *mindfulness* sebagai salah satu psikoterapi yang terbukti berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pada remaja (Apriliyani et al., 2018). Terapi yang ditujukan untuk menurunkan tingkat depresi pada remaja dilakukan dengan cara mendorong remaja untuk dibawa kearah kondisi yang tenang dan diarahkan untuk mencapai kesadaran diri melalui rangkaian teknik

latihan relaksasi nafas dalam, visualisasi mental dan meditasi. Jadi tujuan *mindfulness* yaitu penuh perhatian dan fokus dengan kejadian saat ini, kondisi ini dapat membantu individu melihat sesuatu dengan sudut pandang yang berbeda dan tentunya sudut pandang yang lebih positif dan apabila diterapkan dengan teratur akan membantu diri lebih tenang, mengurangi stress dan meningkatkan kapasitas kesehatan mental yang lebih baik. Hasil analisa dari lima artikel secara keseluruhan menunjukkan penurunan tingkat depresi dengan hasil *p value* < 0.05 artinya terapi *mindfulness* berpengaruh terhadap perubahan tingkat depresi pada remaja.

BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini disampaikan kesimpulan dan saran *literatur review* “Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi” sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Tingkat depresi sebelum terapi *mindfulness*

Tingkat depresi pada remaja sebelum terapi *mindfulness* dari lima artikel lebih banyak kategori depresi sedang dan selebihnya dalam kategori depresi ringan.

6.1.2 Tingkat depresi sesudah terapi *mindfulness*

Tingkat depresi pada remaja sesudah terapi *mindfulness* dari lima artikel lebih banyak mengalami kategori depresi ringan dan selebihnya normal atau tidak depresi.

6.1.3 Perubahan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi

Dari lima artikel yang di *review* secara keseluruhan menunjukkan adanya perubahan penurunan tingkat depresi dengan terapi *mindfulness* pada remaja yang mengalami depresi. Sehingga terapi *mindfulness* terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja.

6.2 Saran

1. Remaja yang mengalami depresi kategori ringan-sedang dapat melakukan konseling dengan perawat di puskesmas atau guru BP di sekolahnya untuk dilakukan terapi mindfulness
2. Perawat puskesmas atau guru BP dapat menggunakan terapi mindfulness untuk menurunkan tingkat depresi ringan-sedang pada remaja yang mengalami depresi dengan prosedur dan cara (SOP) terlampir.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinursari, H. F. (2019). *Hubungan Mindfulness Dan Efikasi Diri Pada Mahasiswa Tahun Pertama Di Fakultas Pendidikan Psikologi Universitas Negeri Jakarta*. Tugas Akhir. Program Studi Psikologi Universitas Negeri Jakarta.
- Afandi dkk . (2013). *Model-model Pembelajaran*. Semarang: Sultan Agung Press.
- Alfianti, Y. F. (2018). *Hubungan Mindfull Parenting Dengan Stress Pengasuhan Ibu Yang Memiliki Anak Retardasi Mental Di Sekolah Luar Biasa (SLB-C) TPA Kabupaten Jember*. Skripsi. Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember.
- Alkin, A. (2010). *Bebas Stres Minggu demi Minggu*. Bandung: Nuansa.
- Andi, Mappiare. (1982). *Psikologi Remaja*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Apriliyani, I., Dwidiyanti, M., & Sari, S. P. (2018). Pengaruh Terapi Mindfulness Terhadap Tingkat Depresi Pada Remaja. *PROCEEDING BOOK The 1st Widya Husada Nursing Convergence (1st WHNC)*, 74–84.
- Atkinson, R. L. (1991). *Pengantar Psikologi 2* (Terjemahan: Nurdjannah). Jakarta: Erlangga.
- Atkinson, R. L. (1999). *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Beck, A. T. (1985). *Depression causes treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Bedoe, A. E. & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and empathy among nursing student. *Journal of Nursing Education*, 43 (7), 305-317.
- Bishop Owen. (2004). *Dasar-Dasar Elektronika*. Jakarta : Erlangga.
- Brown KW, Ryan RM. 2003;84. The benefits of being present: Mindfulness and itsvrole in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. :822–848.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2004). Peril and romise in defining and measuring

- mindfulness: Observation from experience. *Clinical Psychology: Science & Practice*, Vol. 11, No.3, 243-248
- Burns, D. D. (1988). *Terapi Kognitif. Pendekatan Baru Bagi Penanganan Depresi*. (Terjemahan Oleh Santosa). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Caldwell, J. G. & Shaver, P. R. (2013). Mediators of The Link Between Adult Attachment and Mindfulness. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 7, 299-301
- Carr, A. (2001). *Abnormal psychology : Psychology focus*. East Sussex : Psychology Press
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Copel. (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat*. Jakarta : EGC.
- Depkes, R.I., (2007). *Pharmaceutical Care Untuk Penderita Gangguan Depresif*. Departemen Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Dewi, K. sari. (2012). *Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.
- Dianovinina, K. (2018). Depresi pada Remaja: Gejala dan Permasalahannya. *Journal Psicogenesis*, 6(1), 69–78. <https://doi.org/10.24854/jps.v6i1.634>
- Dowell, Mc Lan and Newell, Claire.(1996). *A guide to rating scale and questionnaires 2nd editions* New York: Oxford University Press
- Erford, B. T. (2016). *Teknik yang Harus Diketahui Setiap Konselor*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Falsafi, N. (2016). *A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga : Effects on Depression and / or Anxiety in College Students*. <https://doi.org/10.1177/1078390316663307>
- Fortinash, K. M. (2012). *Psychiatric mental health nursing: 5 th edition*. Canada: Elsevier.
- Fourianalistyawati, E., & Listyandini, R. A. (2017). Hubungan Antara Depresi Mindfulness Dengan Depresi Pada Remaja. *Psychogenesis*, 5(2), 115–122.
- Germer, C.K, Siegel, R.D.. (2005). Chapter I : Mindfulness, What Is It ? What Does It Matter. Guilford Publications.
- Germer, C. K. (2009). *The Mindful Path To Self-Compassion*. United State of America: The Guilford Press.

- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (1994). *Abnormal Psychology: The Human Experience of Psychological Disorders*; Updated With DSM-IV.USA: HarcourtBraceCollege Publishers
- Hamilton, P. M. (2006). *Dasar-dasar keperawatan maternitas* alih bahasa, Niluh Gede Yasmin (6th ed).Jakarta : EGC.
- Handayani, R. S., & Rahmayati, E. (2018). Pengaruh Aromaterapi Lavender, Relaksasi Otot Progresif dan Guided Imagery terhadap Kecemasan Pasien Pre Operatif. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 319. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i2.984>
- Haryanto, Wahyuningsih, H. D., & Nandiroh, S. (2015). Sistem Deteksi Gangguan Depresi pada Anak - Anak dan Remaja. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, 14(2), 142–152. <http://journals.ums.ac.id/index.php/jiti/article/view/998/998>
- Hasanat N. U. (1995). *Apakah Wanita Lebih Depresif daripada Pria. Laporan Penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Heath, N. L., Carsley, D., De Riggi, M., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The relationship between mindfulness, depressive symptoms and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2016.1162243
- Hockenberry, M., Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children*, ten editions. USA:Elsevier
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hurlock, E. B. (2002). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta : Erlangga
- Hurlock, E.B. (1999). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Alih bahasa: Istiwidayati & Soedjarwo. Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga.
- John W. Santrock. (2003). *Adolescence: Perkembangan Remaja*. Edisi Keenam. Jakarta: Erlangga.
- Jumaroh, T. A. (2018). *PENGARUH MINDFULNESS THERAPY DALAM MENINGKATKAN REGULASI EMOSI SANTRI WATI KELAS ISTI'DAD PENDIDIKAN DINIAH FORMAL (PDF) ULYA PONDOK PESANTREN ASSALAFI AL-FITHRAH SURABAYA*. Skripsi. Program Studi Bimbingan dan Konseling Islam Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri Jilid 1*. Edisi ke-7.

- Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara. p. 86-108.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018a). Laporan Provinsi Jawa Timur RISKESDAS 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*. <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l%0A>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018b). Pengertian Kesehatan Mental. 18 Juni 2018. <https://promkes.kemkes.go.id/pengertian-kesehatan-mental>
- Kendall, P.J. and Julian, D.N. (1982). *Clinical Psychology*. Canada: John Willey and Sons.
- Kendall, P.C. Hammen, C. (1998). *Abnormal Psychology: Understanding Human Problems*. Second Edition. New York: Houghton Mifflin Company.
- Kusumadewi, S., & Wahyuningsih, H. (2020). Model Sistem Pendukung Keputusan Kelompok untuk Penilaian Gangguan Depresi, Kecemasan dan Stress Berdasarkan DASS-42. *Jurnal Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 7(2), 219. <https://doi.org/10.25126/jtiik.2020721052>
- Lubis, N. L., (2009). *Depresi dan tinjauan psikologis*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Lubis, N. L. (2016). *DEPRESI: Tinjauan Psikologi* (Edisi: 1). Jakarta: KENCANA.
- Lewinson, D. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). "Depression Related Cognition: Antecedent or Consequences?". *Journal of Abnormal Psychology*, 91 , 213 – 219.
- Mad Zaini. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Yogyakarta: Deepublish.
- Malhi & Bridges. (1998). *Management of Depression*. Florida: CRC Press
- Mandasari, L., & Tobing, D. L. (2020). Tingkat Depresi dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja. *Jurnal Keperawatan*, 2(1), 1–7. <https://ijhd.upnvj.ac.id/index.php/ijhd/article/view/33>
- Mann, J.J., (2005). The Medical Management of Depression. *N. Engl. J. Med.* 353, 1819–1834.
- Maria Etty. (2002). *Mengelola Emosi: Tips Praktis Meraih Kebahagiaan*. Jakarta: PT Grasindo.
- Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma. Jaya*. Jakarta: PT Nuh Jaya.

- Meeus, W. (2010). *On the progression and stability of adolescent identity formation: a five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescence.* 81(5):1565. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01492.x>.
- Meilan, N. (2018). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Implementasi PKPR Dalam Teman Sebaya.* Malang : Wineka Media.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Monks, F.J, Knoers, A.M.P, Haditono, S.R. (2002). Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam Berbagai Bagiannya. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Muttaqin, A. (2009). *Asuhan keperawatan perioperatif: Konsep, proses, dan aplikasi.* Jakarta: Salemba Medika.
- Nevid, Jeffrey S dkk. 2003. Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 1. Erlangga: Jakarta.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2008). Handbook of depression in adolescents. Routledge.
- Nofi, A. (2017). *Hubungan Depresi dengan Gangguan Tidur pada Lansia di Posyandu Mawar Desa Kledokan Kec. Bendo Kab.Magetan.*
- Notoatmodjo . (2012). Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novieastari, E. K. I. D. S. R. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan : Edisi 9.* Elsevier Singapore Pte Ltd.
- NOVOPSYCH, 2018. Depression Anxiety Stress Scales – Long Form (DASS-42). [online] Tersedia pada: NovoPsych: Software for Administering Outcome Questionnaires to Clients for Psychologists: <https://novopsych.com/assessments/depression-anxiety-stress-scales-long-form-dass42/>
- Octavia, S. A. (2020). *Motivasi Belajar Dalam Perkembangan Remaja.*
- Oktavia, N. A. (2018). *Efektivitas Pelatihan Mindfulness dalam Menurunkan Kesepian Remaja di Panti Asuhan.* Skripsi. Program Studi Psikologi Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.
- Papalia, E. D, Olds S. W, dan Feldman, R. D. (2009). Human Development Perkembangan Manusia, jilid 2. Jakarta : Salemba Humanika.
- Patricia Elvira Finny. (2014). *Modul Pelatihan Mindfulness.* Program Pasca Sarjana. Universitas Mercu Buana Yogyakarta.

- Pieter Herri Z & Namora Lumongga L. (2012). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: KENCANA.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN*.
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 39(December 2018), 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>
- Sadock, & Kaplan. (1997). *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*. Medan: PT Refika Aditama.
- Safaria, T. (2021). *Psikologi Abnormal: Dasar-dasar, Teori dan Aplikasinya* (Budi Ashari (ed.)). Yogyakarta: UAD PRESS.
- Seligman, M. E. (1975). *Depression and learned helplessness in man*. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Setiadi, A. I. (2016). *PSIKOLOGI POSITIF: Pendekatan Saintifik Menuju Kebahagiaan*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Silarus, A. (2015). *Sadar Penuh Hadir Utuh*. Transmedia.
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Sue,dkk. (1986). *Understanding Abnormal Behavior*. 2nd Ed. Boston: Houghton Mifflig.
- Sukandar, Prof. Dr. Elin Yulinah, dkk. (2008). *ISO Farmakoterapi*. PT.ISFI: Jakarta.
- Sulistyorini, W., & Sabarisman, M. (2017). Depresi : Suatu Tinjauan Psikologis. *Sosio Informa*, 3(2), 153–164. <https://doi.org/10.33007/inf.v3i2.939>
- Tannous, A. (2011). Factors causing depression among children in Jordan: What teachers see. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.067>
- Teter, C.S., Kando, J.C., Wells, B.G., Hayes, P.E., 2007. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*, 7 th. ed. Appleton and Lange, New York.
- Utami, Y. A. P. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Remaja Dalam Menghadapi Menarche Pada Siswi Kelas V Dan

- Vi Di Sd Negeri 1 Ceper Klaten. *Jurnal Keperawatan*, 4(1), 1–12.
<http://digilib.unmuhjember.ac.id/download.php?id=3456>
- Waney, N. C., Kristinawati, W., & Setiawan, A. (2020). Mindfulness Dan Penerimaan Diri Pada Remaja Di Era Digital. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 22(2), 73. <https://doi.org/10.26486/psikologi.v22i2.969>
- Way, B. M. (2010). *Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0018312>
- Wood, J. T. (2013). *Komunikasi Interpersonal: Interaksi Keseharian Edisi 6*. Jakarta: Salemba Humanika.
- World Health Organization. (2019). Mental Disorders. 28 November 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2020a). Depression. 30 Januari 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2020b). Global Strategic Direction for Mental Health. 2 November 2020. <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction>
- Yosep, I. (2011). Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yusnita, H. (2017). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Resiko Terjadinya Depresi Pada Remaja Di SMK Kosgoro 2 Kota Payakumbuh. In *Auditing* (Vol. 53, Issue 9). Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
- Zeltzer, L. (2008). *Inventarisasi Depresi Beck (BDI, BDI-II)*. https://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory
- Zhang, J., Qin, S., Zhou, Y., Meng, L., Su, H., & Zhao, S. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based tai chi chuan for subthreshold depression adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2313–2321. <https://doi.org/10.2147/NDT.S173255>
- Zhang, J. Y., Ji, X. Z., Meng, L. N., & Cai, Y. J. (2019). Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2695–2704. <https://doi.org/10.2147/NDT.S216401>

LAMPIRAN 1

PENYUSUNAN SKRIPSI

Kegiatan	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Pengajuan Judul Dan Pembimbing												
Penyusunan Proposal												
Sidang Proposal												
Penyusunan Hasil Dan Pembahasan												
Sidang Akhir Skripsi												

LAMPIRAN 2. STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MINDFULNESS

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) “MINDFULNESS”	
PENGERTIAN	<i>Mindfulness</i> adalah kesadaran yang muncul akibat dari pemberian perhatian sebuah pengalaman saat ini secara sengaja dan tanpa penilaian agar mampu merespon dengan penerimaan terhadap pengalaman yang dialami sehari-hari (Kabat-Zinn, 2003). <i>Mindfulness</i> merupakan metode meditasi yang terdiri dari kombinasi afektif, kognitif, moral, intrapersonal dan interpersonal (Bedoe & Murphy, 2004).
TUJUAN	- Mengenalkan kepada partisipan dasar meditasi - Partisipan mampu menyadari, mengenali, dan mengobservasi macam-macam sensasi tubuh yang dapat muncul pada dirinya. - Menumbuhkan penerimaan dan penghargaan partisipan terhadap tubuhnya - Partisipan dapat menyadari peristiwa-peristiwa yang telah terjadi dalam hidupnya, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan - Partisipan dapat menerima dan melepaskan pikiran serta perasaan, khususnya perasaan “negatif” sehubungan dengan kondisi yang dialaminya - Partisipan dapat melepaskan hasrat (wanting) yang mengganggu yang selama ini dimiliki - Mendorong partisipasi untuk menjadikan mindfulness sebagai bagian dari kehidupan
INDIKASI	- Pasien dengan gangguan psikologis yaitu, stress, cemas dan depresi dalam kategori ringan-sedang - Semua pasien yang memiliki pikiran negatif atau pikiran menyimpang dan mengganggu perilaku (maladaptif)
KONTRAINDIKASI	- Pasien yang mengalami gangguan psikologis berat

	- Pasien yang memiliki gangguan sistem pernapasan misal, sesak nafas
METODE	- Ceramah - Praktek meditasi - Diskusi
WAKTU	12-15 menit
ALAT DAN BAHAN	Alat: - Matras/ karpet - Buku harian - Mp3 <i>audio player</i> Bahan: - Makanan atau Snack
TAHAP PERSIAPAN	Fasilitator - Mempunyai pemahaman memadai tentang terapi mindfulness - Mempunyai ketertarikan dan pengharapan yang tinggi akan keberhasilan peserta dan bersikap positif dengan membantu peserta meningkatkan pengharapan mereka - Menggunakan sarana pelatihan dengan efektif Lingkungan Tempat terbuka atau tertutup yang aman dan nyaman
PROSEDUR KERJA	Pembukaan: 1. Fasilitator membuka pertemuan. Ucapkan salam, menyapa dan tersenyum kepada peserta 2. Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik meditasi. 3. Fasilitator dengan dibantu oleh ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta yang lainnya agar peserta merasa nyaman. Kegiatan 1. Menyadari pernapasan (<i>breathing meditation</i>)

	- Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik meditasi menyadari pernapasan (breathing meditation). Contoh : “ Bapak/Ibu, teknik meditasi pertama yang akan kita laksanakan hari ini adalah teknik menyadari pernapasan. Teknik ini merupakan latihan dasar dari teknik mindfulness. kita akan berlatih untuk memusatkan perhatian pada pernafasan kita, teknik ini melatih kita untuk hadir disini, sekarang dan saat ini...” - Fasilitator dengan dibantu oleh ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta yang lainnya agar peserta merasa nyaman. Contoh : <i>“Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Luruskan posisi punggung namun jangan terlalu kaku atau tegang, usahakan untuk tetap rileks. Saya akan mencontohkan sikap tubuh yang harus anda lakukan. Apabila anda sudah merasa nyaman dan rileks serta sikap tubuh anda sudah benar, tutuplah mata anda perlahan-lahan. Kemudian merilekskan bahu anda dan tutup mata anda. Baik, sedikit perhatian kepada Bapak/Ibu semua bahwa dalam teknik meditasi ini penting untuk tetap menjaga dan memelihara fokus perhatian anda pada instruksi yang akan saya berikan. Meditasi ini akan membuat anda menjadi lebih baik dalam melakukan berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari anda. Dengan melakukan meditasi ini maka anda mengolahragakan otak anda dan latih otak anda untuk bisa fokus pada apapun yang anda hadapi, semakin anda bisa merasakan rileks dan fokus dalam meditasi ini, maka anda semakin rileks dan fokus dalam kehidupan sehari-hari anda. Beri kesempatan kepada pikiran anda untuk terbuka... dan tutup mata anda perlahan-lahan...”</i>
--	--

	- Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dan ko-fasilitator memutar musik instrumen yang akan digunakan dalam mengiringi jalannya meditasi. Contoh : <i>“Berikan perhatian anda pada area perut anda. Rasakan perut yang mengembang secara perlahan-lahan ketika anda menarik nafas anda dan mengempis ketika anda membuang nafas. Tetap fokus pada nafas anda, tarik nafas anda dalam-dalam. Rasakan tarikan nafas anda yang dalam dan kemudian lepaskan perlahan-lahan. Rasakan irama dari tarikan nafas anda tersebut, rasakan iramanya...(beri jeda waktu). Perhatikan ketika setiap kali pikiran anda pergi dari fokus pernapasan anda, maka dengan perlahan-lahan dan tanpa paksaan bawa kembali perhatian anda pada area perut anda dan rasakan kembali perut anda yang mengembang ketika menarik nafas dan mengempis ketika mengeluarkan nafas. Fokus dan perhatikan...rasakan...(beri jeda waktu). Lakukan berulang kali sampai tubuh dan pikiran anda terasa rileks...(beri jeda waktu). Apabila pikiran anda terus-menerus pergi dari fokus pernapasan anda, maka tugas anda adalah dengan perlahan-lahan membawa kembali pikiran anda fokus pada pernapasan anda. Terus rasakan nafas anda, jangan merubah ritmenya, apabila itu kencang tetaplah seperti itu, apabila perlahan-lahan biarkan seperti itu. Rasakan irama dari perut anda yang mengembang dan mengempis, udara keluar dari dan masuk tanpa suara dan tanpa ekspresi. Rasakan itu sambil anda terus bernafas dan tetap fokus pada nafas anda. Rasakan bahwa tidak ada tempat yang dituju, tidak ada yang bisa anda lakukan, hanya disini , saat ini anda ada dan bernafas... (beri jeda waktu)...perlahan-lahan kembalikan kesadaran anda pada dunia nyata anda dan</i>
--	---

bukalah mata anda perlahan-lahan...”

2. Menyadari sensasi tubuh (*body sensation*)

- Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik menyadari sensasi tubuh (*body sensation*). Contoh : “Pada pertemuan di sesi ini kita akan berlatih teknik meditasi yang dinamakan menyadari sensasi tubuh (*body sensation*). Teknik ini mengajarkan kita untuk fokus atau memberi perhatian terhadap sensasi tubuh dari kepala hingga telapak kaki. Saat fokus terhadap sensasi tubuh, pikiran yang menjadi sumber cemas atau stres dapat dialihkan. Kita juga menjadi lebih peka terhadap situasi saat ini, yaitu menyadari sensasi tubuh yang muncul. Dalam posisi berbaring atau duduk di dalam posisi yang nyaman sambil memperhatikan sensasi yang dirasakan dari tubuh...”
- Fasilitator dengan dibantu ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta lainnya agar peserta merasa lebih nyaman ketika mengikuti meditasi. Contoh : *“Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Luruskan posisi punggung namun jangan terlalu kaku atau tegang, usahakan untuk tetap rileks. Saya akan mencontohkan sikap tubuh yang harus anda lakukan. Apabila anda sudah merasa nyaman dan rileks serta sikap tubuh anda sudah benar, tutuplah mata anda perlahan-lahan. Kemudian merilekskan bahu anda dan tutup mata anda. Baik, sedikit perhatian kepada Bapak/Ibu semua bahwa dalam teknik meditasi ini penting untuk tetap menjaga dan memelihara fokus perhatian anda pada instruksi yang akan saya berikan. Meditasi ini akan membuat anda*

	menjadi lebih baik dalam melakukan berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari anda. Dengan melakukan meditasi ini maka anda mengolahragakan otak anda dan latih otak anda untuk bisa fokus pada apapun yang anda hadapi, semakin anda bisa merasakan rileks dan fokus dalam meditasi ini, maka anda semakin rileks dan fokus dalam kehidupan sehari-hari anda. Beri kesempatan kepada pikiran anda untuk terbuka... dan tutup mata anda perlahan-lahan...” - Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dan ko-fasilitator memutar musik instrumen yang akan digunakan dalam mengiringi jalannya meditasi. Contoh : <i>“Tarik nafas anda dalam-dalam. Rasakan tarikan nafas anda yang dalam masuk ke dalam dada anda dan kemudian lepaskan perlahan-lahan. Lakukan berulang kali sampai tubuh dan pikiran anda terasa rileks...(beri jeda waktu). Terus rasakan nafas anda, jangan merubah ritmenya, apabila itu kencang tetaplah seperti itu dan apabila perlahan-lahan biarkan seperti itu. Rasakan paru-paru anda seolah membuka dan menutup, udara keluar dan masuk tanpa suara dan tanpa ekspresi. Rasakan itu sambil anda terus bernafas dan tetap fokus pada nafas anda. Rasakan bahwa tidak ada tempat yang dituju, tidak ada yang bisa anda lakukan, hanya disini, saat ini , anda ada dan bernafas...Kemudian bawa perlahan-lahan perhatian dan fokus anda pada nafas anda tersebut ke area dahi anda dan sekitar wajah. Beri sentuhan cahaya pada area tersebut. Cari tahu apa yang anda rasakan di area tersebut, apakah terasa dingin, panas atau bahkan terasa gatal, hanya rasakan... (beri jeda waktu). Kemudian pindahkan perhatian anda pada area belakang kepala anda. Beri sentuhan cahaya pada area tersebut. Cari tahu apa yang anda rasakan di area</i>
--	---

	tersebut, apakah terasa dingin, panas atau bahkan terasa gatal, hanya rasakan, fokuskan sepenuhnya perhatian anda pada kepala anda...(beri jeda waktu). Kemudian fokuskan perhatian anda pada area leher anda. Rasakan kulit yang ada di leher anda, apakah terasa hangat atau dingin, apakah terasa gatal atau kaku...(beri jeda waktu). Kemudian rasakan otot-otot yang ada di leher anda tersebut, apakah otot-otot tersebut terasa kaku atau rileks. Cobalah untuk melepaskan semua perasaan tidak nyaman yang ada di leher anda saat ini...(beri jeda waktu). Lalu alihkan perhatian anda pada area bahu anda, bahu kiri anda. Rasakan sensasi apa yang anda rasakan pada area tersebut. Rasakan sensasinya sambil terus bernafas. Rasakan sembari anda menarik nafas dan mengeluarkan nafas...(beri jeda waktu). Pindahkan fokus perhatian anda berjalan ke arah area bahu kanan anda. Rasakan sensasinya sambil anda terus fokus pada nafas anda. Rasakan sembari anda menarik nafas dan mengeluarkan nafas anda...(beri jeda waktu). Kemudian pindahkan fokus perhatian anda dari bahu kanan tersebut turun ke arah lengan kanan anda. Rasakan sensasi yang ada disana, apakah kaku, tegang, pegal, sakit, hanya rasakan dan biarkan sambil anda terus fokus pada nafas anda. Kemudian rasakan lengan bagian dalam anda, rasakan otot bisep anda, otot trisep anda, rasakan sambil anda terus fokus pada nafas anda...(beri jeda waktu). Lalu beralihlah ke lengan kiri anda. Rasakan sensasi yang ada disana, apakah kaku, tegang, pegal, sakit, hanya rasakan dan biarkan sambil anda terus fokus pada nafas anda. Kemudian rasakan lengan bagian dalam anda, rasakan otot bisep anda, otot trisep anda, rasakan sambil anda terus fokus pada nafas anda...(beri jeda waktu).
--	--

	waktu). Setelah itu pindahkan fokus perhatian anda pada punggung anda, rasakan sensasi apa yang ada disana, berilah fokus cahaya pada area tersebut. Cari tahu apa yang anda rasakan di area tersebut, apakah kaku, sakit, tegang, hanya rasakan dan tetap fokus pada nafas anda, teruslah bernafas, tarik dan hembuskan...(beri jeda waktu). Setelah itu alihkan perhatian anda dari punggung anda, turun ke area pinggang anda, rasakan otot-otot yang ada di pinggang tersebut, perhatikan dan rasakan kontak antara pinggang anda dan lantai yang anda duduki saat ini. Rasakan sensasinya dan tetap fokus pada nafas anda. Cobalah untuk bernafas sangat dalam...(beri jeda waktu). Kemudian pindahkan fokus perhatian anda pada area paha dan lutut anda dari sebelah kiri kemudian ke kanan, seperti instruksi sebelumnya. Rasakan sensasinya dan tetaplah fokus pada nafas anda...(beri jeda waktu). Setelah itu rasakan seluruh badan anda secara keseluruhan, fokuskan pada nafas anda, rasakan tarikan nafas dan hembusan nafas anda...(beri jeda waktu). Semoga hari ini adalah hari terbaik bagi kita semua dengan diberikan kesempatan untuk merasakan sensasi dari tubuh dan pikiran anda. Mari kita sama-sama berdoa dalam hati, semoga kita menjadi manusia dan pribadi yang jauh lebih baik kedepannya...amin...(beri jeda waktu). Sekarang bawa kesadaran dan perhatian anda pada diri anda, bukalah mata anda secara perlahan-lahan sambil terus bernafas dengan teratur...” 3. Pendeteksian tubuh dengan sikap penghargaan (compassionate body scan) - Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik pendeteksian tubuh dengan sikap penghargaan (Compassionate Body Scan). Contoh : “Pada pertemuan
--	--

	di sesi ini kita akan berlatih teknik meditasi yang dinamakan pendeteksian tubuh dengan sikap penghargaan (<i>compassionate body scan</i>). Teknik ini bermanfaat untuk menumbuhkan sikap menghargai terhadap diri sendiri dan orang lain, mencapai perasaan nyaman dan sejahtera pada setiap situasi dan kondisi...” - Fasilitator dengan dibantu ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta lainnya agar peserta merasa lebih nyaman ketika mengikuti meditasi. Contoh : <i>“Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Luruskan posisi punggung namun jangan terlalu kaku atau tegang, usahakan untuk tetap rileks. Saya akan mencontohkan sikap tubuh yang harus anda lakukan. Apabila anda sudah merasa nyaman dan rileks serta sikap tubuh anda sudah benar, tutuplah mata anda perlahan-lahan. Kemudian merilekskan bahu anda dan tutup mata anda. Baik, sedikit perhatian kepada Bapak/Ibu semua bahwa dalam teknik meditasi ini penting untuk tetap menjaga dan memelihara fokus perhatian anda pada instruksi yang akan saya berikan. Meditasi ini akan membuat anda menjadi lebih baik dalam melakukan berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari anda. Dengan melakukan meditasi ini maka anda mengolahragakan otak anda dan latih otak anda untuk bisa fokus pada apapun yang anda hadapi, semakin anda bisa merasakan rileks dan fokus dalam meditasi ini, maka anda semakin rileks dan fokus dalam kehidupan sehari-hari anda. Beri kesempatan kepada pikiran anda untuk terbuka... dan tutup mata anda perlahan-lahan...”</i> - Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dan ko-
--	---

	fasilitator memutar musik instrumen yang akan digunakan dalam mengiringi jalannya meditas. Contoh : <i>“Tarik nafas anda dalam-dalam dan hembuskan. Rasakan irama perut anda yang mengembang ketika anda menarik nafas dan mengempis ketika anda mengeluarkan nafas. Ikuti iramanya dan tetap fokus pada pernapasan anda. Sekarang bayangkan diri anda sendiri saat ini sedang berdiri di hadapan anda, diri anda yang seutuhnya, diri anda yang sebenar-benarnya. Ucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada Allah yang maha kuasa karena telah menganugrahkan tubuh anda yang telah bersedia bekerja dalam kehidupan anda sehari-hari, tanpa mengenal lelah. Ucapkan terimakasih sekali lagi yang tulus kepada Allah yang maha kuasa, kepada diri anda sendiri, kepada tubuh anda... (beri jeda waktu). Kemudian ucapkan permintaan maaf anda kepada Allah yang maha kuasa, kepada diri anda sendiri dan kepada tubuh anda yang saat ini anda bayangkan sedang berada di hadapan anda. Mintalah maaf karena selama ini anda mungkin pernah tidak bisa menerima anggota tubuh yang tidak anda sukai. Ucapkan permintaan maaf anda kepada diri anda sendiri, kepada tubuh anda yang sudah Allah karuniakan kepada anda dengan lengkap dan sempurna...(beri jeda waktu). Kemudian bayangkan orang terdekat anda yang ada di urutan pertama dalam prioritas anda. Bayangkan orang tersebut saat ini sedang berdiri di hadapan anda dan sedang tersenyum. Ucapkan termakasih yang tulus kepadanya dan tersenyumlah kepadanya. Kemudian ucapkan permintaan maaf anda kepadanya terhadap kesalahan yang mungkin pernah anda perbuat kepadanya, baik itu disengaja atau tidak disengaja. Ucapkan permintaan maaf dengan tulus dan bayangkan</i>
--	--

	<i>dia kemudian tersenyum kepada anda. Kemudian bayangkan orang yang ada di urutan berikutnya dalam kehidupan anda. Bayangkan orang tersebut saat ini sedang berdiri di hadapan anda dan sedang tersenyum. Ucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada orang tersebut terhadap apa saja yang sudah dia berikan kepada anda, begitupun sebaliknya. Ucapkan terimakasih yang tulus kepadanya dan tersenyumlah kepadanya. Kemudian ucapkan permintaan maaf anda kepadanya terhadap kesalahan yang mungkin pernah anda perbuat kepadanya, baik itu disengaja atau tidak disengaja, ucapkan permintaan maaf itu dengan tulus dan bayangkan dia kemudian tersenyum kepada anda. Begitu seterusnya sampai semua orang yang anda sayangi sudah hadir dalam bayangan anda dan anda sudah merasakan kelegaan yang luar biasa... (beri jeda waktu). Kemudian bayangkan orang-orang yang anda anggap pernah mengecewakan dan menyakiti anda, bayangkan saat ini mereka ada dihadapan anda dan sedang tersenyum tulus kepada anda. Maafkan mereka, beri maaf kepada mereka dengan ketulusan anda karena sesungguhnya anda adalah orang yang baik dan pemaaf. Maafkan segala kesalahan yang pernah mereka lakukan kepada anda, karena kita sebagai manusia, makhluk ciptaan Allah tidak pernah luput dari kesalahan dan kekhilafan...maafkan mereka dengan tulus dan tersenyumlah...(beri jeda waktu). Sekarang, bawa ke dalam pikiran anda bentuk bumi kita, seolah-olah anda melihatnya dari luar angkasa, bumi yang bulat, berwarna biru dan indah, kemudian berubah menjadi berwarna-warna dengan berbagai macam makhluk hidup ada disana. Kemudian ucapkan dalam pikiran anda bahwa semoga semua makhluk hidup dalam</i>
--	---

	<i>kondisi yang baik dan akan baik-baik saja, ucapkan sekali lagi pada semua makhluk hidup di bumi yang anda lihat dari luar angkasa bahwa semoga semua makhluk hidup dalam kondisi baik... (beri jeda waktu). Dan sekarang bawa pikiran anda ke suatu bentuk kekosongan yang luas dan tak terbatas. Arahkan pikiran anda ke ruang yang tak terbatas itu dan ucapkan bahwa semoga semua makhluk hidup dalam kondisi yang baik. biarkan pikiran anda terbuka luas, biarkan hati anda terbuka seluas-luasnya. Tiada lagi batasan antara tubuh anda dengan alam semesta... tiada batasan...luas...menembus ruang dan waktu...(beri jeda waktu). Saat ini anda sudah dalam kondisi yang lebih baik dan sangat lega. Anda telah berterimakasih dan meminta maaf kepada orang-orang yang anda sayangi. Anda pun telah dengan sangat ikhlas dan tulus memaafkan orang-orang yang sudah menyakiti anda. Anda begitu hebat dan istimewa. Anda sudah sangat jauh lebih baik lagi sekarang, menjadi manusia yang jauh lebih baik dan lebih hebat. Sekarang perlahan-lahan buka mata anda dengan tarikan nafas dan hembusan nafas yang panjang...”</i> 4. Membuka kesadaran (<i>open awareness</i>) & menerima pikiran dan perasaan (<i>accepting minds and thoughts</i>) - Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik membuka kesadaran dan menerima pikiran dan perasaan. Contoh : <i>“Pertemuan di sesi ini, kita akan berlatih teknik meditasi yang dinamakan membuka kesadaran dan menerima pikiran dan perasaan. Anda semua diinstruksikan untuk hadir dan menyadari disini dan sekarang, mengobservasi pernapasan dan menyadari sensasi-sensasi di dalam tubuh tanpa memberikan</i>
--	--

	<i>penilaian dan mengharapkan sesuatu. Latihan ini dilakukan sampai tubuh dan pikiran anda menjadi tenang, sehingga memudahkan untuk mendapatkan pemahaman...”</i> - <i>Fasilitator dengan dibantu ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta yang lainnya agar peserta merasa nyaman. Contoh : “Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Luruskan posisi punggung namun jangan terlalu kaku atau tegang, usahakan untuk tetap rileks. Saya akan mencontohkan sikap tubuh yang harus anda lakukan. Apabila anda sudah merasa nyaman dan rileks serta sikap tubuh anda sudah benar, tutuplah mata anda perlahan-lahan. Kemudian merilekskan bahu anda dan tutup mata anda. Baik, sedikit perhatian kepada Bapak/Ibu semua bahwa dalam teknik meditasi ini penting untuk tetap menjaga dan memelihara fokus perhatian anda pada instruksi yang akan saya berikan. Meditasi ini akan membuat anda menjadi lebih baik dalam melakukan berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari anda. Dengan melakukan meditasi ini maka anda mengolahragakan otak anda dan latih otak anda untuk bisa fokus pada apapun yang anda hadapi, semakin anda bisa merasakan rileks dan fokus dalam meditasi ini, maka anda semakin rileks dan fokus dalam kehidupan sehari-hari anda. Beri kesempatan kepada pikiran anda untuk terbuka... dan tutup mata anda perlahan-lahan...”</i> <i>Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dan ko-fasilitator memutar musik instrumen yang akan digunakan dalam mengiringi jalannya meditasi. Contoh : “Tarik nafas anda dalam-dalam dan hembuskan.</i>
--	---

	<i>Rasakan irama perut anda yang mengembang ketika anda menarik nafas dan mengempis ketika anda mengeluarkan nafas. Ikuti iramanya dan tetap fokus pada pernapasan anda. Ulangi terus hingga anda merasa rileks dan nyaman. tetap fokuskan perhatian anda pada nafas anda ... (beri jeda waktu). Kemudian ucapkan dalam hati dan pikiran anda : semoga saya terbebas dari amarah dan kecemasan... (beri jeda waktu)... semoga saya terbebas dari keserakahan, kebencian dan kegelapan...(beri jeda waktu)... semoga saya terbebas dari pertentangan dan penderitaan...(beri jeda waktu)...semoga saya sejahtera, damai dan bahagia...(beri jeda waktu)... semoga saya selamat dan bahagia...semoga semua makhluk hidup, yang dekat maupun yang jauh terbebas dari pertentangan dan penderitaan...(beri jeda waktu)... semoga semua makhluk, manusia, binatang yang dapat terlihat maupun yang tidak dapat terlihat, sejahtera, damai dan bahagia... sekarang mari alihkan perhatian anda, pertama-tama kepada jasmani kita, yang sedang duduk disini, dengan merasakan bagaimana jasmani yang menyentuh lantai dan merasakan keseluruhan jasmani dari bawah ke atas dan dari atas ke bawah, dari kepala hingga ujung jari kaki anda...(beri jeda waktu). Kemudian kembalikan pikiran anda dengan fokus pada pernafasan anda. Rasakan irama perut anda yang mengembang ketika anda menarik nafas dan mengempis ketika anda mengeluarkan nafas. Ikuti iramanya dan tetap fokus pada pernapasan anda...(beri jeda waktu). Terkadang pikiran anda bisa tinggal di fokus pernapasan anda, tetapi kemudian mulai mengembara ke masa lampau atau masa depan. Jangan cemas hal itu, hal itu wajar, alami dan merupakan kondisi dari</i>
--	--

pikiran kita. Cobalah untuk anda menyadari secepat mungkin pikiran anda yang mengembara itu. Jangan melekat pada bentuk-bentuk pikiran yang muncul, juga jangan mengutuk atau marah kepada bentuk-bentuk pikiran itu. Yang perlu anda lakukan adalah hanya mencatat dalam batin anda : berpikir...berpikir...berpikir...kemudian biarkan pikiran tersebut lewat atau berlalu begitu saja...(beri jeda waktu). Kembalikan fokus anda pada nafas anda, rasakan irama perut anda yang mengembang ketika anda menarik nafas dan mengempis ketika anda mengeluarkan nafas. Ikuti iramanya dan tetap fokus pada pernafasan anda...(beri jeda waktu). Anda mungkin mendengar suara-suara tertentu di sekitar anda. Yang harus anda lakukan adalah cukup anda sadari, mendengar...mendengar...mendengar... apabila anda mendengar suara-suara, jangan sampai pikiran anda terbawa atau hanyut oleh suara-suara yang anda dengar saat ini...jangan bawa diri anda untuk masih atau hanyut ke dalamnya. Hanya biarkan pikiran-pikiran yang saat ini melintas dalam benak anda berlalu begitu saja, tanpa anda hayati atau anda komentari...biarkan berlalu begitu saja. Buang semua kekhawatiran anda tentang masa lalu anda dan juga kekhawatiran tentang masa depan anda, anda hidup dan hadir saat ini dan untuk masa sekarang jadi lakukan yang terbaik untuk hari ini...(beri jeda waktu). Anda begitu hebat dan istimewa. Anda sudah sangat jauh lebih baik lagi sekarang, menjadi manusia yang jauh lebih baik dan lebih hebat. Sekarang, perlahan-lahan buka mata anda dengan tarikan nafas dan hembusan nafas yang panjang..."

5. Membebaskan diri dari hasrat (wanting release)

	- Fasilitator memberikan penjelasan mengenai teknik membebaskan diri dari hasrat (wanting release). Contoh : <i>“Pada sesi ini kita akan berlatih teknik membebaskan diri dari hasrat. Teknik ini merupakan rangkaian dari teknik-teknik yang telah kita pelajari sebelumnya. Anda semua akan diinstruksikan untuk hadir dan menyadari disini dan sekarang, mengobservasi pernapasan dan menyadari sensasi-sensasi di dalam tubuh tanpa memberikan penilaian dan mengharapkan sesuatu. Latihan ini dilakukan sampai tubuh dan pikiran menjadi tenang, sehingga memudahkan untuk mendapatkan pemahaman...”</i> - Fasilitator dengan dibantu ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta yang lainnya agar peserta merasa nyaman. Contoh : <i>“Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Luruskan posisi punggung namun jangan terlalu kaku atau tegang, usahakan untuk tetap rileks. Saya akan mencontohkan sikap tubuh yang harus anda lakukan. Apabila anda sudah merasa nyaman dan rileks serta sikap tubuh anda sudah benar, tutuplah mata anda perlahan-lahan. Kemudian merilekskan bahu anda dan tutup mata anda. Baik, sedikit perhatian kepada Bapak/Ibu semua bahwa dalam teknik meditasi ini penting untuk tetap menjaga dan memelihara fokus perhatian anda pada instruksi yang akan saya berikan. Meditasi ini akan membuat anda menjadi lebih baik dalam melakukan berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari anda. Dengan melakukan meditasi ini maka anda mengolahragakan otak anda dan latih otak anda untuk bisa fokus pada apapun yang anda hadapi, semakin ada</i>
--	--

	bisa merasakan rileks dan fokus dalam meditasi ini, maka anda semakin rileks dan fokus dalam kehidupan sehari-hari anda. Beri kesempatan kepada pikiran anda untuk terbuka... dan tutup mata anda perlahan-lahan...” - Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dan ko-fasilitator memutar musik instrumen yang akan digunakan dalam mengiringi jalannya meditasi. Contoh : “Tarik nafas anda dalam-dalam dan hembuskan. Rasakan irama perut anda yang mengembang ketika anda menarik nafas dan mengempis ketika anda mengeluarkan nafas. Ikuti iramanya dan tetap fokus pada pernapasan anda. Ulangi terus hingga anda merasa rileks dan nyaman. tetap fokuskan perhatian anda pada nafas anda ... (beri jeda waktu). Sekarang anda bayangkan sebuah peristiwa atau momen atau kejadian yang sampai saat ini tidak bisa anda lupakan dan tidak bisa anda maafkan. Peristiwa yang membuat anda sakit secara batin juga fisik anda. Bayangkan peristiwanya, bayangkan orang-orang yang ada disana dengan jelas...(beri jeda waktu). Kemudian biarkan semua itu berlalu, lepaskan semua itu dari pikiran dan ingatan anda, karena anda tidak dapat merubahnya atau kembali ke masa itu. Peristiwa itu hanya akan membuat anda menjadi pribadi yang tidak baik dan menghambat masa depan anda yang cerah. Yang bisa anda lakukan sekarang adalah memaafkannya dan melupakannya. Maafkanlah dan relakanlah, lepaskan itu dari pikiran dan hati anda maka anda akan bahagia. Tersenyumlah pada peristiwa dan orang-orang yang ada disana, bayangkan seolah- olah anda mengucapkan : saya telah memaafkan... (beri jeda waktu). Biarkan pergi dan biarkan berlalu peristiwa yang lampau karena anda ada disini dan saat ini menjadi lebih baik lagi. sekarang
--	---

	<i>anda adalah pribadi yang begitu hebat dan istimewa. Anda sudah sangat jauh lebih baik lagi sekarang, menjadi manusia jauh lebih baik dan lebih hebat. Sekarang perlahan-lahan buka mata anda dengan tarikan nafas dan hembusan nafas panjang...”</i> 6. Mindfulness dalam kehidupan sehari-hari (<i>mindfulness is way of life</i>) - Fasilitator memberi penjelasan mengenai teknik mindfulness dalam kehidupan sehari-hari. Contoh : “<i>Pada pertemuan sesi ini kita akan berlatih teknik mindfulness dalam kehidupan sehari-hari. Seperti pada pertemuan-pertemuan sebelumnya, kita semua telah berlatih banyak teknik meditasi mindfulness. kita juga telah membahas dan mendiskusikan apa saja manfaat yang telah anda dapatkan dari mempelajari teknik-teknik meditasi mindfulness tersebut. Pada pertemuan hari ini, saya akan mengajak anda untuk menjadikan mindfulness sebagai bagian dari kehidupan anda sehari-hari. Karena pada dasarnya, mindfulness tidak hanya bisa dilakukan atau dipraktekkan pada saat-saat atau situasi tertentu saja, namun sangat bisa kita semua praktekkan dalam kehidupan kita sehari-hari melalui kegiatan sehari-hari yang biasa anda lakukan dan kerjakan, seperti berjalan, makan, minum, mencuci pakaian, dan sebagainya. Teknik ini bermanfaat untuk membuat anda tetap waspada, fokus dan benar-benar ada dan menyadari keberadaan anda saat ini dan sekarang ini dan apa yang sedang anda lakukan. Apabila anda bisa mempraktekkan mindfulness dalam kehidupan anda sehari-hari maka diharapkan anda akan menjadi pribadi yang lebih baik lagi, lebih waspada dan berkonsentrasi terhadap apapun yang sedang anda lakukan dan kerjakan...”</i>
--	---

	- Fasilitator dengan dibantu oleh ko-fasilitator kemudian meminta peserta untuk duduk dengan santai sambil mengambil jarak dengan peserta yang lainnya agar peserta merasa nyaman. ko- fasilitator kemudian membagikan makanan atau snack kepada para peserta sebagai praktek <i>mindful eating</i>. Contoh : <i>“Bapak/Ibu dipersilahkan mengambil jarak dengan peserta yang lain kemudian mengambil posisi duduk yang nyaman dan rileks. Ko-fasilitator sudah membagikan makanan kepada anda semua. Teknik mindfulness dalam kehidupan sehari-hari pertama yang akan kita praktekan adalah meditasi makan atau mindful eating. Kita akan berlatih bagaimana mempraktekan mindfulness ketika kita makan. Mungkin apabila di rumah anda biasanya makan di meja makan, maka itu akan lebih baik lagi...”</i> - Fasilitator memulai meditasi pada sesi ini dengan memberikan instruksi dan juga ikut mempraktekannya bersama dengan ko-fasilitator. Contoh <i>“Mari kita mulai makan bersama-sama dengan seksama, tidak perlu terburu-buru namun juga jangan terlalu lambat. Ketika anda makan, jangan ada aktivitas lain yang anda lakukan bersamaan dengan kegiatan makan anda, hanya fokus pada makanan anda dan kegiatan makan anda. Hal ini yang biasanya sulit kita lakukan, karena seringkali kita makan sambil melakukan beberapa hal sekaligus. Buang jauh-jauh hal tersebut, makanlah dengan fokus dan seksama. Jauhkan diri anda dari koran atau majalah, buku, televisi, siaran radio, musik atau bahkan berbicara. Apabila anda sudah terbebas dari semua kegiatan tersebut, sekarang fokuslah pada makanan anda, fokus pada bagian-bagian makanan yang sudah anda ambil, lihat dan cermati bagaimana</i>
--	---

	<i>bentuknya, bagaimana bau dan aromanya, setiap bagian otot yang anda gunakan dari otot tangan sampai otot-otot di mulut anda ketika anda menyuapnya, rasakan tekstur dan rasa makanan itu di dalam mulut anda sambil anda mengunyahnya perlahan-lahan...(beri jeda waktu). Terus lakukan hal itu sampai anda menghabiskan makanan anda, terus fokus pada makanan anda ...(beri jeda waktu). Maka mungkin sekarang ini anda akan kaget dan kagum betapa bedanya rasa makanan tersebut ketika anda mencoba memakannya dengan cara yang berbeda seperti yang telah kita pelajari ini, dan cara makan seperti ini akan sangat bagus juga untuk kesehatan pencernaan anda...”</i> Diskusi Fasilitator kemudian mengajak peserta untuk berdiskusi dan bertanya jawab seputar teknik meditasi yang baru saja dilaksanakan. Penutup Fasilitator memberikan kata perpisahan dan <i>souvenir</i> serta meminta peserta untuk datang kembali guna melakukan diskusi berkaitan dengan tugas rumah setelah 2 minggu.
EVALUASI	Evaluasi proses 1. Partisipan mengikuti pelatihan mindfulness dengan sangat antusias, didapat dari ketika selama proses pelatihan berlangsung partisipan tampak berfokus 2. Partisipan dapat mengikuti arahan fasilitator dengan baik dan benar Evaluasi hasil 1. Mengukur tingkat depresi partisipan setelah mengikuti latihan terapi mindfulness 2. Membagikan kuesioner penilaian tingkat depresi (jenis kuesioner (mis. BDI-I, BDI-II, DASS, PHQ-9 dll.)) kepada partisipan 3. Menganalisa hasil skor (jenis kuesioner yang digunakan)

	dari partisipan latihan terapi mindfulness 4. Partisipan mengatakan selalu menerapkan terapi mindfulness ketika akan melakukan kegiatan dan menjelang istirahat atau tidur.
DAFTAR PUSTAKA	Bedoe, A. E. & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and empathy among nursing student. <i>Journal of Nursing Education</i>, 43 (7), 305-317. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Present, and Future. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i>, 10, 144-156 Patricia Elvira Finny. (2014). <i>Modul Pelatihan Mindfulness</i>. Program Pasca Sarjana. Universitas Mercu Buana Yogyakarta.

LAMPIRAN 3: INSTRUMEN DEPRESI

1. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

PETUNJUK PENGISIAN

- A. Pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling melukiskan perasaan Anda saat ini.
- B. Berilah tanda silang (X) pada kotak yang terdapat di samping pernyataan yang Anda pilih.

1. ☐ 0 Saya tidak merasa sedih
☐ 1 Saya merasa sedih
☐ 2 Saya merasa sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat menghilangkannya
☐ 3 Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi

2. ☐ 0 Saya tidak berkecil hati terhadap masa depan saya
☐ 1 Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan saya
☐ 2 Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
☐ 3 Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan, segala sesuatu tidak perlu diperbaiki

3. ☐ 0 Saya tidak merasa gagal
☐ 1 Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan saya
☐ 2 Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
☐ 3 Saya merasa tidak ada harapan di masa depan, segala sesuatu tidak dapat diperbaiki

4. ☐ 0 Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu seperti biasa
☐ 1 Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan daripada orang lain
☐ 2 Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang saya lihat hanyalah kegagalan
☐ 3 Saya merasa sebagai seorang pribadi yang gagal total
5. ☐ 0 Saya tidak merasa bersalah
☐ 1 Saya cukup sering merasa bersalah
☐ 2 Saya sering merasa sangat bersalah
☐ 3 Saya merasa bersalah sepanjang waktu
6. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
☐ 1 Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
☐ 2 Saya mengharapkan agar dihukum
☐ 3 Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
7. ☐ 0 Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
☐ 1 Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
☐ 2 Saya merasa jijik terhadap diri saya sendiri
☐ 3 Saya membenci diri saya sendiri
8. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk daripada orang lain
☐ 1 Saya selalu mencela diri saya sendiri karena kelemahan/kekeliruan saya
☐ 2 Saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu atas kesalahan-kesalahan saya
☐ 3 Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi
9. ☐ 0 Saya tidak punya pikiran untuk bunuh diri

- ☐ 1 Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya
- ☐ 2 Saya ingin bunuh diri
- ☐ 3 Saya bunuh diri kalau ada kesempatan
10. ☐ 0 Saya tidak menangis lebih dari biasanya
- ☐ 1 Sekarang saya lebih banyak menangis daripada biasanya
- ☐ 2 Saya sekarang merasa jengkel sepanjang waktu
- ☐ 3 Saya tidak dibuat jengkel oleh hal-hal yang biasanya menjengkelkan saya
11. ☐ 0 Sekarang saya tidak merasa lebih jengkel daripada sebelumnya
- ☐ 1 Saya lebih mudah jengkel/marah daripada biasanya
- ☐ 2 Saya sekarang merasa jengkel sepanjang waktu
- ☐ 3 Saya tidak dibuat jengkel oleh hal-hal yang biasanya menjengkelkan saya
12. ☐ 0 Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain
- ☐ 1 Saya kurang minat terhadap orang lain dibanding biasanya
- ☐ 2 Saya kehilangan sebagian besar minat saya terhadap orang lain
- ☐ 3 Saya telah kehilangan seluruh minat saya terhadap orang lain
13. ☐ 0 Saya mengambil keputusan-keputusan sama baiknya dengan sebelumnya
- ☐ 1 Saya lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya
- ☐ 2 Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
- ☐ 3 Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apapun
14. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada

- ☐ biasanya
- 1 Saya merasa cemas jangan-jangan saya tua dan tidak menarik
- ☐ 2 Saya merasa ada perubahan-perubahan tetap pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
- ☐ 3 Saya yakin bahwa saya kelihatan jelek
15. ☐ 0 Saya dapat bekerja dengan baik sebelumnya
- ☐ 1 Saya membutuhkan usaha istimewa untuk mulai mengerjakan sesuatu
- ☐ 2 Saya harus memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu
- ☐ 3 Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan apa-apa
16. ☐ 0 Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
- ☐ 1 Saya tidak dapat tidur nyenyak seperti biasanya
- ☐ 2 Saya bangun 2-3 jam lebih awal dari biasanya dan sukar tidur kembali
- ☐ 3 Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali
17. ☐ 0 Saya tidak lebih mudah lelah dari biasanya
- ☐ 1 Saya lebih mudah lelah dari biasanya
- ☐ 2 Saya hampir selalu merasa lelah dalam mengerjakan sesuatu
- ☐ 3 Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa-apa
18. ☐ 0 Nafsu makan saya masih seperti biasanya
- ☐ 1 Nafsu makan saya tidak seperti biasanya
- ☐ 2 Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
- ☐ 3 Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
19. ☐ 0 Saya tidak mencemaskan kesehatan saya melebihi biasanya
- ☐ 1 Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya

- ☐ 2 Saya sangat cemas akan masalah kesehatan fisik saya dan sulit memikirkan hal-hal lain
- ☐ 3 Saya begitu cemas akan kesehatan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal-hal lain
20. ☐ 0 Saya tidak lagi merasa kecapean
- ☐ 1 Saya menjadi lebih mudah lelah dibanding biasanya
- ☐ 2 Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu dibanding dahulu
- ☐ 3 Saya terlalu lelah untuk melakukan sebagian besar pekerjaan dibanding dulu
21. ☐ 0 Saya merasa tidak ada perubahan dalam minat saya terhadap seks akhir-akhir ini
- ☐ 1 Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan sebelumnya
- ☐ 2 Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
- ☐ 3 Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

Skor Total _____ Tingkat Depresi

1-10	Normal
11-16	Gangguan mood ringan
17-20	Depresi klinis
21-30	Depresi sedang
30-40	Depresi berat
>40	Depresi ekstrim

2. BECK DEPRESSION INVENTORY II (BDI-II)

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

PETUNJUK PENGISIAN

- A. Pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling menggambarkan perasaan Anda selama 2 minggu terakhir termasuk hari ini.
- B. Berilah tanda silang (X) pada kotak yang terdapat di samping pernyataan yang paling sesuai dengan perasaan anda. Pastikan bahwa anda hanya memilih satu pernyataan setiap nomor.

1. ☐ 0 Saya tidak merasa sedih
☐ 1 Saya merasa sedih
☐ 2 Saya merasa sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat menghilangkannya
☐ 3 Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi

2. ☐ 0 Saya tidak berkecil hati terhadap masa depan saya
☐ 1 Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan saya
☐ 2 Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
☐ 3 Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan, segala sesuatu tidak perlu diperbaiki

3. ☐ 0 Saya tidak merasa gagal
☐ 1 Saya merasa bahwa saya telah gagal melebihi kebanyakan orang
☐ 2 Saat saya mengingat masa lalu, maka yang teringat hanyalah kegagalan
☐ 3 Saya merasa bahwa saya adalah orang yang gagal total

4. ☐ 0 Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu seperti biasanya
☐ 1 Saya tidak lagi memperoleh kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan

- ☐ 2 Saya tidak mendapat kepuasan dari apapun lagi
- ☐ 3 Saya merasa tidak puas atau bosan dengan segalanya
5. ☐ 0 Saya tidak merasa bersalah
- ☐ 1 Saya cukup sering merasa bersalah
- ☐ 2 Saya sering merasa sangat bersalah
- ☐ 3 Saya merasa bersalah sepanjang waktu
6. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
- ☐ 1 Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
- ☐ 2 Saya mengharapkan agar dihukum
- ☐ 3 Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
7. ☐ 0 Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
- ☐ 1 Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
- ☐ 2 Saya merasa jijik terhadap diri saya sendiri
- ☐ 3 Saya membenci diri saya sendiri
8. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk daripada orang lain
- ☐ 1 Saya selalu mencela diri saya sendiri karena kelemahan/kekeliruan saya
- ☐ 2 Saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu atas kesalahan kesalahan saya
- ☐ 3 Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi
9. ☐ 0 Saya tidak punya pikiran untuk bunuh diri
- ☐ 1 Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya
- ☐ 2 Saya ingin bunuh diri
- ☐ 3 Saya bunuh diri kalau ada kesempatan

10. ☐ 0 Saya tidak menangis lebih dari biasanya
☐ 1 Sekarang saya lebih banyak menangis daripada biasanya
☐ 2 Saya hampir selalu menangis terhadap hal-hal kecil
☐ 3 Saya merasa ingin menangis tapi tidak bisa
11. ☐ 0 Sekarang saya tidak merasa lebih gelisah daripada sebelumnya
☐ 1 Saya lebih mudah gelisah daripada biasanya
☐ 2 Saya sekarang merasa gelisah sepanjang waktu
☐ 3 Saya selalu merasa gelisah sehingga saya harus menyibukkan diri
12. ☐ 0 Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain
☐ 1 Saya kurang minat terhadap orang lain dibanding biasanya
☐ 2 Saya kehilangan sebagian besar minat saya terhadap orang lain
☐ 3 Saya telah kehilangan seluruh minat saya terhadap orang lain
13. ☐ 0 Saya mengambil keputusan-keputusan sama baiknya dengan sebelumnya
☐ 1 Saya lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya
☐ 2 Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
☐ 3 Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apapun
14. ☐ 0 Saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada biasanya
☐ 1 Saya merasa cemas jangan-jangan saya tua dan tidak menarik
☐ 2 Saya merasa ada perubahan-perubahan tetap pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
☐ 3 Saya yakin bahwa saya kelihatan jelek
15. ☐ 0 Saya dapat bekerja dengan baik sebelumnya
☐ 1 Saya membutuhkan usaha istimewa untuk mulai mengerjakan sesuatu
☐ 2 Saya harus memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu

- ☐ 3 Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan apa-apa
16. ☐ 0 Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
☐ 1 Saya tidak dapat tidur nyenyak seperti biasanya
☐ 2 Saya bangun 2-3 jam lebih awal dari biasanya dan sukar tidur kembali
☐ 3 Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali
17. ☐ 0 Saya tidak lebih mudah tersinggung/marah dari biasanya
☐ 1 Saya lebih mudah tersinggung/marah dari biasanya
☐ 2 Saya hampir selalu tersinggung/marah daripada biasanya
☐ 3 Saya merasa selalu tersinggung/marah daripada biasanya
8. ☐ 0 Nafsu makan saya masih sama seperti biasanya
☐ 1 Nafsu makan saya tidak seperti biasanya
☐ 2 Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
☐ 3 Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
19. ☐ 0 Saya dapat berkonsentrasi seperti biasanya
☐ 1 Saya tidak dapat berkonsentrasi sebaik seperti biasanya
☐ 2 Saya tidak dapat berkonsentrasi dalam jangka waktu yang lama
☐ 3 Saya sama sekali tidak dapat berkonsentrasi
20. ☐ 0 Saya tidak lebih mudah lelah dari biasanya
☐ 1 Saya menjadi lebih mudah lelah dibanding biasanya
☐ 2 Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu dibanding dahulu
☐ 3 Saya terlalu lelah untuk melakukan sebagian besar pekerjaan dibanding dulu
21. ☐ 0 Saya merasa tidak ada perubahan dalam minat saya terhadap seks akhir-akhir ini
☐ 1 Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan sebelumnya

- ☐ 2 Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
- ☐ 3 Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

Skor Total _____ Tingkat Depresi

PENILAIAN:

0-13	Tidak ada depresi/ Normal
14-19	Depresi ringan
20-28	Depresi sedang
29-63	Depresi berat

3. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

1 : Tidak ada atau tidak pernah

2 : Sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu, atau kadang-kadang

3 : Sering

4 : Sangat sesuai dengan yang dialami, atau hampir setiap saat.

(Gunakan tanda ceklist (□) untuk menandai jawaban anda)

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1.	Menjadi marah karena hal-hal kecil/sepele				
2.	Mulut terasa kering				
3.	Tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian				
4.	Merasakan gangguan dalam bernapas (napas cepat, sulit bernapas)				
5.	Merasa sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan				
6.	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
7.	Kelemahan pada anggota tubuh				
8.	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
9.	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega jika hal/situasi itu berakhir				
10.	Pesimis				
11.	Mudah merasa kesal				
12.	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
13.	Merasa sedih dan depresi				
14.	Tidak sabaran				
15.	Kelelahan				
16.	Kehilangan minat pada banyak hal (misal: makan, ambulasi, sosialisasi)				

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
17.	Merasa diri tidak layak				
18.	Mudah tersinggung				
19.	Berkeringat (misal: tangan berkeringat) tanpa stimulasi oleh cuaca maupun latihan fisik				
20.	Ketakutan tanpa alasan yang jelas				
21.	Merasa hidup tidak berharga				
22.	Sulit untuk beristirahat				
23.	Kesulitan dalam menelan				
24.	Tidak dapat menikmati hal-hal yang saya lakukan				
25.	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa stimulasi oleh latihan fisik				
26.	Merasa hilang harapan dan putus asa				
27.	Mudah marah				
28.	Mudah panic				
29.	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
30.	Takut diri terhambat oleh tugas-tugas yang tidak biasa dilakukan				
31.	Sulit untuk antusias pada banyak hal				
32.	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
33.	Berada pada keadaan tegang				
34.	Merasa tidak berharga				
35.	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang Anda lakukan				
36.	Ketakutan				
37.	Tidak ada harapan untuk masa depan				
38.	Merasa hidup tidak berarti				

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
39.	Mudah gelisah				
40.	Khawatir dengan situasi saat diri Anda mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri				
41.	Gemetar				
42.	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu				

- Skala depresi : 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31,34, 37, 38, 42.
- Skala kecemasan : 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30,36, 40, 41.
- Skala stress : 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39.

Indikator penilaian

Tingkat	Depresi	Kecemasan	Stress
Normal	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Ringan	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Sedang	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Parah	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Sangat parah	> 28	> 20	> 34

4. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Nama: _____ Tanggal: _____

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering anda terganggu oleh masalah-masalah berikut?
(Gunakan tanda ceklist (□) untuk menandai jawaban anda)

	Tidak Pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu	Hampir setiap hari
1. Kurang tertarik atau bergairah dalam melakukan apapun	0	1	2	3
2. Merasa murung, muram, atau putus asa	0	1	2	3
3. Sulit tidur atau mudah terbangun, atau terlalu banyak tidur	0	1	2	3
4. Merasa lelah atau kurang bertenaga	0	1	2	3
5. Kurang nafsu makan atau terlalu banyak makan	0	1	2	3
6. Kurang percaya diri- atau merasa bahwa anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga	0	1	2	3
7. Sulit berkonsentrasi pada sesuatu, misalnya membaca Koran atau menonton televisi	0	1	2	3
8. Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikannya. Atau sebaliknya-merasa resah atau gelisah sehingga anda lebih sering bergerak dari biasanya	0	1	2	3
9. Merasa lebih baik mati atau ingin melukai diri sendiri dengan cara apapun	0	1	2	3

TOTAL: _____

Jika anda mencentang salah satu masalah, seberapa besar kesulitan yang ditimbulkan karenanya dalam melakukan pekerjaan, mengurus pekerjaan rumah tangga, atau bergaul dengan orang lain?

Sangat tidak sulit

☐

Sedikit sulit

☐

Sangat sulit

☐

Luar biasa sulit

☐

Interpretasi skor total

Total score	Keparahan depresi
1-4	Tidak ada atau normal
5-9	Depresi ringan
10-14	Depresi sedang
15-19	Depresi cukup berat
20-27	Depresi sangat berat

LAMPIRAN 4.

Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)

PETUNJUK PENGISIAN

Berikan tanda ceklist (☐) pada penilaian seberapa sering atau seberapa jarang anda mengalami setiap hal, dengan menggunakan skala 1 (selalu) dan 6 (tidak pernah). Jawablah berdasarkan pengalaman anda yang sesungguhnya, bukan berdasarkan yang sepantasnya anda alami. Perlakukan tiap butir pernyataan secara terpisah dengan butir lain.

1. Selalu (S)
2. Sering (SR)
3. Sesekali (SS)
4. Jarang (J)
5. Sangat Jarang (SJ)
6. Tidak Pernah (TP)

Seberapa sering anda mengalami setiap peristiwa di bawah ini?

No.	Pernyataan	S	SR	SS	J	SJ	TP
1.	Ketika saya mengalami emosi tertentu, saya mengabaikannya selama beberapa waktu						
2.	Karena ceroboh, tidak waspada, atau karena sibuk berpikir tentang hal lain, tanpa sengaja saya merusakkan barang						
3.	Saya merasa sulit untuk fokus pada kejadian yang tengah berlangsung						
4.	Saya berjalan kaki terlampau cepat tanpa menghiraukan hal lain yang saya lewati di sepanjang perjalanan						
5.	Ketika badan saya terasa tidak nyaman, saya mengabaikannya sampai rasa sakitnya menjadi tak tertahankan						
6.	Saya lupa nama orang segera setelah berkenalan						
7.	Saya berperilaku secara otomatis, tanpa memahami apa yang sedang saya lakukan						
8.	Saya tergesa-gesa dalam berkreaitivitas, tanpa memperhatikan apa yang sebetulnya tengah saya kerjakan						
9.	Pikiran saya terbawa pada hasil akhir, sehingga saya mengabaikan proses yang tengah saya kerjakan untuk meraihnya						

10.	Saya melakukan pekerjaan secara otomatis, mengabaikan apa yang sedang saya kerjakan						
11.	Ketika orang lain berbicara, saya hanya setengah menyimak karena secara bersamaan saya sibuk melakukan hal lain						
12.	Saya bepergian tanpa memahami mengapa saya ingin pergi ke tempat tersebut						
13.	Saya merasa terbebani dengan masa depan dan masa lalu						
14.	Saya merasa tidak sepenuhnya fokus dalam mengerjakan segala sesuatu						
15.	Ketika saya memakan kudapan (jajanan), saya melakukannya tanpa sadar						

Penilaian

Skor trait *mindfulness* diperoleh dari penjumlahan nilai ke-15 butir pernyataan MAAS. Makin tinggi skore total MAAS, makin tinggi *trait mindfulness* partisipan

A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students

Journal of the American Psychiatric Nurses Association
1-15
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1078390316663307
jap.sagepub.com


Nasrin Falsafi¹

Abstract

BACKGROUND: Depression and anxiety disorders are two of the most common mental disorders in the United States. These disorders are prevalent among college students. **OBJECTIVE:** The main objective of this study is to compare the effectiveness of two different types of intervention practices (mindfulness vs. yoga) and a noninterventional control group in mitigating the effects of depression and/or anxiety in college students. **METHOD:** A sample of 90 students (both genders) over age 18 who had a diagnosis of anxiety and/or depression was recruited from 11,500 undergraduate college students in a mid-size university. The study's design included stratified-randomized controlled repeated measures with three groups: a mindfulness intervention group, a yoga-only intervention group, and a noninterventional group. Participants were randomly assigned to the aforementioned three groups. Participants in the intervention groups received an 8-week training either in mindfulness or yoga. Depressive, anxiety, stress symptoms, self-compassion, and mindfulness were measured at baseline, Week 4, Week 8, and Week 12. **RESULTS:** Depressive, anxiety, and stress symptoms decreased significantly ($p < .01$) from baseline to follow-up conditions in both the mindfulness and yoga intervention groups. The changes in mindfulness scores were also significant in both groups. However, the changes in self-compassion scores were significant only in the mindfulness intervention group. No significant changes in the control group were demonstrated. **CONCLUSIONS:** The findings from this study can provide useful information to nurses and other health care providers. This study may have implications for a cost-effective treatment for depression and anxiety.

Keywords

mindfulness, yoga, depression, anxiety, college students

Background

Depression and anxiety are two of the most prevalent mental disorders in the United States (Anxiety and Depression Association of America, 2016), especially among college students (Deroma, Leach, & Leverett, 2009; Farabaugh et al., 2012; Tartakovsky, 2008). The comorbidity of these disorders is also common (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015; Lamers et al., 2011). Based on a 2014 National College Health Assessment Survey (American College Health Assessment [ACHA], 2015), 15.7 million U.S. adults over the age of 18 had one major episode of depression. The prevalence of anxiety disorders for all U.S. adults over the age of 18 was even higher at approximately 40 million. According to the 2014 National College Health Assessment Survey, 14.3% of students have been either diagnosed or treated for anxiety disorders (ACHA, 2015). Reports of increases in suicide

rates among college students are also alarming (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007; Lunau, 2012).

College students have to cope with multiple stressors as they transition from high school to college. This transition involves many new experiences, including limited support from parents, exposures to new cultures, making new friends, and making adjustments to different ways of thinking and life styles. They are also exposed to new risks such as excessive drinking and using drugs, and the need to make decisions about these situations (Robb, 2011). Students who cannot manage such demands may

¹Nasrin Falsafi, PhD, RN, PMHCNS-BC, AHN-BC, University of North Carolina Wilmington, NC, USA

Corresponding Author:

Nasrin Falsafi,
Email: Nfalsafi@aol.com; Phone: 301-980-2871

feel inadequate and prone to more stress, depression, and/or anxiety. Academic pressure and expectations from parents and/or self can add more challenges to the life of a student. Academic stressors can also add to feelings of inadequacy, which can fuel symptoms of depression and/or anxiety. According to the emerging adulthood theory, the period from late teens to mid-20s is a time of life when many different directions remain possible (Arnett, 2004). This period of life is associated with a lot of uncertainty. What happens during these critical years has a big impact on the path to successful adulthood. Unfortunately, the stigma associated with a diagnosis of a mental health condition may prevent a student from seeking help. Some students may turn to alcohol or drugs to self-medicate. Concerns regarding confidentiality and finances, and the fear that their mental health struggles may affect their future, can also reinforce this stigma. According to an American College Health Association survey of depression in college students, only 33% of students felt comfortable to disclose to a friend that they were receiving help for an emotional issue (Heiligenstein & Guenther, 2006). There is a great need to explore other treatment interventions and adjunctive therapies for patients with anxiety and/or depression including college students.

Mindfulness practices including self-compassion and yoga can help individuals calm their body and mind (Emerson & Hopper, 2011; Germer, 2009; Siegel, 2010). Recent studies indicate that the use of such practices is promising in helping college students cope with stress, anxiety, and depression (Burns, Lee, & Brown, 2011; Hall, Row, Wuensch, & Godley, 2013; Jain et al., 2007; Preddy, McIndoo, & Hopko, 2013; Simard & Henry, 2009; Terry, Leary, & Mehta, 2013). Adding such complementary modalities to current treatments for depression and/or anxiety has the potential to decrease the use of psychotherapy and/or medications (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). These nonpharmaceutical practices may be more acceptable to students who may avoid obtaining help for their depression and/or anxiety due to the stigma associated with a diagnosis of a mental illness. Such modalities have demonstrated effectiveness in as little as 8 weeks (Falsafi & Leopard, 2015; Eastman-Mueller, Wilson, Jung, Kilmura, & Tarrant, 2013; Neff & Germer, 2013). Also, these modalities do not have the side effects associated with the use of antianxiety and antidepressant medications (Townsend, 2015). Furthermore, it is easy to learn these practices, and after students learn the basics of these modalities, they can continue to practice them on their own. While each of these practices has shown potential to mitigate symptoms of depression and anxiety (Emerson & Hopper, 2011; Neff, 2011; Siegel, 2010), a comparison of these two interventions with a control group has not been explored. Knowing which modality may be more beneficial in

helping students to cope with symptoms of depression and/or anxiety will guide health care professionals in recommending a more suitable practice (mindfulness vs. yoga) to individuals. In this case, choosing the right practice, without going through trial and error, should not only save time and money, but it may also promote a faster recovery.

Objective

The main objective of this study is to compare the effectiveness of two different types of intervention practices (mindfulness including self-compassion vs. yoga) and a noninterventional control group in coping with depression and/or anxiety in college students.

Method

Design, Setting, and Sample

A repeated-measures design with random assignments to three groups (two intervention groups and a control group) was used for this study. The random assignment was stratified for gender. There were two intervention groups: a mindfulness group and a yoga group. Both intervention groups received 8 weeks of training (75 minutes per week). The mindfulness group learned various mindfulness practices including self-compassion. The yoga group received a gentle Hatha yoga training. The control group did not receive any training.

All three groups continued their regular treatments (medication and/or psychotherapy). Figure 1 demonstrates the study design. A sample of 90 students of both genders over the age of 18, who had a diagnosis of depression and/or anxiety, was recruited from about 11,500 undergraduate college students in a mid-size public university in the southeastern United States. The university is located in a small city and serves both urban and rural communities. Mass e-mails and flyers were used to recruit the participants after the study was approved by the university's institutional review board. The initial mass e-mail included a short screening questionnaire that enquired whether the prospective participant currently experienced symptoms of depression and/or anxiety, and if so, whether the individual had been assessed by a health care professional for those symptoms, and whether he/she was receiving any type of treatment for depression and/or anxiety. All undergraduate students with a diagnosis of depression and/or anxiety were eligible for the study except for the following: those with a diagnosis of thought disorder, bipolar disorder, or borderline personality disorder; those engaged in active substance abuse and/or dependence; and those practicing yoga, mindfulness meditation, or those who had attended four classes in such practices within the past year. Also excluded were

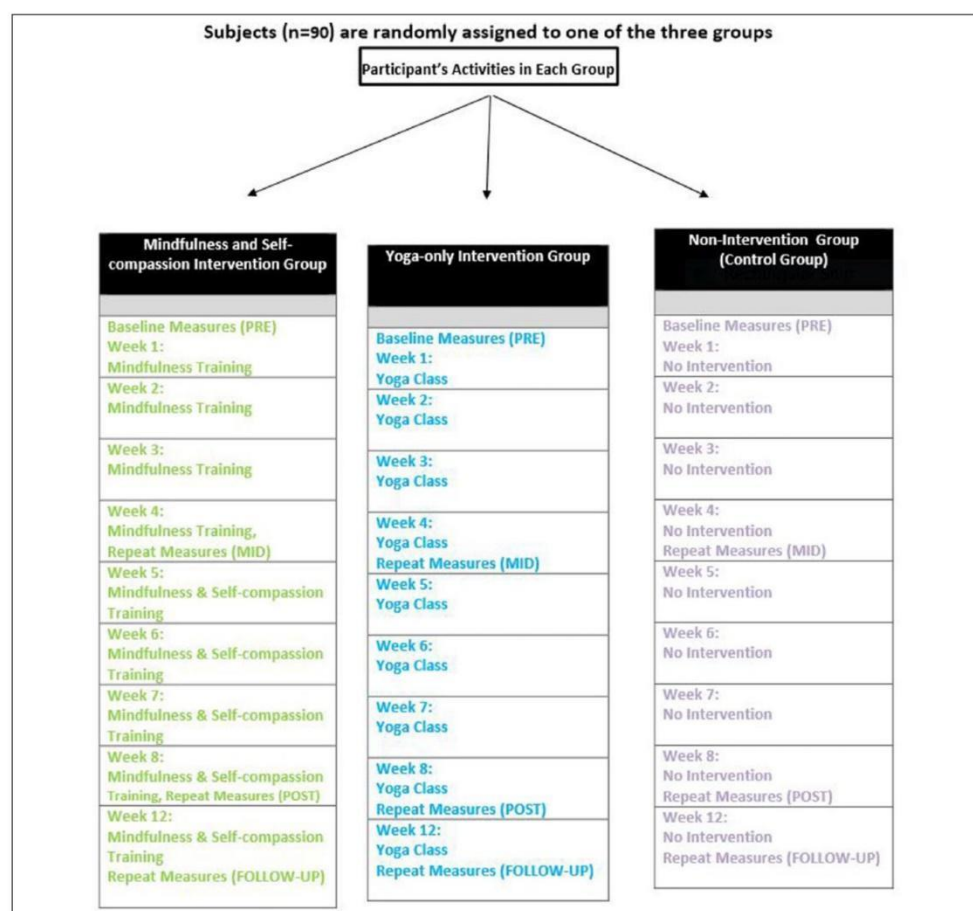


Figure 1. Study design.

those with severe physical disabilities that prevented them from doing gentle yoga poses, those pending legal dispositions, and those unable to hear, read, visualize, and/or comprehend the assessment questions. The Select Survey program was used for the initial online screening. To determine whether a prospective participant met the inclusion/exclusion criteria, the investigator, who is a psychiatric clinical nurse specialist, met individually with the students who appeared to be qualified based on their responses to the initial online screening. During this meeting the investigator assessed each prospective participant for depression and/or anxiety and other psychiatric diagnoses. During the interview, each prospective participant was also asked about his/her general state of well-being, and whether he/

she was suffering from any physical problems. Nine students from the first round of screening were not qualified to partake in the study for not meeting the inclusion criteria after they were interviewed by the investigator.

Variables and Their Measurements

Using paper and pencil, the participants in all three groups completed five short questionnaires about symptoms of depression and anxiety, levels of stress, mindfulness, and self-compassion. The participants were asked to complete the Beck Depression Inventory, the Hamilton Anxiety Scale, the Student-Life Stress Inventory, the Self-compassion Scale, and the Cognitive and Affective

Mindfulness Scale–Revised. The copyright permissions to use these instruments were obtained where required. The questionnaires were completed four times: pre (Week 1), mid (Week 4), post (Week 8), and follow-up (Week 12). The estimated time to complete all study instruments was about 30 to 35 minutes per data collection session.

The Beck Depression Inventory is a 21-question multiple-choice self-report inventory that measures the intensity, severity, and depth of depressive symptoms (Beck, Steer, & Garbin, 1988). The questions are designed to assess specific symptoms common among individuals with depression. The scale has been found to be internally consistent (Cronbach's $\alpha = .86$). The scale has been widely used with various populations including college students (Hall et al., 2013; Rogehr, Glancy, & Pitts, 2013; Tashakkori, Barefoot, & Mehryar, 1989).

The Hamilton Anxiety Scale is a 14-item questionnaire measuring the severity of anxiety symptoms (Hamilton, 1959). It is based on a 5-point scale duplicate. Seven items address psychic anxiety and the remainder focus on somatic symptoms. The scale has good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .89$). The scale has been widely used in clinical diagnosis of general anxiety disorders and has been used with college students (Ashor, 2012; Gupta et al., 2014).

The Student-Life Stress Inventory is a 51-item questionnaire designed to study college students' stressors and their reaction to stressors. The instrument is a self-report, paper and pencil tool with nine categories (Gazella, 1994; Gazella & Baloglu, 2001; Zascavage, Winterman, Buot, Wies, & Lyzinski, 2012). The internal consistency for this measure was adequate (Cronbach's $\alpha = .76$), and the correlations for the total inventory were .78.

The Self-compassion Scale (Neff, 2003) is a 26-item assessment of six different aspects of self-compassion (self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification). The internal consistency for this measure is high (Cronbach's $\alpha = .92$). The short version of this scale, which is a 12-item tool, was used in this study. The internal consistency for the short form is adequate (Cronbach's $\alpha = .86$), and a near-perfect correlation with the long version of the Self-compassion Scale ($r \geq .97$ all samples) is reported (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011). The scale has been used with college students (Bergen-Cico, Possemato, & Cheon, 2013; Hall et al., 2013; Lockard, Hayes, Neff, & Locke, 2014; Neff & Pommier, 2013).

The 12-item Cognitive and Affective Mindfulness Scale–Revised (CAMS-R) is a brief self-report measure of mindfulness that assesses the four domains of mindfulness (attention, present-focus, awareness, acceptance/nonjudgment). The scale has been used with college students and demonstrates internal consistency alphas ranging from .76 to .85 (Feldman, Greeson, Renna, &

Robbins-Monteith, 2011; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007; Whitaker et al., 2015). The study participants also completed a demographic data form developed by the investigator that asked for basic information such as name, age, marital status, diagnoses, treatments for their depression and/or anxiety, and contact information.

Procedures

All students provided written consent to participate prior to the start of the study. The participants were informed that they could withdraw from the study without any consequences. The students were assigned to one of three groups—the mindfulness group ($n = 30$), the yoga group ($n = 30$), or the control group ($n = 30$)—using a computer number random generator. Because of the students' schedules, randomization occurred within the feasible time frame of their schedule. Stratified randomization was used to ensure that male students were in all three groups.

Participants in intervention groups (mindfulness and yoga groups) were asked to practice the learned modalities outside of class for 20 minutes each day. They were instructed to practice what they learned in the training sessions and felt comfortable doing. The importance of regular practice (Falsafi & Leopard, 2015) was explained to the participants. Also, at the beginning of each training session, the investigator asked the participants about their home practice, and if they had any questions or difficulties. At each session, the participants were also asked to complete a short form about their home practice indicating the type of practice, number of days and duration of each session.

The study was conducted over two semesters (fall 2014 and spring 2015). Measures were used to ensure that all training was completed a few weeks before the final exams. Data were collected at baseline (pre), 4 weeks (mid), 8 weeks (post), and 12 weeks (follow-up) for all participants in each group (mindfulness, yoga, and control group). Each participant received a \$20.00 voucher following completion of each of the four data collection sessions. All participants were given a journal to document their daily home practice or any important event related to their treatments, depression and/or anxiety, or any unexpected events.

The participants in the control group did not receive any intervention. However, they completed the five study questionnaires like the members of the intervention groups. They were also given a journal book to document any changes in their treatments or any significant event that occurred in their lives during the study period. To ensure that students in the control group also benefited from participation in the study, they were offered the

opportunity to participate in the training received by members of the intervention group that provided the best outcome after the completion of the study.

Interventions

The participants in the intervention groups received 8 weeks (75 minutes per week) of assigned interventions, and a follow-up session after the completion of the trainings. A doctoral-level psychiatric clinical nurse specialist, who is also board certified as an advanced holistic nurse and a certified yoga teacher, provided training to both intervention groups. The same group leader conducted the sessions for all groups to ensure consistency in procedures and information receipt. Two research assistants (RAs) helped with the study (a psychology graduate student and a nursing student). A RA attended all training sessions and ensured that all data collection tools were completed adequately by the study participants. The RAs completed the Protection of Human Research Participants training module.

Mindfulness Group

Mindfulness is a state of being aware in the present moment. Mindfulness is also about observing every moment without judgment and attachment. While mindfulness is a relatively new concept in the West, its origins in Buddhism is thousands of years old. But mindfulness is not restricted to Buddhism. It is also being practiced by the nonsectarian general population.

A typical mindfulness meditation consists of focusing full attention on the breath as it flows in and out of the body. Focusing on each breath in this way allows one to observe his/her thoughts as they arise in the mind, without dwelling on them. Kabat-Zinn (2012), the molecular biologist who is accredited with bringing mindfulness to mainstream medicine, asserts that there are certain qualities that are essential to be successful in practicing mindfulness. These qualities include being patient, trusting the process, having the mind of a beginner, and letting go.

While the most basic form of mindfulness is observing the breath, there are various types of mindfulness practices including body awareness, walking meditation, mindful eating, meditation in action (Yoga, Tai' Chi), and mindful living. Some of the benefits of mindfulness include slowing the pace of thoughts, enjoying the richness of the moment, seeing and accepting things as they are, and becoming more compassionate toward self and others (Roberts & Danoff-Burg, 2010; Siegel, 2010). Greeson (2009) reviewed multiple research articles on mindfulness that were published between the years 2003 and 2008 in various journals. He concluded that the benefits of mindfulness go beyond relaxation. He suggested

that mindfulness leads to "important shifts in cognition, emotion, biology, and behavior that may work synergistically to improve health" (Greeson, 2009, p. 15). Also, the effects of mindfulness in the physical and psychological health of college students are documented in several studies (Oman, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Roberts & Danoff-Burg, 2010).

Mindfulness is one of the components of self-compassion that involves extending compassion to one's self in instances of perceived inadequacy, failure, or general suffering (Neff, 2011). Recent studies on self-compassion suggest that self-compassionate individuals experience greater psychological health than those who lack self-compassion (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Additional self-compassion studies indicate the positive effects of self-compassion (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Neff et al., 2007; Neff & Germer, 2013; Terry et al., 2013).

Participants in the mindfulness group received 8 weeks (75 minutes per week) of mindfulness training, including self-compassion. They completed five short questionnaires on depressive and anxiety symptoms, stress, self-compassion, and mindfulness. The questionnaires were completed before training (pre), at the end of the fourth session (mid), at the end of the eighth week or last training session (post), and 4 weeks after the completion of the training (follow-up). The participants received a \$20 gift certificate in those sessions after they completed the questionnaires.

In the mindfulness intervention group, various types of mindfulness practices were introduced to the participants, starting with simple ones, and then progressing to the more complex mindfulness practices. For example, during the first session, meditation on breath was introduced and practiced. Meditations on senses, such as sound and taste, and meditation on walking were introduced in subsequent sessions. One of the components of self-compassion is mindfulness, so Loving Kindness Meditation, gratitude, and forgiveness meditations were offered later in the training. A variety of mindfulness practices were introduced to the participants so that they could explore what worked best for each of them. For example, individuals who are very anxious may have difficulty practicing sitting meditation, so they may find it easier to do a walking meditation. Each training session included a review of the materials from the previous week. The participants received a book on mindfulness and a thumb drive with soft music and audio guided meditations on mindfulness and self-compassion practices. All participants were given a journal to document their daily home practice and/or any important event related to their depression and/or anxiety.

Yoga Group

The yoga intervention that was used in this study was based on a gentle version of the Hatha yoga tradition. Hatha yoga is the most widely practiced yoga tradition that is being used in the West. It is referred to as physical yoga. However, it also has some meditative qualities. It uses breath to connect the mind and body. A typical yoga class includes a short meditation, a series of stretches to prepare the body, poses and postures, and a period of relaxation at the end of the session. Yoga has been used successfully with various populations and with multiple disorders (Chen et al., 2010; Falsafi & Leopard, 2015; Libby, Reddy, Pilver, & Desai, 2012; Manafort & Libby, 2013; Nurries-Stearns & Nurries-Stearns, 2010), including depression and anxiety (Simard & Henry, 2009; Streeter et al., 2010).

The participants in the yoga group received 8 weeks (75 minutes per week) of yoga training and completed the same five questionnaires that members of the mindfulness and control groups completed. The participants in the yoga group also received all necessary materials that could assist them to practice at home. They received a yoga mat, a yoga strap, and a journal book to document their home practice. A thumb drive, which included video and verbal instructions of both regular and chair yoga conducted by the instructor, were also given to the participants for practice at home. This ensured that participants did not use advanced instruction in poses and/or postures that could have hurt them. The thumb drive also included soft yoga music that a participant could use if he/she decided to do their home practice based on memory.

In the early sessions of the yoga training, simple poses and postures were taught and practiced with the students. As the group progressed, the moderate versions of the poses and postures were introduced to the participants. This strategy allowed the students to practice yoga according to their ability. For safety reasons, the strenuous versions of poses and postures were not taught or practiced.

Data Analysis

Descriptive statistics were used to assess the sociodemographic characteristics of participants and to examine the distribution and frequency of scores on the instruments. Multivariate analysis of variance (with appropriate follow-up comparisons) was used to compare mean scores on repeated measures in each group. *P* values less than .05 (2-sided) were defined as statically significant. The Bonferroni correction was used to reduce the possibility of obtaining "significant" results that may have occurred by chance alone.

Out of the 90 students who were qualified, 6 students were unable to partake in the study due to schedule conflicts, heavy load of school work, or other personal

reasons. Due to time limitations, the investigator was unable to postpone the training to recruit additional students and had to start the training with 84 participants. During the course of the study, 17 (20.24%) students left the study for various reasons. Four students left after the first session. Three students started working after the study started, and the working hours interfered with the training schedules. Two students felt too overwhelmed with school work, two students left the university, and one student had a car accident. Five students did not complete the follow-up session. The entire data package of any student who did not complete all 4 data collection sessions was excluded from consideration for data analyses. Out of 84 students who participated in the study, 67 (79.76%) students completed the entire study. The mindfulness group consisted of *n* = 21, the yoga group *n* = 23, and the control group *n* = 23. The statistical power for the test was 0.42, with 67 subjects and a medium effect size.

Results

Participants (67 students) were predominantly White (89.5%) and female (86.4%). The mean age of the participants was 22.1 years, with a range of 18 to 50 years. The majority of participants were juniors (25 or 37.3%) and sophomores (20 or 29.85%). There were 14 (20.8%) seniors and 8 (11.9%) freshmen. There were 25 categories of majors. The most common fields of study were biology (10 students), psychology (9 students), nursing (6 students), and education (6 students). More than 50% of the students did not work, 15 students worked under 20 hours per week, and 15 students worked between 20 and 30 hours per week.

Out of 67 participants who completed the entire study, 39 (58.20%) suffered from both depression and anxiety, 21 (31.34%) suffered from anxiety only, and 7 (10.44%) had only depression. The majority of participants (56.6%) were taking psychiatric medications. During the initial interview two participants stated that their physician had recommended medication for them, but they did not want to take medications. Three participants had tried medications in the past, but they preferred not to take them due to their side effects. There were minor changes in medication during the course of the study. For example, one person's antidepressant medication was discontinued and replaced with another antidepressant. The dose of another participant's antidepressant was adjusted.

A total of 15 (22.38%) students stated that they were receiving therapy during the course of study. Four students received therapy once a week, some every other week, and some attended therapy sessions when they went home to visit their parents because their therapist was in their home town. One student started seeing a therapist half way through the study due to suicidal ideation.

Compared with the control group, anxiety, depressive, and stress symptoms scores in the mindfulness group decreased significantly ($p < .01$) from pre to follow-up measurements. Self-compassion scores increased significantly ($p < .01$), from pre to follow-up measurements, and mindfulness scores increased significantly ($p < .05$), from pre to mid measurements; however, the changes in scores became more significant ($p < .01$) from mid to follow-up measurements.

Compared with the control group, depressive, anxiety, and stress symptoms scores in the yoga group decreased significantly ($p < .01$) from pre to follow-up measurements, and mindfulness scores increased significantly ($p < .01$) from mid to follow-up measurements. However, self-compassion scores did not significantly increase in the yoga intervention group. Also, it was noted that while the change in scores continued to be significant through the follow-up measures for the Beck Depression Inventory and the Hamilton Anxiety Scale, the scores for these scales stayed the same from post to follow-up measurements in the yoga group. The same situation occurred in the scores of the self-compassion scale for both intervention groups.

Table 1 provides means and standard deviations for each time period, for each measure (pre, mid, post, and follow-up) and for each group (mindfulness, yoga, and control group).

Figures 2 through 7 demonstrate improvements in depressive and anxiety symptoms, decrease in stress levels, and increases in mindfulness both in the mindfulness and yoga groups. The figures also demonstrate increases in self-compassion scores in the mindfulness intervention group. Figures 2 through 7 also demonstrate the nonsignificant changes in the scores in the control group in all five measured variables. Participants reported in writing that they had practiced at home. The average time of practice for the mindfulness group was 6.1 times per week for a total of 141.7 minutes per week. The average time of practice for the yoga group was 3.8 times per week for a total of 127 minutes per week.

Qualitative Data

The participants were asked to write a summary of any important events they documented in their journals on a form that was provided to them on the last day of study. A break-up with a boyfriend or girlfriend was reported by three students. Another participant reported a few cases of cancer in her family as stressful. During the course of study, three participants reported feeling suicidal without a plan to do so. They agreed to see a therapist. One participant had to spend a week in the hospital due to losing a friend to suicide. Seeking employment, exams, and assignments were also noted by participants as sources of

stress. The participants were also asked to report any changes in their regular treatments (medications and/or therapy). Four participants from the intervention groups indicated that they decreased the amount of as needed antianxiety medication, and one person stopped taking her antianxiety medication because she felt she was able to manage her anxiety better. Two students who were in therapy reported that they decreased the number of their therapy visits.

Based on information provided by participants during the follow-up session, three participants indicated the positive changes were so obvious that their parents and/or friends made comments about those changes. One student who had a difficult relationship with her father reported that she reacted gentler toward him in a situation that normally would involve 2 to 3 weeks of hard feelings. One other student surprised her mother by reacting calmly when her car broke down in the highway and needed to be towed. Four students mentioned that they felt less rushed and did everything more mindfully including eating, walking, and taking a shower. Another student mentioned that she felt more grateful for what she has including being able to attend college and learning new things. Two students indicated they were able to concentrate better while in the class. Two students indicated that they slept better.

The following are the statements that were noted by the members of the mindfulness intervention group: "I enjoy life more," "I want to live," "I am happier," "I enjoy nature more," "I am more self-compassionate," "I walk and exercise mindfully," and "I respond to situations rather than react to them." One person wrote, "When I started this training, I was hating life, then I learned tolerating life, now I am on my way to loving life."

The following are the statements that were noted by the members of the yoga intervention group: "I am more accepting of my situation," "I am calmer and happier," "I feel more flexible," "I am more relaxed," "I learned to love my body as it is," "I sleep better," "I have become more productive," "I am more positive about life," "My self-image has improved," "I am less depressed and anxious," "I have less acne on my face," "I enjoy being alone," and "I am more fulfilled with everyday life." The members of control group were also encouraged to offer information from the journals that were given to them at the start of the study. Two individuals had adjustments in their medications; however, they did not provide any written information about any other changes.

Discussion

As discussed in the Results section, in the mindfulness intervention group, self-compassion scores increased significantly from pre to follow-up measurements ($p < .01$). However, self-compassion scores did not significantly increase in the yoga

Table 1. Means and Standard Deviations for Mindfulness, Yoga, and Control Groups at Pre, Mid, Post, and Follow-Up Assessments.

Variables	Mindfulness group (n = 21), M ± SD				Yoga group (n = 23), M ± SD				Control group (n = 23), M ± SD			
	Pre	Mid	Post	Follow-up	Pre	Mid	Post	Follow-up	Pre	Mid	Post	Follow-up
Beck Depression Inventory	21.1 ± 7.9	15.8 ± 7.9**	12.8 ± 10.3**	8.9 ± 6.7**	20.0 ± 10.6	13.2 ± 6.8**	9.1 ± 5.0**	8.7 ± 5.8**	20.2 ± 9.1	20.8 ± 0.7	21.1 ± 10.9	19.3 ± 10.3
Hamilton Anxiety Scale	22.2 ± 7.1	17.8 ± 8.3**	13.8 ± 9.1**	11.8 ± 9.5**	21.2 ± 8.0	14.2 ± 6.2**	14.5 ± 8.3**	13.3 ± 9.7**	21.1 ± 8.6	21.8 ± 10.1	20.3 ± 8.4	21.3 ± 11.7
Student-Life Stress Inventory	166.4 ± 24.2	149.4 ± 25.0**	139.4 ± 28.8**	133.3 ± 29.3**	160.0 ± 19.9	146.3 ± 26.9**	136.0 ± 27.2**	131.3 ± 31.7**	161.7 ± 20.6	154.8 ± 23.6*	155.5 ± 27.8	156.4 ± 29.2
Student-Life Stress Inventory (overall)	2.4 ± 0.6	1.9 ± 0.6**	1.5 ± 0.6**	1.4 ± 0.7**	2.3 ± 0.5	2.1 ± 0.6	1.7 ± 0.6**	1.6 ± 0.5**	2.3 ± 0.5	2.3 ± 0.6	2.2 ± 0.7	2.1 ± 0.6
Self-compassion Scale	2.1 ± 0.7	2.5 ± 0.5**	3.0 ± 0.7**	3.52 ± 0.5**	2.7 ± 1.5	2.7 ± 0.7	3.0 ± 0.6	3.0 ± 0.6	2.3 ± 0.7	2.4 ± 0.8	2.4 ± 0.8	2.5 ± 0.7*
Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised	20.5 ± 3.6	22.4 ± 5.1*	25.3 ± 5.8**	26.5 ± 5.1**	21.7 ± 5.9	22.9 ± 5.9	25.4 ± 6.0**	25.5 ± 6.2**	20.6 ± 4.9	21.5 ± 6.3	21.9 ± 5.2	22.4 ± 5.5

*p < .05. **p < .01.

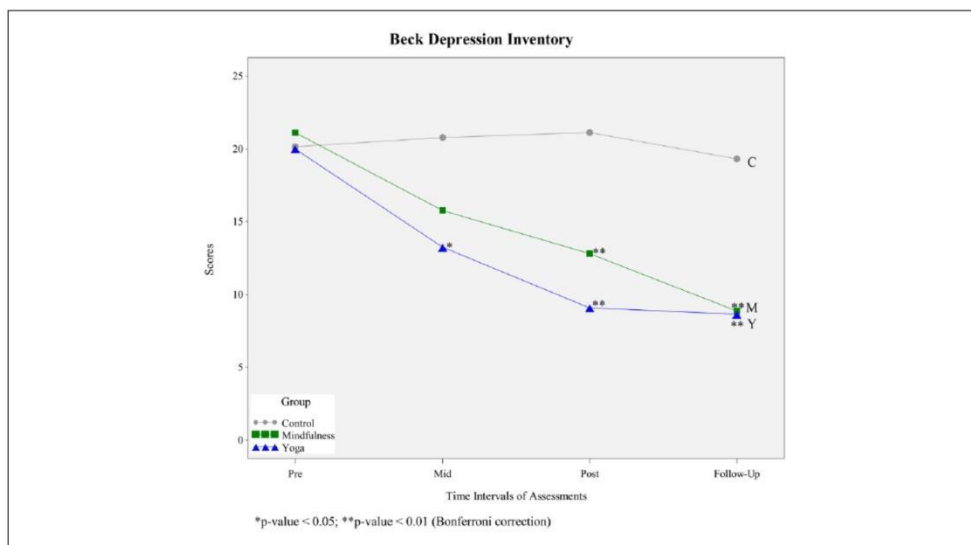


Figure 2. Improvements in depressive symptoms in intervention groups.
* $p < .05$, ** $p < .01$ (Bonferroni correction).

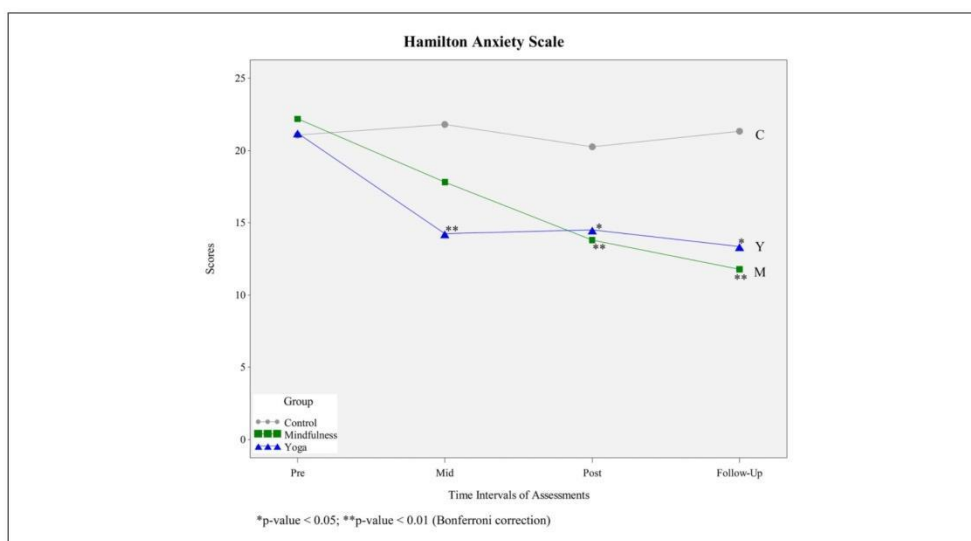


Figure 3. Improvements in anxiety symptoms in intervention groups.
* $p < .05$, ** $p < .01$ (Bonferroni correction).

intervention group. This can be explained by the fact that self-compassion exercises were practiced in the mindfulness intervention group, and they were not included in the yoga

intervention group. Also in the yoga intervention group, while the changes in scores continued to be significant from pre through the follow-up measures for the Beck Depression

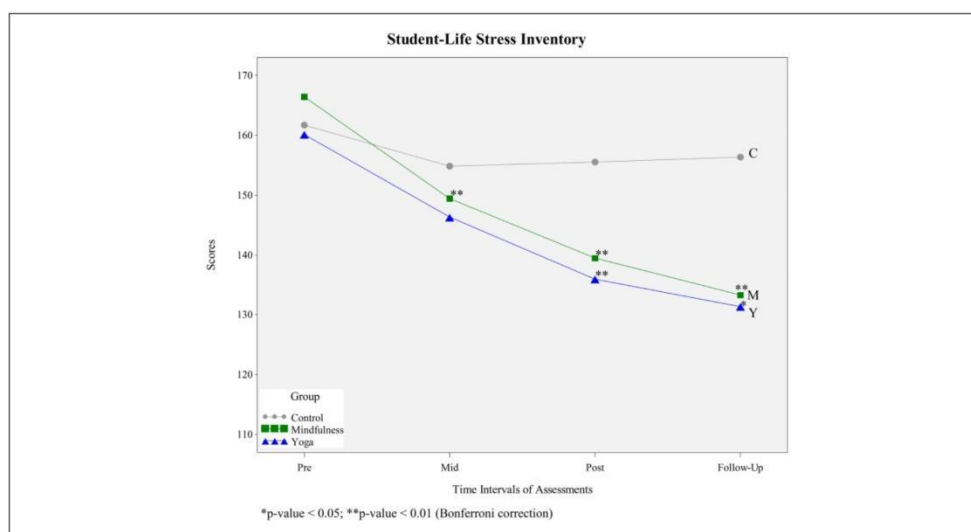


Figure 4. Improvements in stress symptoms in intervention groups.

* $p < .05$. ** $p < .01$ (Bonferroni correction).

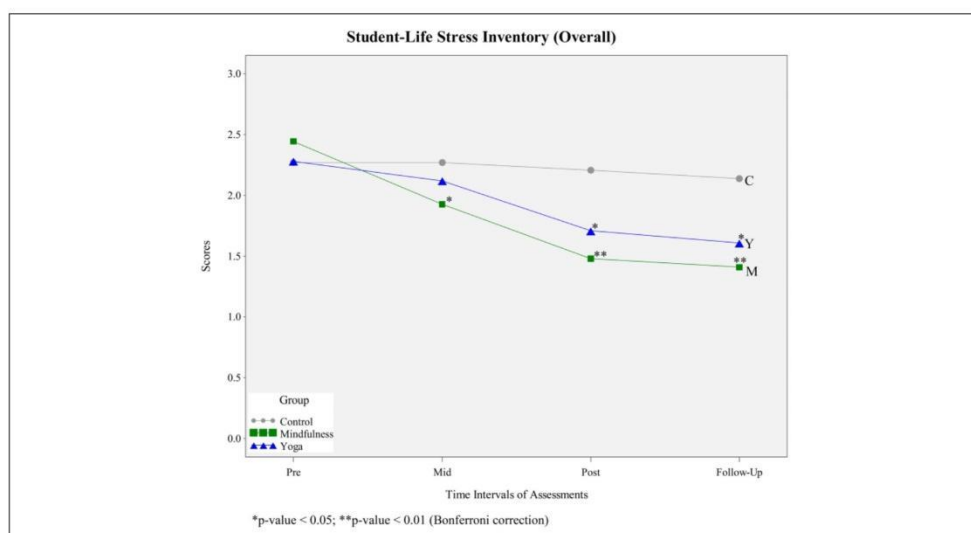


Figure 5. Improvements in overall stress level in intervention groups.

* $p < .05$. ** $p < .01$ (Bonferroni correction).

Inventory and the Hamilton Anxiety Scales, the scores for these scales stayed the same from post to follow-up measurements. It is not clear whether the remissions in the depression

and anxiety scales reached a plateau, or if the results reflected a lack of weekly training between the 8th week and the 12th week (follow-up session).

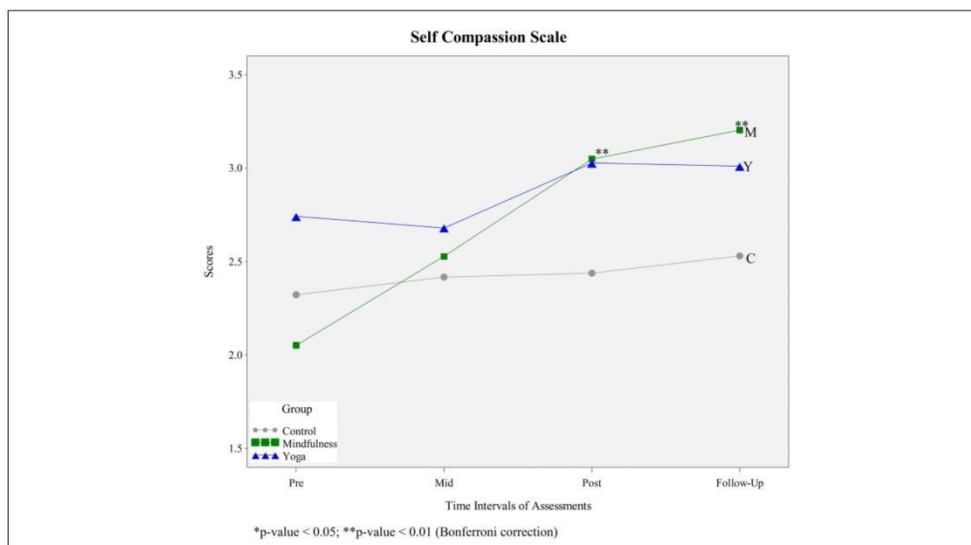


Figure 6. Changes in self-compassion scores in intervention groups.
* $p < .05$. ** $p < .001$ (Bonferroni correction).

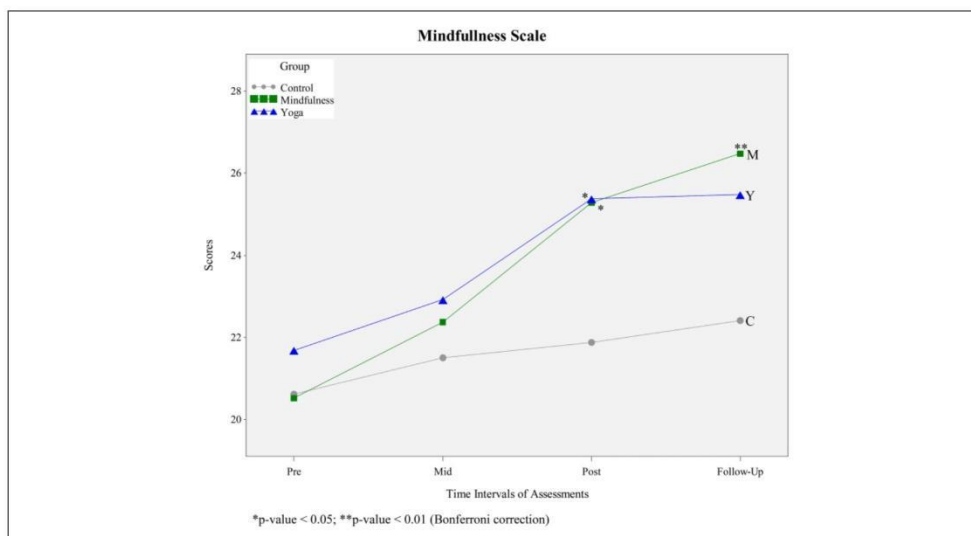


Figure 7. Improvements in mindfulness scores in intervention groups.
* $p < .05$. ** $p < .001$ (Bonferroni correction).

This study demonstrates that both mindfulness and yoga practices may be beneficial to college students with depression and/or anxiety. These results are in agreement

with the study conducted by Streeter et al. (2010) that indicated yoga intervention was effective in improving mood and decreasing anxiety. However, in Streeter's

study the subjects were recruited from the community. The study conducted by Simard and Henry (2009) with medical students also indicated that yoga intervention improved perceived stress and depressive symptoms. Also, consistent with the previous studies (Jain et al., 2007; Preddy et al., 2013), it was found that mindfulness helped with reduction of distress and depression in college students. As demonstrated in other studies (Eastman-Mueller et al., 2013; Falsafi & Leopard, 2015; Neff & Germer, 2013), these interventions were effective in as little as in 8 weeks. In fact, the positive changes started to emerge by Week 4 and were maintained to the end of training.

Studies that explored the effects of mindfulness on undergraduate students differed in designs and type/length of interventions. However, there were adequate similarities to support the current study. In a randomized controlled study conducted by Oman et al. (2008), undergraduate students demonstrated significant benefits for stress reduction and forgiveness after receiving an 8-week training in mindfulness-based stress reduction compared with the control group. Terry et al. (2013) focused on the role of self-compassion in moderating students' reactions in transitioning to college life and in coping with social and academic demands. Students with higher scores in self-compassion reported less depression, and high satisfaction with university life. Burns et al. (2011) studied the effects of meditation over the course of two semesters on college students with a focus on anxiety, depression, and perfectionist thoughts. These students demonstrated significant declines on all variables. Jain et al. (2007) conducted a randomized controlled trial of mindfulness versus relaxation with medical, nursing graduate students, and undergraduate students in pre-health programs. The investigators compared a 1-month mindfulness training program versus a somatic relaxation training. Compared with the control group, both meditation and relaxation groups demonstrated significant decreases in distress, and increases in positive mood states over time. The meditation group also demonstrated decreases in distractive and ruminative thoughts and behaviors which are critical in helping individuals with depression and anxiety. Overall, the results of the current study were consistent with previous outcome studies.

Mindfulness and yoga trainings have a social support component that is beneficial to participants. However, this positive aspect of such training should be controlled in rigorous research (Falsafi & Leopard, 2015). While participants in this study were neither encouraged nor discouraged from interacting with each other, it did not appear that they socialized during the class and nothing suggests that they did so outside of the class. However, being a part of a group by itself even without socializing may be a factor that affects individuals' behaviors.

Although this study was open to both genders, most of the participants were females (86.4%). This is common in such modalities. Traditionally males may shy away from programs that include yoga and mindfulness practices, thinking that such programs are mostly for women. However, the number of female students among undergraduates at this university college was higher than male students (61% female vs. 39% male). Most of the participants in the study were Caucasians (59 students or 88%). There were 4 (5.9%) African Americans, 2 (2.9%) Hispanics, and 2 (2.9%) Asians. These numbers somewhat tracked with the university data on undergraduate ethnic/racial backgrounds (White 79%, African American 5%, Hispanics 6.6%, and Asians 2.9%). In a study that was conducted by the investigator (Falsafi & Leopard, 2015) using the same modalities, all participants were White and female although the study was open to both genders and all ethnic backgrounds. One major difference is that the majority of participants in this study (except two) were young adults. The younger generations may be more open to such modalities than older ones.

Although yoga and meditation are not considered religious practices and the training program offered a generic, nonsecular yoga program and meditation instructions, the parent of one of the participants had concerns about possible religious implications. However, the student decided to complete the training despite her parents' concerns. In the previous study by this investigator, the notion that mindfulness and yoga are forms of religious practices was stronger. This change in attitude may also be related to the fact that younger people are more open to new ideas.

The attrition rate in this study was about 25%. One may suggest that the fact that participants started feeling better was a motivator for regular attendance. However, the attrition rate was almost the same in all three groups. Other possible reasons could be interaction with the group leader, being a member of the group, and/or the reminder e-mails that they received occasionally from the group leader.

As discussed earlier, emerging adulthood naturally comes with a lot of uncertainty. Paths to the future have not yet been taken and there are unlimited choices ahead. Depression and anxiety are associated with regrets about what has happened in the past and worries about the future which make the situation more challenging for those who are suffering from these conditions. In mindfulness and yoga trainings, the participants initially simply learn to pay attention to their breaths, body sensations, body movements, and everything else that is happening in the moment. They learn to connect the body and mind by being present in the moment, which can help them access their inner wisdom, authentic desires, and ability to find their paths (Rogers & Maytan, 2012). Mindfulness and yoga trainings may have potentials for health promotion in college students.

Strengths and Limitations

The study design was enhanced by inclusion of a control group in the design. Also, having a follow-up session provided an opportunity to observe if the participants in the intervention groups were able to maintain the positive changes without having weekly classes. Another strength of the study was related to the sample selection. The selection of participants was based on a two-phase process. The first phase was an online screening. Then those who appeared to be qualified based on their responses were interviewed individually by the psychiatric clinical nurse specialist. This second phase of the selection process ensured that self-identifying participants met the study criteria.

The intervention trainings were nonsectarian, which made it easier for all participants to resonate with it, irrespective of their religious beliefs. The same instructor provided training to both intervention groups and collected data from all three groups. This ensured that participants in all groups received similar information regarding the study. Also, the groups were assembled in the same building, providing similar environments. The clinician was a psychiatric clinical nurse specialist and a certified holistic nurse, as well as a certified yoga teacher. She also had training in trauma-sensitive yoga. Providing a psychologically safe place is important, and using trauma-sensitive language when instructing participants is essential (Emerson & Hopper, 2011). To ensure that participants keep track of their home practice, they were asked to complete a short form on their home practice at each session. While this method still relies on self-report, it provides a better opportunity to collect the information on home practice through journaling. The participants were asked to summarize from their journal any significant information related to their depression and anxiety, and changes in their treatment. This information was collected during the follow-up session.

There were several limitations in the study. The sample size was small and the population was mainly Caucasian female undergraduate students, which makes generalization of the study findings difficult. Data were obtained based on self-report (paper and pencil), which is subject to recall bias. Adding physiological measures of anxiety and depression would make the findings more reliable. Also, interaction with the group leader and journaling can be confounding factors. Since the comparison of these two modalities have not been studied in this population, the information obtained from this study can still make a valuable contribution to this area of research. The study can be improved with a randomized sampling, instead of a quasi-randomized sampling, a higher number of participants, and a more diverse sample.

Conclusions and Implications

This study has implications for a cost-effective treatment for these disorders, and the findings from this study can provide useful information to university counseling centers and health care insurance companies. Both interventions (mindfulness and yoga practices) can be effective in helping students cope with depression and/or anxiety. The fact that both interventions seemed to be helpful with symptoms of depression and/or anxiety provides more tools to college students and other individuals who suffer from these disorders. Some individuals find mindfulness practices easier than yoga because there are minor limitations in when and where it can be practiced. Individuals can practice mindfulness while they are doing the dishes, or while they are waiting in line at the grocery store, or waiting for a red light to change. Others prefer yoga because it is a practice that involves the body and mind. Both depression and anxiety present symptoms that affect the body, and practicing yoga can be beneficial to those individuals (Van Der Kolk, 2014; Woolery, Myers, Sternlieb, & Zeltzer, 2004). Practicing these modalities on a regular basis is important. Individuals who practice such modalities on a regular basis tend to respond to situations rather than react to them (Falsafi & Leopard, 2015). These findings can provide useful information to insurance companies and also have important implications for clinicians in various practice settings particularly counseling centers in colleges and universities.

Relevance to Nursing

The findings from this study have important implications for psychiatric nurses in various clinical settings including counseling centers in colleges and universities. Nurses encounter patients with depression and/or anxiety in addition to various medical conditions in their practice. Medical conditions including chronic and terminal illnesses can lead to depression and anxiety, and mindfulness and/or yoga practices may be beneficial to such patients and their families. This is also a great opportunity for psychiatric and holistic nurses to collaborate with each other. Nurses have also the opportunity to collaborate with other health care providers such as physicians, social workers, and physician assistants to provide such modalities to patients/clients who can benefit from them.

Recommendations for Future Research

The study can be improved with more participants and a more diverse sample. Measuring biological markers (brain scanning and cortisol level) as indicators of changes, in addition to self-report by participants, may

make the results of this study more affirmative. Also, a strong qualitative component, such as interviewing participants at each data collection session, may provide additional information about the effects of these modalities. Future research could also focus on effects of individual versus group practice for both interventions. Despite these limitations, this study suggests that mindfulness and yoga practices may be effective in helping college students cope with anxiety and/or depression. Further research is needed to confirm these findings.

Acknowledgment

The author gratefully acknowledges Dr. Jeanne Kemppainen for her helpful comments on an earlier version of this manuscript.

Declaration of Conflicting Interests

The author declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study was supported by a Richard Corbett Grant through UNCW School of Nursing.

References

- American College Health Assessment. (2015). *ACHA-National College Health Assessment: Spring 2014, Reference group executive summary*. Retrieved from http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Fall2013.pdf
- Anxiety and Depression Association of America. (2016). *Facts and statistics*. Retrieved from <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>
- Arnett, J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ashor, A. (2012). Smoking dependence and common psychiatric disorders in medical students: Cross sectional study. *Pakistan Journal of Medical Science*, 28, 670-674.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Bergen-Cico, D., Possemato, K., & Cheon, S. (2013). Examining the efficacy of a brief mindfulness-based stress reduction (BriefMBSR) program on psychological health. *Journal of the American College of Health*, 61, 348-360.
- Burns, J., Lee, R., & Brown, L. (2011). The effect of meditation on self-reported measures of stress, anxiety, depression, and perfectionism in a college population. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25, 132-144.
- Chen, K., Chen, M., Lin, M., Fan, J., Lin, H., & Li, C. (2010). Effects of yoga on sleep quality and depression in elders in assisted living facilities. *Journal of Nursing Research*, 18(1), 53-61.
- Deroma, V., Leach, J., & Leverett, J. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43, 325-334.
- Eastman-Mueller, H., Wilson, T., Jung, A., Kilmura, A., & Tarrant, J. (2013). iRest Yoga Nidra on the college campus: Changes in stress, depression, worry, and mindfulness. *International Journal of Yoga Therapy*, 23(2), 15-24.
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. Berkley, CA: North Atlantic Books.
- Falsafi, N., & Leopard, L. (2015). Pilot study: Use of mindfulness, self-compassion, and yoga practices with low-income and/or uninsured patients with depression and/or anxiety. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 289-297.
- Farabaugh, A., Bitran, S., Nyer, M., Holt, D., Pedrelli, P., Shyu, L., . . . Fava, M. (2012). Depression and suicidal ideation in college students. *Psychopathology*, 45, 228-234.
- Feldman, G., Greeson, J., Renna, M., & Robbins-Monteith, K. (2011). Mindfulness predicts less texting while driving among young adults: Examining attention-and-emotion-regulation motives as potential mediators. *Personality and Individual Differences*, 51, 856-861.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Fredrickson, B., Cohn, M., Coffey, K., Pek, J., & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Gazella, B. (1994). Student Life-stress Inventory: Identification of and reactions to stressors. *Psychological Reports*, 74, 395-402.
- Gazella, B., & Baloglu, M. (2001). Confirmatory factor analysis and internal consistency of the Student-life Stress Inventory. *Journal of Instructional Psychology*, 28, 84-94.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York, NY: Guilford Press.
- Greeson, J. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18.
- Gupta, R., Punia, A., Mathur, S., Gupta, R., Kawatra, R., & Verma, A. (2014). Assessment of psychological stress in first year students of a private medical college. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*, 3, 437-443.
- Hall, C., Row, K., Wuensch, K., & Godley, K. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 147, 311-323.
- Hamilton, M. (1959). Hamilton Anxiety Scale: The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

- Heiligenstein, E., & Guenther, G. (2006). Depression and academic impairment in college students. *Journal of American College Health, 45*(2), 59-64.
- Hofmann, G., Sawyer, A., Witt, 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*, 169-183.
- Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I., & Schwartz, G. (2007). A randomized control trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Society of Behavioral Medicine, 33*(1), 11-21.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life*. Boulder, CO: Sounds True.
- Lai, H., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 1*(154), 1-13.
- Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H., Smit, J., Spinhoven, P., Van Balkom, A., . . . Penninx, B. (2011). Co-morbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 341-348.
- Libby, D., Reddy, F., Pilver, C., & Desai, R. (2012). The use of yoga in specialized VA PTSD programs. *International Journal of Yoga Therapy, 22*, 79-88.
- Lockard, A., Hayes, J., Neff, K., & Locke, B. (2014). Self-compassion among college counseling: An examination of clinical norms and group differences. *Journal of College Counseling, 17*, 249-259.
- Lunau, K. (2012). *The mental health crisis on campus*. Retrieved from <http://oncampus.macleans.ca/education/2012/09/05/the-mental-health-crisis-on-campus/>
- Manafort, S., & Libby, D. (2013). *Mindful yoga therapy for veterans recovering from trauma*. Boulder, CO: Give Back Yoga Foundation.
- Neff, K. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York, NY: HarperCollins.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 28-44.
- Neff, K., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity, 12*(2), 1-17.
- Neff, K., Rude, S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908-916.
- Nurries-Stearns, M., & Nurries-Stearns, K. (2010). *Yoga for anxiety: Meditations and practices for calming the body and mind*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Oman, D., Shapiro, S., Thoresen, C., Plante, T., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 8*, 569-578.
- Preddy, T., McIndoo, C., & Hopko, D. (2013). Abbreviated mindfulness-based therapy for a depressed college student. *Clinical Case Studies, 12*, 360-372.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*, 250-255.
- Roberts, K., & Danoff-Burg, S. (2010). Mindfulness and health behavior: Is paying attention good for you? *Journal of American College Health, 59*, 165-173.
- Rogehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 148*, 1-11.
- Rogers, H., & Maytan, M. (2012). *Mindfulness for the next generation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Robb, M. (2011). Culture of Intoxication: College binge drinking. *Social Work Today, 11*(4), 16.
- Siegel, R. (2010). *The mindfulness solution: Everyday practice for everyday problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Simard, A., & Henry, M. (2009). Impact of a short yoga intervention on medical students' health: A pilot study. *Medical Teacher, 31*, 950-952.
- Streeter, C., Whitfield, T., Owen, L., Rein, T., Karri, S., Yakhkind, A., . . . Jensen, J. (2010). Effects of yoga versus walking on mood, anxiety, and brain GABA levels: A randomized controlled MRS study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16*(11), 1-8.
- Tashakkori, A., Barefoot, J., & Mehryar, A. (1989). What does the Beck Depression Inventory measure in college students? *Journal of Clinical Psychology, 45*, 595-602.
- Tartakovsky, M. (2008). *Depression and anxiety among college students*. Retrieved from <http://psychcentral.com/lib/depression-and-anxiety-among-college-students/0001425>
- Terry, M., Leary, M., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity, 12*, 278-290.
- Townsend, M. (2015). *Psychiatric mental health nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Van Der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in healing trauma*. New York, NY: Penguin.
- Whitaker, R., Dearth-Wesley, T., Gooze, R., Becker, B., Gallagher, K., & McEwen, B. (2014). Adverse childhood experiences, dispositional mindfulness, and adult health. *Preventive Medicine, 67*, 147-153.
- Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapies, 10*(2), 60-63.
- Zascavage, V., Winterman, K., Buot, M., Wies, J., & Lyzinski, N. (2012). Student-life stress in education and health service majors. *Higher Education Research and Development, 31*, 599-610.

JURNAL 2

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

A randomized controlled trial of mindfulness-based Tai Chi Chuan for subthreshold depression adolescents

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment

Jiayuan Zhang¹
Shida Qin¹
Yuqiu Zhou¹
Lina Meng¹
Hong Su¹
Shan Zhao²

¹Department of Psychological Nursing, Harbin Medical University, Daqing, Heilongjiang Province, China; ²Department of Mental Nursing, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi Province, China

Purpose: The incidence of subthreshold depression (StD) in adolescents is growing rapidly, which in turn is known to impair functioning and increase the risk of major depression. It is therefore important to provide effective intervention to prevent the transition from StD to major depression. As a traditional Chinese mind-body exercise, Tai Chi Chuan (TCC) may be an available selection. Researchers have shown the effectiveness of mindfulness-based therapy on depression; however, for the StD youth, there have been no studies to investigate whether mindfulness-based Tai Chi Chuan (MTCC) can be recommended as an effective exercise for improving their psychological state. The aim of present study was to evaluate the effect of MTCC on psychological outcomes of StD adolescents including the depression levels and mindfulness state in a randomized controlled trial (RCT).

Patients and methods: An RCT was carried out. A sample of 64 participants who meet the inclusion criteria agreed to be arranged randomly to either the MTCC group (n=32) or the control group (n=32). Participants of the MTCC group received an 8-week, 2 days per week, 90-minute MTCC intervention for each session. Usual physical curriculum was administered to the participants in the control group. The effectiveness of MTCC training was measured by blinded evaluators through validated scales, which included depressive symptoms, stress, and mindfulness level before and after the intervention.

Results: Significant improvements in psychological health were observed from MTCC groups. After 8-week intervention, superior outcomes were also observed for MTCC when compared with control group for decrease in depression ($F=59.482, P<0.001$) and stress level ($F=59.482, P<0.001$) and increase in mindfulness ($F=59.482, P<0.001$).

Conclusion: The findings of this preliminary study indicated the effects of the MTCC intervention on depression level among StD youngsters. This study provides preliminary evidence that MTCC is suitable for Chinese adolescents and is effective in decreasing depression level.

Keywords: Tai Chi, mindfulness, college students, subthreshold depression

Introduction

Subthreshold depression (StD) has been used to describe symptoms of depression that are clinically relevant, yet not meeting the criteria for full-blown major depressive disorder (MDD).¹ StD was considered as the early stage of MDD and had the predictive effect on major depression.^{2,3} Individuals with StD have an OR of >5 for having a first lifetime episode of MDD.⁴ Although the symptoms of StD were less severe than those of MDD, they may pose a significant burden on the work and study of the affected individuals, as well as have a significant social and economic impact.⁵ Previous studies have suggested that StD is a highly prevalent condition worldwide

Correspondence: Shida Qin; Lina Meng
Department of Psychological Nursing,
No 39 Xinyang Street, Harbin Medical
University, Daqing 163319, Heilongjiang
Province, China
Tel +86 185 0461 6618;
+86 139 3683 4877
Email 3223442626@qq.com;
2622340324@qq.com

submit your manuscript | www.dovepress.com

Dovepress    
<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S173255>

Neuropsychiatric Disease and Treatment 2018;14:2313–2321

2313

 © 2018 Zhang et al. This work is published and licensed by Dove Medical Press Limited. The full terms of this license are available at <http://www.dovepress.com/terms.php> and incorporate the Creative Commons Attribution – Non Commercial (unported, v3.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>). By accessing the work you hereby accept the Terms. Non-commercial uses of the work are permitted without any further permission from Dove Medical Press Limited, provided the work is properly attributed. For permission for commercial use of this work, please see paragraphs 4.2 and 5 of our Terms (<http://www.dovepress.com/terms.php>).

with an estimated rate of 25%.⁶ Adolescents are prone to mental disorders because of their immature psychological regulation mechanism.⁷ Researchers revealed that the rate of StD among adolescents in China was as high as 36.56%.⁶ StD adolescents have no obvious depression symptoms, and are thus easily ignored by their parents and teachers. On the other hand, adolescent rebellion behaviors increased the difficulty of identifying their depressive symptoms. Based on the above-mentioned reasons, StD adolescents show a delayed optimum prophylaxis period, which consequently led to the rising prevalence of major depression in a clinical setting.⁸

StD adolescents suffer from a variety of physical and psychological symptoms such as a significant but not severe somatic reaction or a subjective feeling of discomfort (like gastrointestinal or respiratory discomfort feeling, fatigue, headache, back pain, etc), a prolonged period of negative emotions, pessimism, loss of interest, self-blame, low self-evaluation, lack of attention, decreased learning efficiency, and problems in interpersonal communication. Some of them are prone to neurosis, such as compulsion or hypochondria.⁹ StD groups actually experience depression which in turn impairs their social functioning, study, and everyday life; if no timely intervention is done, they are likely to develop depression. A report from Lewinsohn et al showed that subthreshold depressive symptoms predicted future MDD.⁹

Despite its high prevalence and significant social and economic impacts, the effective defense mechanism for StD remains unclear in China. Although psychotherapies can be effective, it is not practical to apply to adolescents on a large scale because of traditional concept and healthcare resource limitations.¹⁰ A possible alternative approach to reducing the population burden of StD is improving the usage of school resources and making it available to implementation continuously. In recent years, school-based psychological intervention has been developing and proved to be effective among youth.^{11–13} In China, due to the heavy burden of homework and academic pressure, students are left with less spare time to attend other activities, thus school-based psychological intervention model may be more suitable to StD adolescents. As a traditional Chinese mind-body exercise, Tai Chi Chuan (TCC) has been adopted in physical education (PE) in colleges and is increasing in popularity in the West.^{14–16} As it comprises mental concentration, physical balance, muscle relaxation, and relaxed breathing, TCC showed great potential for becoming widely integrated into the prevention and rehabilitation of a number of medical and psychological conditions. A growing body of clinical research has begun to evaluate the efficacy of TCC as a therapy for a variety of

health issues. Systematic reviews have suggested that practitioners can achieve an efficiency of “body relaxation and mind calm”, and TCC may show significant improvement in anxiety, depression, and stress.^{17–19} Mindfulness has its conceptual roots in Buddhism, and as a kind of psychotherapy, it has been proved its effectiveness in a clinical setting.²⁰ Till date, none of the researchers combined TCC with mindfulness skills effectively to investigate their effects on StD population. Furthermore, for StD adolescents, the evidence is unclear as to whether mindfulness-based Tai Chi Chuan (MTCC) can be recommended as an effective school-based exercise for improving psychological well-being. Therefore, high quality, rigorous, prospective, well-controlled randomized trials with appropriate comparison groups and validated outcome measures are needed to further test the effects of MTCC services as an intervention for specific psychological outcomes in college student populations.

The aim of the present study was to evaluate the effect of MTCC on psychological outcomes of StD adolescents including the depression levels and mindfulness state in a randomized controlled trial (RCT). We hypothesized that the school-based MTCC intervention would provide strategies for managing negative emotions, thus resulting in greater decreases in depression levels in Chinese StD adolescents.

Patients and methods

Study design

This study was a randomized controlled design. Participants were equally (1:1) allocated to the MTCC exercise group (intervention group) and the control group using the lottery method by statistics staff who were independent from the study. The participants were blinded to their random assignment until the end of this session. When the trial ends, the control group received related intervention of their own accord. The MTCC exercise will be conducted at the gymnasium of Harbin Medical University as instructed by a qualified coach. The anonymous data were collected by a research assistant who was blinded to the group assignment and independent from the MTCC delivery. The entire study flow is illustrated in Figure 1.

Sample and setting

Participants were recruited from freshman and sophomore in Harbin Medical University. On one hand, WHO defines adolescents as those in the age range from 10 to 19 years; on the other hand, for convenience, college school students attend PE course in each semester for the first 2 years. The sample size estimation in this RCT was calculated by

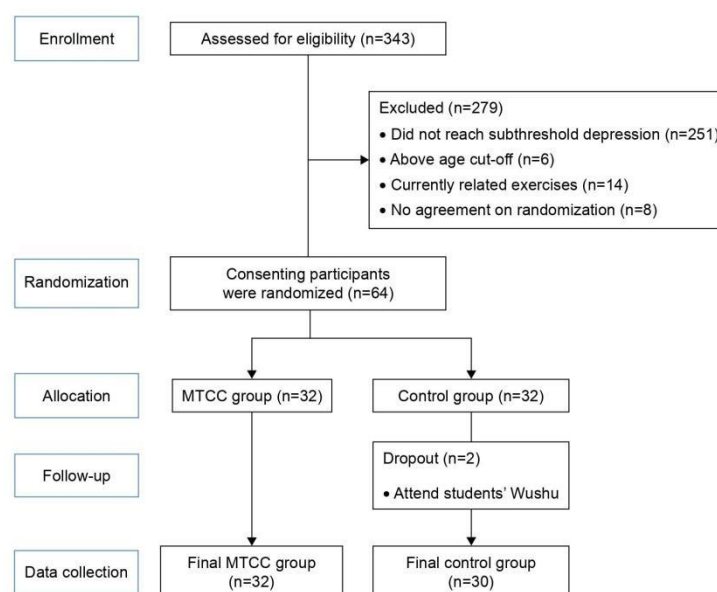


Figure 1 Study flow diagram: enrollment to analysis.

Abbreviation: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan.

using the G*POWER version 3.1 program with a power ($1-\beta$) of 0.80 in the Student's *t*-test and a significance level of 0.05. Based on the values reported in TCC studies on depression,^{21,22} the total sample size was selected as 60. We put up a poster on the campus at the beginning of autumn semester in 2017 to recruit the participants. A total of 343 students agreed to join the study and finally 64 met the inclusion criteria. Considering the possibility that 5%–7% of the students would drop out, we recruited all the 64 participants. Inclusion criteria included: 1) freshman and sophomore aged 16–19 years; 2) had subthreshold symptoms of depression (defined by nine-item Patient Health Questionnaire depression scale [PHQ-9] as 2–4 symptoms of depression experienced more than half of the days or nearly every day for 2 or more weeks, which have affected study, social life, or functioning); and 3) had no other major disabling medical or mental disorder. Participants who had or being participated in a similar intervention were excluded. Patients with major depression or no depression were excluded. All participants provided their written informed consent. The average age of all participants was (18.41 ± 2.01) years, and 41 participants were female. The study was approved by the institutional review board at Harbin Medical University (No 2017-12). The entire trial program is illustrated in Figure 1.

Intervention

The MTCC intervention group

Participants allocated to the MTCC training groups received 8 weeks of MTCC courses. The MTCC training combined mindfulness skills with simplified 24 short-form TCC, and was taught by experienced PE coaches who had been qualified and engaged in the teaching of TCC course for 10 years and got a certification on mindfulness training. Participants were asked to gather at the campus gymnasium where they had PE classes twice per week. Systematic content of PE classes included the basic mindfulness-based TCC, arranged at the first 8 weeks, twice a week, and 90 minutes per session in autumn semester. All 32 participants were disposed in 4×8 formation. Each class included 10 minutes of warm-up (eg, gentle stretches of the neck, chest-expanding, knee movement), 20 minutes of demonstration and explanation, 30 minutes of practice and guidance, and 20 minutes of group imitation training. Each session concentrated on one theme and related practice, more specifically as seen in Box 1.

The control group

Participants allocated to the control group received normal PE classes according to the curriculum. No specific mindful or TCC exercise will be administered in the control group.

Box I Details of weekly MTCC exercises

Week 1–1: approaching mindfulness and TCC
Demonstration: mindfulness and related skills; benefits of TCC and mindfulness Practice: cultivate mindfulness exercise (mindfulness-based awareness training) Training: mindfulness-based breathing and walking meditation
Week 1–2: basic theory and introduction of 24 short-form TCC
Demonstration: essentials of TCC; introduction of 24 short-form Practice: TCC shape-up exercise Training: head, neck, shoulder, elbow, chest, back, wrist, spine, hip gestures
Week 2–3: combine mindfulness with TCC
Demonstration: relationship of mindfulness with TCC Practice: no judgment shape-up exercise Training: combining mind and body together
Week 2–4: commencing form and Part the Wild Horse's Mane on Both Side
Demonstration: illustration of two gestures of TCC Practice: commencing form and Part the Wild Horse's Mane on Both Side Training: stand in lines to practice one by one
Week 3–5: White Crane Spreads its Wings and Brush Knee and Twist Step on Both Side Week 3–6: Play Pipa and Repulse Monkey Week 4–7: Grasp the Bird's Tail and Grasp the Bird's Tail Week 4–8: Single Whip and Wave Hands Like Clouds Week 5–9: Single Whip and High Pat on Horse Week 5–10: Kick with Right Heel and Strike Opponent's Ears with Both Fists Week 6–11: Turn and Kick with Left Heel and Snake Creeps Down (left) Week 6–12: Snake Creeps Down (right) and Jade Lady Weaves Shuttles Week 7–13: Needle at Sea Bottom and Flash the Arm Week 7–14: Turn, Deflect Downward, Parry and Punch and Apparent Close up Week 8–15: Cross Hands and Closing Form
Demonstration: illustration of related two gestures of TCC Practice: related gestures practice Training: stand in lines to practice one by one
Week 8–16: Summary
Demonstration: sum up the skills and the core of practice (in the present moment and nonjudgmental TCC) Practice: all the difficulties encountered during previous practice were revealed and solved Training: each participant developed a suitable practice pattern for themselves and related resources and contact methods were provided to facilitate further practice

Abbreviations: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan; TCC, Tai Chi Chuan.

To avoid possible overlap (contamination) with components of the MTCC program, the students in the control group who planned to use some related techniques such as meditation and yoga during the intervention period (8 weeks) were excluded. After completion of the study, an equivalent MTCC course was offered to the control group.

Measures

Nine-item patient health questionnaire depression scale

The primary outcome was depression symptom severity assessed with the PHQ-9. The scale is a well validated and widely used measure of depression that assesses the frequency of the nine Criterion A symptoms of a *Diagnostic*

and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, major depressive episode over the previous 2 weeks. It consists of nine items that are rated on a five-point scale and were scored as never (0) to very often (3), with scores ranging from 0 to 27 and scores of 5, 10, 15, and 20 representing mild, moderate, moderately severe, and severe levels of depression, respectively. The scale has been used in Chinese population revealing good reliability ($\alpha=0.89$) and validity ($r=0.97$).²³

The Chinese version of the Perceived Stress Scale (CPSS)

The scale consists of 14 items that assessed the perception of stress. Each item is rated on a five-point scale and scored as

never (0) to very often (4), with scores ranging from 0 to 56. Higher scores represent the greater perceived level of stress.²⁴ Scores from 0 to 28 were considered normal, scores from 29 to 42 indicated moderate stress, whereas scores from 43 to 56 indicated severe stress, which required external resources to relieve stress. The CPSS was translated by Yang et al²⁵ and the internal reliability was 0.76.

Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS)

Participants' self-reported mindfulness level was measured with the MAAS.²⁶ The scale comprises 15 items that assess the most important characteristics of mindfulness. Items are rated on a six-point scale and scored as almost always (1) to almost never (6), with higher scores reflecting greater mindfulness state. The scale has been tested among Chinese college students and revealed good internal consistency reliability ($\alpha=0.85$) and test-retest reliability ($r=0.54$).²⁷

Procedure

Initial contacts were made by one of the authors of this study with school to get collaboration. After approval of the institutional review board and ethics committees, the sports center posted the posters to recruit interested students, and the inclusion criteria screenings were completed by professional staff. The 8-week MTCC intervention was carried out by a qualified psychologist. All participants in the control group received the related MTCC class after the study period in the next semester. The questionnaires were delivered and collected by two students who were independent of the study. All the participants completed questionnaires at two points. The first time was the initial baseline orientation that the MTCC class started and the second time was the day after the end of 8-week intervention.

Statistical methods

All the collected data were analyzed using IBM SPSS 21.0 (version 21.0; IBM Corp., New York, NY, USA) with bilateral inspection by two dependent assistants. Given that low number of cases were lost to follow-up (3.12%), we deleted the data of the participants who had dropped out of the program ($n=2$). The continuous variables were assessed by mean with SD or median with range. A series of 2 (condition) by 2 (time) repeated-measures ANOVA was used to directly test the outcomes (PHQ-9, MAAS, and CPSS) between the two groups. The effect sizes for the ANOVAs were measured by partial eta squares (η^2), where $\eta^2=0.14$ represents a large effect size, $\eta^2=0.06$ a mild effect size, and $\eta^2=0.01$ a small effect size. The effect sizes for the paired samples *t*-tests were calculated using Cohen's *d*,

with 0.2 indicating a small effect, 0.5 a medium effect, and 0.8 a large effect.^{28,29} A *P*-value ≤ 0.05 was considered as statistically significant.

Results

Participants' subthreshold depression rate

Students volunteered for this study and among them 92 students met the criteria for StD (2–4 symptoms of PHQ-9). According to previous studies,³⁰ major depression was defined as having five or more symptoms of depression and no depression category was defined as having fewer than two symptoms or none of them. In our study, the rate of StD was 26.82%.

Efficacy of MTCC on depressive symptoms, stress, and mindfulness level

A series of 2 (condition) by 2 (time) repeated-measures ANOVA were conducted to examine changes across time between the intervention and the comparison conditions on measures of PHQ-9, MAAS, and CPSS. Table 1 reveals descriptive statistics with mean scores of pre-post measures and significance of time and time-group interaction. The results found a significant interaction between time and condition for PHQ-9 ($F=59.482$, $P<0.001$, $\eta^2=0.498$), MAAS ($F=37.476$, $P<0.001$, $\eta^2=0.384$), CPSS ($F=17.270$, $P<0.001$, $\eta^2=0.224$). Furthermore, simple effect analyses were used to figure out how the time and group interaction effects were different (Tables 2 and 3). The categorical outcomes for the PHQ-9 scale are presented in Table 4. After the intervention, the rates of StD and major depression in the MTCC group were lower than those of the control group.

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first RCT pilot study to combine mindfulness with TCC to evaluate the school-based intervention on mental health of StD college students. Specifically, the benefits of MTCC on participants have been testified, such as a decrease in the depression and stress levels, and promotion of mindfulness state. At the same time, our study found that the rate of StD was as high as 26.82%, which was in line with previous studies.³¹ Influenced by eastern cultural values, most of the subthreshold depressed people are reluctant to seek psychological counseling or clinical psychotherapy, resulting in the development of symptoms and increase in the prevalence of depression in recent years.^{32,33} Studies have shown that the incidence of StD among adolescents reached 30%–40%.³⁴ Teenagers lack mature psychological regulation and control mechanism, which easily leads to emotion imbalances during the period

Table 1 Comparison of two groups on PHQ-9, MAAS, and CPSS

	MTCC M (SD)		Control M (SD)		F	P-value	η^2
	Pre	Post	Pre	Post			
PHQ-9	8.66 (2.12)	6.03 (2.18)	8.23 (2.11)	8.10 (2.52)			
Time effect					72.896	<0.001	0.549
Time×group effect					59.482	<0.001	0.498
Group effect					2.280	0.136	0.037
MAAS	52.00 (5.00)	57.69 (4.79)	52.47 (6.36)	52.83 (6.74)			
Time effect					48.518	<0.001	0.447
Time×group effect					37.476	<0.001	0.384
Group effect					2.468	0.121	0.040
CPSS	27.19 (3.86)	24.12 (2.96)	26.90 (3.56)	26.53 (3.37)			
Time effect					28.084	<0.001	0.319
Time×group effect					17.270	<0.001	0.224
Group effect					1.638	0.206	0.027

Abbreviations: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan; PHQ-9, nine-item Patient Health Questionnaire; MAAS, Mindful Attention and Awareness Scale; CPSS, Chinese version of the Perceived Stress Scale.

of heavy academic pressure and complex interpersonal relationships.³⁵ Schools pay more attention to students suffering from depression, while less awareness exists with regard to this condition among StD population in China. Adolescent depression leads to a wide range of mental health problems in adulthood.³⁶ Strengthening the management of StD adolescents could alleviate the depressive symptoms and reduce the incidence of severe depression, and thus promote their psychosomatic development and academic accomplishments smoothly, improve the ability of social participation, and reduce the financial burden on families and societies.

TCC is an ancient Chinese martial art characterized by slow circular movements, breath regulation, and focused

attention.³⁷ As a kind of oriental concept form of exercise, the core is Yi, Qi, Xing, Shen (Chinese), which is accord with the requirement of human body physiology and psychology, TCC has a very important role in promoting individual physical health.¹⁸ TCC has been adopted in PE classes to promote adolescents' health.³⁸ The benefits of TCC on physical and psychological health have been reported in numerous studies;^{39–41} however, most of them pay attention to various patients or the aged population. Besides, TCC emphasizes meditation in accordance with mindfulness skills that originated from Buddhism in China, which is the core Zen method of primitive Buddhism.⁴² Therefore, in this study, we designed an RCT trial to examine the effects of an 8-week

Table 2 Pre-post comparison of independent group on PHQ-9, MAAS, and CPSS

PHQ-9			Effect size (d)	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	2.625	0.225	<0.001	2.175	3.075
Control	Pre	Post	0.133	0.232	0.568	-0.331	0.598
MAAS			Effect size	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	-5.688	0.605	<0.001	-6.897	-4.478
Control	Pre	Post	-0.367	0.624	0.559	-1.616	0.882
CPSS			Effect size	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	3.031	0.446	<0.001	2.139	3.923
Control	Pre	Post	0.367	0.461	0.429	-0.555	1.288

Abbreviations: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan; PHQ-9, nine-item Patient Health Questionnaire; MAAS, Mindful Attention and Awareness Scale; CPSS, Chinese version of the Perceived Stress Scale.

Table 3 Pre-post comparison of two groups on PHQ-9, MAAS, and CPSS

PHQ-9			Effect size	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	0.423	0.538	0.435	-0.653	1.498
Control	Pre	Post	-2.069	0.597	0.001	-3.264	-0.874
MAAS			Effect size	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	-0.467	1.448	0.748	-3.363	2.429
Control	Pre	Post	4.854	1.477	0.002	1.899	7.809
CPSS			Effect size	Standard error	P-value	95% CI	
	Pre	Post				Lower bound	Higher bound
MTCC	Pre	Post	0.288	0.944	0.762	-1.600	2.175
Control	Pre	Post	-2.377	0.805	0.004	-3.987	-0.767

Abbreviations: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan; PHQ-9, nine-item Patient Health Questionnaire; MAAS, Mindful Attention and Awareness Scale; CPSS, Chinese version of the Perceived Stress Scale.

Table 4 Depression outcome by groups after intervention (n=62)

	MTCC group (n=32)	Control group (n=30)	Fisher's exact test P-value
Categorical outcomes			<0.001
No depression	21 (65.63%)	2 (6.67%)	
Subthreshold depression	11 (34.37%)	27 (90%)	
Major depression	0 (0%)	1 (3.33%)	

Abbreviation: MTCC, mindfulness-based Tai Chi Chuan.

MTCC PE class on StD college students. After intervention, the results revealed that the depressive symptoms and stress levels were decreased when compared with the control group and the effect sizes were large; at the same time, the level of mindfulness in the MTCC group was increased with an effect size of (13.98±9.64) points. MTCC training implied the maintenance of an open attitude which let people to be mindful and have the ability to regulate the metacognitive capability and therefore change the cognitive deviation and increase the positive cognitive reevaluation.⁴³ In previous studies, researchers have applied relaxation training on university students and produced similar reductions in depressive and anxiety symptoms as a result of more complex cognitive behavioral therapy (CBT).^{32,34,44}

Mindfulness skills as the third-wave of CBT has been systematically used in psychotherapy, and related guidelines have been recommended by the National Institute of Clinical Excellence for the treatment of recurrent depression in UK.⁴⁵ Among the Chinese teenagers, due to limitation of time and poor compliance with regular psychology consulting, the depression symptoms were ignored and missed intervention. Compared with the traditional drug treatment, MTCC as a class-form intervention was more easily accepted by students and their parents. The results proved the feasibility and availability of this intervention. During practice, participants cultivated a friendly attitude toward themselves, respecting their own abilities without judgment or competition. Personal boundaries such as limits of stability, flexibility, and endurance, as well as habits to cope with these limitations were explored, fostering body awareness. Emotional awareness was developed by consciously observing and accepting arising emotions during MTCC practice (eg, fear of embarrassment, fear of failing, self-criticism, anxiety).

Strengths and limitations

In this research, we effectively combined mindfulness skills with traditional TCC. Considering the feasibility and compliance, we implemented MTCC in the usual PE class

form and preliminarily applied to StD adolescents in China. The results showed that MTCC helps participants decrease negative emotions, alleviate symptoms of depression, and cultivate mindfulness. The intervention was convenience and effectiveness that was applied for the first time in China. Although the design was RCT, due to the limitation of time and conditions, this trial was limited by a modest sample size. Future studies should increase the sample size to confirm the effects. What is more, since the curriculum was designed to be applied in college school, the intervention time was 8 weeks and no follow-up period was required; in order to understand the long-term sustainability of the positive effects seen with the MTCC, an extended observation and intervention period was needed. Finally, the MTCC program was administered only in college school while in other settings remains to be tested in future studies.

Conclusion

Results from this RCT showed that MTCC is effective in reducing depression symptom levels in StD adolescents. StD is a psychological condition between health and depression, and if no timely and effectively intervention is done, it is more likely to develop to major depression. It is a feasible, easily disseminated intervention that may help reduce the population disease burden of depression. In the future study, we can develop targeted MTCC intervention pattern according to different populations, improving the well-being of society.

Acknowledgments

All authors are grateful for all the participants in this study for their corporation. Specifically, we are thankful for the tutor for carrying out the intervention. The research was supported by Science Foundation of Ministry of Education of China (No 17YJCZH241) and scientific research funded by Wu Liande Youth Scientific Research Fund of Harbin Medical University-Daqing, China (2018wld-02).

Data sharing statement

The data and material supporting the results of this article are included within the article and its additional files.

Author contributions

All authors contributed toward data analysis, drafting and critically revising the paper and agree to be accountable for all aspects of the work.

Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

References

- Rodriguez MR, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12:181.
- de Graaf LE, Huibers MJ, Cuijpers P, Arntz A. Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role? *Compr Psychiatry*. 2010;51(3):e274.
- Wesselhoef R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents – a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(1):e22.
- Fogel J, Eaton WW, Ford DE. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(1):e43.
- Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, et al. Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(3):229–236.
- Tan X, Zhang J, Yang QL. TCM psychological intervention for subthreshold depression and its mechanism. *Chin Gen Pract*. 2013;6:2649–2651 (Ch).
- Kwan MY, Cairney J, Faulkner GE, Pullenayegum EE. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study. *Am J Prev Med*. 2012;42(1):14–20.
- Liu AL, Liu XM. Causes of college students subthreshold depression and comprehensive intervention research. *J Hubei Nor Univ*. 2016;36:107–110 (Ch).
- Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(2):345–351.
- Liu Y, Tan X, Zhang J. Internet-based promotion of self-help for subthreshold depression: a preliminary construction. *Chin Gen Pract*. 2014;17:2305–2307 (Ch).
- Shonin E, Gordon WV, Griffiths MD. The health benefits of mindfulness-based interventions for children and adolescents. *Educ Health*. 2012;30:95–98.
- Dariotis JK, Mirabal-Beltran R, Cluxton-Keller F, et al. A qualitative evaluation of student learning and skills use in a school-based mindfulness and yoga program. *Mindfulness*. 2016;7(1):76–89.
- Sibinga EMS, Webb L, Ghazarian SR, Ellen JM. School-based mindfulness instruction: an RCT. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152532–e20152538.
- Raes F, Griffith JW, van der Gucht K, Williams JMG. School-based prevention and reduction of depression in adolescents: a cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*. 2014;5(5):477–486.
- Pang P, Hilfer A, Fine H, Shindman J, Solhkha R. Tai Chi Chuan as an alternative treatment for teenagers with mental illness: results from a 12-week controlled pilot study. Paper presented at: 2010 Annual Meeting of American Psychiatric Association (APA) 2010; New Orleans, LA.
- Wall RB. Tai Chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston Public Middle School. *J Pediatr Health Care*. 2005;19(4):230–237.
- Liu JY. The effect of Tai Chi Chuan on body-mind. *Tamkang*. 1975;13:217–223.
- Wang C, Bannuru R, Ramel J, et al. Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2010;10:23.
- Jahnke R, Larkey L, Rogers C, Etnier J, Lin F. A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *Am J Health Promot*. 2010;24(6):e1–e25.
- Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9(1):101–106.
- Wang F, Lee EK, Wu T, et al. The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med*. 2014;21(4):605–617.
- Zeng Y, Luo T, Xie H, Huang M, Cheng AS. Health benefits of qigong or tai chi for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2014;22(1):173–186.
- Liu ZW, Yu Y, Hu M, Liu HM, Zhou L, Xiao SY. PHQ-9 and PHQ-2 for screening depression in Chinese rural elderly. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151042.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- Yang T, Wu D, Zhang W, Cottrell RR, Rockett IR. Comparative stress levels among residents in three Chinese provincial capitals, 2001 and 2008. *PLoS One*. 2012;7(11):e48971.
- Brown KW, Ryan RM. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3):242–248.
- Deng Y-Q, Li S, Tang Y-Y, et al. Psychometric properties of the Chinese translation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Mindfulness*. 2012;3(1):10–14.
- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–396.
- Morgan AJ, Jorm AF, Mackinnon AJ. Email-based promotion of self-help for subthreshold depression: Mood Memos randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5):412–418.
- Liu Y, Tan X, Tian YQ. Epidemiology and relative research on subthreshold depression. *J Henan Univ Chin Med*. 2014;29:1511–1513.
- Ren ZH, Xy L, Zhao LB. The effects of internet cognitive-behavioral therapy on depression and Mechanism. *Acta Psychologica Sinica*. 2016;48:818–832.
- Watkins KE, Cuellar AE, Hepner KA, et al. The cost-effectiveness of depression treatment for co-occurring disorders: a clinical trial. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):128–133.
- Liu HN, Zeng WX, Xw L, et al. Impacts of attentional training on attention bias of sub-clinical depressed undergraduates. *Chin J Behav Med Brain Sci*. 2016;25:60–66.
- Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Soldatos CR. Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community Ment Health J*. 2010;46(3):289–295.
- Costello DM, Swendsen J, Rose JS, Dierker LC. Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):173–183.
- Zheng S, Lal S, Meier P, Sibbritt D, Zaslowski C. Protocol: the effect of 12 weeks of Tai Chi practice on anxiety in healthy but stressed people compared to exercise and wait-list comparison groups: a randomized controlled trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2014;7(3):159–165.
- Xu CH. Discuss to the necessity for setting up Tai Chi Quan in physical education teaching in universities. *J GuiYang Univ Nat Sci*. 2017;12:56–58.
- Dalusung-Angosta A. The impact of Tai Chi exercise on coronary heart disease: a systematic review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2011;23(7):376–381.
- Rand D, Miller WC, Yiu J, Eng JJ. Interventions for addressing low balance confidence in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2011;40(3):297–306.
- Li F, Duncan TE, Duncan SC, Meauley E, Chaumeton NR, Harmer P. Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: a latent growth curve analysis. *Struct Equ Modeling*. 2001;8(1):53–83.
- Kabat-Zinn J. Bringing mindfulness to medicine: an interview with Jon Kabat-Zinn, PhD. Interview by Karolyn Gazella. *Adv Mind Body Med*. 2005;21(2):22–27.
- Siegel DJ. *The Mindful Brain: Reflection and Attune*. New York: Norton Press; 2007.
- Vázquez FL, Torres A, Blanco V, et al. Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2012;46(11):1456–1463.
- Qy Y, Zhang HZ. On analysis of the psychotherapy based on mindfulness meditation. *Med Philosophy*. 2013;31:P49–P51.

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Publish your work in this journal

Neuropsychiatric Disease and Treatment is an international, peer-reviewed journal of clinical therapeutics and pharmacology focusing on concise rapid reporting of clinical or pre-clinical studies on a range of neuropsychiatric and neurological disorders. This journal is indexed on PubMed Central, the 'PsycINFO' database and CAS,

Submit your manuscript here: <http://www.dovepress.com/neuropsychiatric-disease-and-treatment-journal>

Dovepress

and is the official journal of The International Neuropsychiatric Association (INA). The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

JURNAL 3

ISBN 978-602-60315-7-0

PENGARUH TERAPI *MINDFULNESS* TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PADA REMAJAIta Apriliyani¹, Meidiana Dwidiyanti², Sri Padma Sari³^{1,3}Departement of Nursing, Faculty of Medicine, Diponegoro University, Indonesia²Student of Master Program in Nursing, Faculty of Medicine, Diponegoro University,
IndonesiaCorresponding author: nafata82@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Depresi pada remaja diperkirakan akan meningkat pada tahun 2020 dan menempati ranking ke dua dari beban penyakit global yang menyerang semua jenis umur. Adanya penurunan minat dalam berbagai aktivitas keseharian, menarik diri dari kawan sebaya, penyalahgunaan narkoba, gangguan perilaku antisosial hingga ide untuk bunuh diri adalah sebagian dari dampak depresi pada remaja. Salah satu psikoterapi yang terbukti dapat menurunkan depresi pada remaja adalah terapi *mindfulness*. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi *mindfulness* terhadap penurunan tingkat depresi pada remaja. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif *pre* dan *post* intervensi *quasy eksperiment time series design*. Responden berjumlah 44 siswa, terdiri dari siswa putra dengan tingkat depresi ringan dan sedang. Sampel penelitian ini adalah satu kelompok responden tanpa kelompok kontrol yang merupakan remaja siswa SMK. Teknik pengambilan sampel dengan metode *purposive sampling*. Instrumen penelitian dengan menggunakan kuesioner DASS dan modul Sinergi. Penelitian ini juga disertai *home work* yang diberikan pada responden disetiap akhir sesi pertemuan pertama sampai kelima. **Hasil:** Hasil penelitian menyatakan bahwa terapi *mindfulness* terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja. Hasil ini dibuktikan dengan hasil uji analisis dengan uji *tes Friedman* yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi secara signifikan antara *pre-test* dan *post-test* dengan ($p\text{-value}=0,000 < \alpha=0,05$).

Kata kunci: Depresi, *Mindfulness*, Remaja

PENDAHULUAN

Depresi pada remaja diprediksi menjadi fenomena gangguan psikologis yang mengancam remaja saat ini. Survey yang dilakukan oleh *Harvard School of Public Health* dan *World Bank* mendapatkan angka *Global Burden of Disease* 2000 yang disebabkan oleh depresi pada penduduk umur 15-44 tahun adalah sebesar 8,6 % *Disability Adjusted Life Year* (DALY). Penelitian lain dari *National Institute of Mental Health* mendapatkan prevalensi depresi pada anak usia 9-17 tahun adalah lebih dari 6%.²

Data populasi remaja menurut Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2014, menyatakan jumlah penduduk usia remaja di Indonesia berjumlah sekitar 40 juta jiwa. Dari data populasi tersebut sekitar 3,4 juta remaja usia 10-19 tahun mengalami gangguan mental depresi pada tahun 2013.³ Hasil penelitian Asmika, Hariyanto dan Handayani (2008) pada studi *cross-sectional* yang dilakukan pada responden SMA di Malang, Jawa Timur menunjukkan hasil dimana 11,1 % responden mengalami depresi berat sebesar 28,2% responden mengalami depresi sedang dan 32,5% mengalami depresi ringan.²

Secara umum tingginya angka depresi pada remaja dapat disebabkan oleh factor biologi, genetik dan psikososial. Dari ketiga faktor tersebut, diprediksi stressor psikososial menjadi faktor penyebab timbulnya depresi pada remaja.⁴ Stressor psikososial yang dialami seorang remaja dapat bersumber dari remaja itu sendiri, dari orang tua,

teman dan lingkungannya. Permasalahan-permasalahan seputar transisi remaja menuju dewasa, tuntutan akademis yang semakin tinggi, permasalahan dengan orang tua, dengan teman hingga masalah yang ditimbulkan karena ekonomi keluarga yang tidak stabil, diduga menjadi bagian dari stressor psikososial tersebut.¹¹ Depresi juga dapat terjadi saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang. Akumulasi stressor yang terus menumpuk dan yang tidak terselesaikan disinyalir sebagai pemicu munculnya depresi.⁴

Dampak negatif dari depresi dapat menimbulkan masalah yang serius bagi remaja. Adanya penurunan minat dalam berbagai aktivitas keseharian, menarik diri dari kawan sebaya dan bersamaan dengan makin berkembangnya gejala depresi tersebut, remaja dapat juga melakukan penyalahgunaan narkoba, gangguan perilaku antisosial hingga mempunyai ide untuk bunuh diri.⁶ Kondisi depresi pada remaja ini akan berdampak negatif dan berakibat pada kesulitan dalam proses belajar, konsentrasi, penurunan daya ingat, kehilangan semangat, minat dan rasa senang yang tentunya akan berimplikasi terhadap proses belajar di sekolah.⁸

Salah satu langkah pencegahan kemunculan depresi adalah dengan melalui deteksi dini terhadap tanda-tanda depresi.^{2,11} Pencegahan sejak dini dari depresi dapat juga melalui upaya yang langsung dilakukan pada remaja dengan pendekatan promosi kesehatan. Dengan pencegahan depresi sejak dini, remaja diharapkan mampu mengatasi stressor yang muncul secara lebih mandiri.¹⁴ Salah satu penanganan depresi pada remaja adalah melalui psikoterapi. Dari beberapa literatur menyebutkan, pencegahan dan penanganan depresi pada remaja dengan psikoterapi, terbilang efektif untuk mengatasi depresi yang terjadi.^{14,15}

Salah satu psikoterapi yang banyak dikembangkan adalah melalui terapi *mindfulness*. *Mindful* (kesadaran) adalah kemampuan yang lebih dalam hal melakukan kontrol diri dan regulasi diri. *Mindfulness* menjadikan seseorang memiliki kemampuan untuk dapat melakukan penyesuaian diri dengan kebutuhan, perasaan, nilai-nilai yang sesuai dengan situasi tertentu. *Mindfulness* dapat berfungsi untuk meningkatkan kepekaan seseorang untuk memahami peristiwa saat ini. Selain dapat menjadikan seseorang melakukan kontrol diri yang baik.¹⁶ Kesadaran yang muncul pada saat seseorang mencapai kondisi *mindful* akan membantu seseorang melihat berbagai situasi yang tidak nyaman, perasaan tertekan secara lebih jelas, sehingga muncul cara pandang baru dalam melihat suatu permasalahan maupun alternatif pemecahannya. Kondisi *mindful* akan memberikan kesadaran pada individu bahwa ia memiliki kontrol terhadap pilihan-pilihan hidup sehingga mendorong munculnya sikap responsif dan penerimaan terhadap situasi di sekitarnya.^{17,16}

Penelitian tentang pengaruh terapi *mindfulness* terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada remaja. Penelitian yang dilakukan oleh Lau, & Hue, menyatakan bahwa program *mindfulness* bermanfaat dan layak direkomendasikan untuk menurunkan depresi, stres dan juga meningkatkan status kesejahteraan pada siswa.¹⁸ Penelitian lain yang dilakukan Shomaker, *et al.* pada remaja yang mengalami gejala depresi juga menyatakan bahwa pada pasca perawatan selama enam bulan, remaja yang mendapatkan terapi *mindfulness* memiliki penurunan gejala depresi yang lebih besar dari pada remaja yang mendapatkan terapi perilaku-kognitif. Dibandingkan dengan remaja yang mendapatkan terapi perilaku-kognitif, remaja yang mendapatkan terapi berbasis *mindfulness* ini memiliki penurunan terhadap resistensi insulin yang lebih besar pasca perawatan.¹⁹ Hal ini menunjukkan bahwa, terapi *mindfulness* dapat diterapkan pada remaja yang juga mengalami permasalahan kesehatan secara fisik.

Sebagai upaya mengungkap fenomena depresi pada remaja, peneliti melakukan studi pendahuluan dan juga pengkajian keperawatan komunitas di area sekolah menengah atas. Peneliti melakukan studi pendahuluan disalah satu SMK di Semarang selama 3 bulan. Melalui skrining DASS yang dilakukan pada responden kelas X dan XI yang

berjumlah 142 responden, didapatkan hasil 19 responden terdeteksi mengalami depresi ringan, 12 responden mengalami depresi sedang dan 8 responden mengalami depresi berat. Hasil observasi didapatkan banyak siswa yang selama proses pembelajaran terlihat tidak fokus dan konsentrasi pada pelajaran, tertidur dikelas dan juga melanggar peraturan sekolah seperti datang terlambat, membolos dan merokok di sekolah.

Penelitian sebelumnya mengenai pengaruh terapi *mindfulness* untuk menurunkan berbagai kondisi pasien sudah dilakukan, akan tetapi penelitian terkait pengaruh terapi *mindfulness* pada depresi remaja belum pernah diteliti. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk menerapkan terapi *mindfulness* pada remaja siswa SMK di Semarang. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh terapi *mindfulness* terhadap tingkat depresi pada remaja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *quasy experiment time series design*.^{31,32} Desain penelitian *quasy experimental* ini tidak memiliki kelompok kontrol, sehingga pada proses pelaksanaan penelitian, kelompok atau responden yang sudah terpilih diuji terlebih dahulu sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dan diberikan satu kali *pre test* dan beberapa kali *post test*.³³ Penelitian ini dilakukan di sebuah SMK swasta di Semarang. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh responden SMK Swasta di Semarang yaitu kelas X, XI dan XII yang berjumlah 365 orang. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu metode penetapan sampel dengan cara memilih yang sesuai dengan kehendak peneliti berdasarkan kriteria inklusi dan mewakili populasi yang ada. Sampel berjumlah 44 siswa laki-laki yang memenuhi kriteria inklusi yaitu responden merupakan siswa SMK Swasta kelas X, XI semua jurusan, responden terdeteksi mengalami depresi ringan dan sedang dengan menggunakan instrumen DASS, responden mempunyai nilai efikasi diri lebih dari 5 setelah 2 kali pengukuran, mampu berkomunikasi secara aktif dan bersedia menjadi responden. Metode analisa dengan uji hipotesis perbedaan tingkat depresi *pre-test* dan *post-test* pada responden menggunakan uji *Friedman*. Uji hipotesis hubungan antara variabel *counfounding* terhadap tingkat depresi menggunakan uji *Chi-square*. Uji ini menjadi dasar dalam analisis bivariat. Jika $p < \alpha$, maka terdapat hubungan antara variabel *counfounding* terhadap tingkat depresi.^{40,44} Dengan tingkat kepercayaan 95%, jika $p < \alpha$, maka terdapat hubungan antara variabel *mindfulness* terhadap tingkat depresi.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden

Pada penelitian ini, keseluruhan responden berjenis kelamin laki-laki dikarenakan responden berasal dari Sekolah Menengah Kejuruan dengan jurusan teknik komputer rakitan (TKR) dan teknik audio visual (TAV). Untuk rentang usia, tidak ada responden yang berada pada rentang usia 10-12 tahun, ada 4 responden berada pada rentang usia 13-15 tahun, dan pada rentang 16-19 tahun terdapat 40 responden.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n=44)

Variabel	Frekuensi
Jenis Kelamin	
Laki-laki	44
Perempuan	-

ISBN 978-602-60315-7-0

Variabel	Frekuensi
Usia	
10-12 tahun	-
13-15 tahun	4
16-19 tahun	40

Sumber: data Primer

Dari tabel 1, menerangkan tingkat depresi responden untuk *pre test* berada pada level sedang dengan 37 responden dan 7 responden berada pada level ringan. Sedangkan pada *post test* sebanyak 42 responden berada pada level normal dan sisanya 2 responden berada pada level ringan.

Tabel 2. Tingkat Depresi Remaja (n=44)

Tingkat Depresi	Responden (%)	
	<i>Pre Test</i>	<i>Post Test</i>
Normal	-	42(95,45)
Ringan	7(15,91)	2(4,55)
Sedang	37(84,09)	-

Sumber: data primer

Pengaruh *Mindfulness* terhadap tingkat depresi remaja

Hasil penelitian yang digambarkan pada tabel dengan analisis menggunakan uji *wilcoxon* dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi secara signifikan antara *pre-test* dan *post-test* ($p\text{-value}=0,000 < \alpha=0,05$). Dari hasil tersebut maka pemberian perlakuan berpengaruh signifikan dalam menurunkan tingkat depresi responden.

Tabel 3 Skor *Pre* dan *Post Test* Depresi Pada Responden (n=44)

Variabel	N	Rata-rata	Std. Deviasi	<i>P-Value</i>
Sebelum	44	16,18	2,63	0,000
Sesudah ke 1	44	5,48	2,56	

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan secara signifikan pada *pretest*, *post test 1*, dan *post test 2* yang diuji dengan *Friedman test* ($\chi^2 = 77,854$; $p\text{-value}=0,000$). Sedangkan dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank tests* dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi secara signifikan antara *pre-test* dan *post-test* ($Z=-5,787$; $p\text{-value} = 0,000 < \alpha=0,05$), *pre-test* dan *post-test2* ($Z=-5,786$; $p\text{-value} = 0,000 < \alpha=0,05$), *posttest* dan *post-test2* ($Z=-3,581$; $p\text{-value}=0,000 < \alpha=0,05$).

Tabel 4. Distribusi Skor *Pre* dan *Post Test* Depresi Pada Responden (n=44)

	N	Mean	SD	Min	Max	P-value		
						Pretest- Posttest	Pretest- Posttest2	Posttest1- Posttest2
Pretest	44	16,18	2,63	11,0 0	21,00	0,000*		
Posttest	44	5,48	2,56	0	11,00		0,000*	
Posttest 2	44	4,48	2,50	0	10,00			0,000*

Sumber data: primer

PEMBAHASAN

Proses Intervensi

Penelitian ini dilakukan melalui 3 tahap pengambilan data, tahap pre test, tahap intervensi dan tahap post intervensi. Tahap pre test ini adalah pengujian efisiensi diri pada 44 responden yang terdeteksi mengalami depresi ringan dan sedang untuk menguji kelayakan responden sesuai kriteria inklusi. Pelaksanaan penelitian ini juga dibantu 5 orang fasilitator yang merupakan wali kelas yang siswanya terdeteksi depresi.

Pelaksanaan kegiatan dilakukan selama 6 kali pertemuan dan 1 kali follow up. Kegiatan pelatihan *mindfulness* membutuhkan waktu sekitar 60 menit untuk tiap kali pertemuan. Pada akhir kegiatan pelatihan, peneliti kembali mengukur nilai skor depresi responden, untuk melihat perkembangan kondisi responden setelah dilakukan 6 kali intervensi berupa pengukuran skor depresi dengan menggunakan DASS (*post test*) dan 1 kali pengukuran kembali (*follow up*) setelah 2 minggu setelah *post test* pertama. Untuk lebih jelasnya, proses penelitian dapat dijelaskan pada tahapan dibawah ini.

1. Tahap awal penelitian dimulai dengan apersepsi dan juga pelatihan terapi *mindfulness* untuk fasilitator yang dilakukan sebelum responden dikumpulkan selama 60 menit untuk sesi materi dan 60 menit selanjutnya untuk sesi terapi *mindfulness* baik secara formal maupun secara informal. Pelatihan formal meliputi kegiatan berupa penjelasan tentang materi yang ada dimodul Sinergi meliputi materi tentang depresi, lembar efisiensi diri, terapi *mindfulness* dan SOP *mindfulness* dan pelatihan informal berupa penerapan terapi *mindfulness* dalam bentuk pekerjaan rumah (*home work*) yang diberikan pada responden yang harus dilakukan responden secara mandiri diluar sesi pertemuan sesuai jadwal yang sudah ditentukan.
2. Pada pertemuan kedua, peneliti dibantu fasilitator membagi responden menjadi lima kelompok dan fasilitator membantu membagikan membagikan lembaran kertas untuk mencatat masalah yang dihadapi responden dalam melakukan *home work* yang diberikan setelah pertemuan pertama. Peneliti dengan dibantu fasilitator memberikan motivasi terhadap masalah yang dikemukakan responden yang sebelumnya sudah dilakukan klasifikasi berupa masalah pribadi, masalah dengan teman sebaya, dengan guru dan juga dengan orang tua. Peneliti kemudian mengarahkan responden dengan melakukan *mindfulness* calming technique dengan dimulai dengan relaksasi nafas dalam, visualisasi mental dan meditasi. Akhir sesi ditutup dengan pembagian *home work* untuk hari ketiga berupa melakukan latihan *mindfulness* calming technique pada saat sebelum tidur.
3. Pada pertemuan ketiga, peneliti dibantu fasilitator meminta salah satu responden untuk melakukan *mindfulness* calming technique yang dilakukan secara mandiri di rumah. Peneliti kembali memberikan motivasi dan penekanan-penekanan pada responden terkait cara pelaksanaan *mindfulness* calming technique dengan benar. Pada pertemuan ketiga ini, peneliti tidak memberikan *home work* dengan tujuan agar menghindarkan kejenuhan pada responden dan agar responden tetap menikmati tiap sesi pertemuan dengan baik. Peneliti dengan dibantu fasilitator kembali melakukan

- penilaian kemampuan melakukan *mindfulness calming technique* pada responden.
4. Pada pertemuan keempat, peneliti mengecek kembali kemampuan *mindfulness calming technique* responden dengan menajak responden untuk duduk berpasangan dengan responden lain dan saling menilai kemampuan masing-masing. Fasilitator membantu pasangan responden yang masih merasa belum dapat memfokuskan pikiran saat sesi pelatihan. Akhir sesi, responden diberi home work berupa penerapan *mindfulness calming technique* saat responden merasakan ada permasalahan yang dihadapi dengan melakukan *mindfulness calming technique* sambil duduk maupun berjalan.
 5. Pada pertemuan kelima, peneliti dengan dibantu fasilitator mengarahkan responden untuk duduk melingkar dan memberikan stimulasi pada dua responden yang berani menjawab pertanyaan peneliti seputar pelaksanaan *mindfulness calming technique*. Responden yang dapat menjawab pertanyaan diberikan kesempatan untuk melakukan *mindfulness calming technique* di depan responden lainnya setelah itu peneliti memberikan pujian dan reward pada responden yang bersedia maju.
 6. Pada pertemuan keenam, peneliti meminta beberapa responden untuk maju dan mengungkapkan kesan, pesan dan pesan dari pengalaman responden selama mengikuti pelatihan. Sebagai penutup, peneliti dibantu fasilitator kembali menilai kemampuan *mindfulness calming technique* dari responden. Di akhir sesi, peneliti membagikan kuesioner DASS sebagai post test pada responden untuk menilai tingkat depresi setelah mengikuti *mindfulness calming technique* selama 6 kali pertemuan.
 7. Pertemuan ketujuh, tepatnya dua minggu setelah pertemuan keenam dilakukan, peneliti dengan dibantu fasilitator kembali mengumpulkan responden dan menanyakan pada responden terkait kondisi responden saat itu dan mengecek kembali kemampuan responden dalam melakukan *mindfulness calming technique* setelah jeda 2 minggu dari pertemuan keenam. Diakhir sesi, peneliti kembali membagikan kuesioner DASS untuk menilai skala depresi responden.

Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan menggunakan kuesioner depresi dalam kuesioner *DASS*. Kuesioner ini telah melalui proses uji validitas dan uji reliabilitas yang terbukti validitas dan reliabilitasnya sehingga peneliti tidak perlu melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali. Uji validitas yang dilakukan di luar negeri dengan menggunakan *alpha cronbach* dengan skala koefisiensi skala 0,68 dan 0,65 yang menunjukkan bahwa item *DASS* dapat diterima dan sesuai konsistensi antar item.¹⁸

Uji validitas kuesioner *DASS* juga pernah dilakukan di Indonesia. Hasil dari uji validitas yang dilakukan dengan validitas internal tes ini diukur dengan menggunakan rumus *alpha cronbach*. Untuk reliabilitas tes ini diukur menggunakan rumus *pearson product moment* dan mengkorelasikan skor setiap item dengan total skor masing-masing skala tes ini. Hasil yang didapatkan dari uji ini adalah keandalan *DASS* sangat baik ($\alpha = 0,9483$). Dari 42 item memiliki korelasi item-total lebih dari 3 sehingga dapat disimpulkan bahwa ukuran memiliki konsistensi internal yang memadai. Dari hasil uji validitas dan reliabilitas, dapat disimpulkan bahwa *DASS* adalah ukuran yang reliabel dan valid dari konstruk yang dimaksudkan untuk dinilai.⁴³

Etika Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini tidak lepas dari dukungan dan perijinan yang telah diberikan oleh Komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro – Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang. Penelitian ini yang dilaksanakan di salah satu SMK swasta di Semarang ini, menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak buruk bagi siswa SMK swasta. Penentuan responden bersifat

sukarela dan tanpa ada unsur paksaan. Adapun kerahasiaan semua informasi yang berkaitan dengan proses penelitian, dijaga dan hanya dapat digunakan untuk kepentingan penelitian dengan sepengetahuan dan seijin peneliti. Penelitian ini diawali dengan memberikan informed consent kepada responden dan juga fasilitator yang terlibat dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip etika seperti menghormati harkat dan martabat manusia, menghormati privasi dan kerahasiaan responden, menghormati keadilan dan inklusivitas, serta memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan.³⁴

PEMBAHASAN

Depresi yang dialami remaja merupakan salah satu permasalahan serius yang harus ditangani dengan segera. Untuk mengatasi depresi, diperlukan deteksi dini yang akurat dan cepat. Salah satunya dengan menggunakan kuesioner DASS. Dari item-item pertanyaan yang ada di kuesioner DASS, yang mencerminkan status emosional remaja, kita dapat melihat berapa tingkat keparahan dari depresi yang dialami remaja.

Dari 14 item kuesioner DASS yang dijawab oleh responden terdapat keterkaitan dengan teori penyimpangan kognisi yang disampaikan Aaron Beck yang terbagi menjadi 3 kategori yaitu penyimpangan kognisi seseorang yang memandang diri negatif, penyimpangan kognisi yang memandang pengalaman secara negatif dan penyimpangan kognisi yang memandang masa depan negatif. Dari kesimpulan teori Aaron Beck ini, penderita depresi akan mengalami penyimpangan kognitif berupa pikiran-pikiran negatif yang berdampak pada *self esteem* yang menurun. Penurunan *self esteem* akan berdampak pada penurunan produktivitas remaja yang nantinya akan berimbas kepada kualitas hidup dari remaja yang positif mengalami depresi.

Salah satu upaya dalam mengatasi penyimpangan kognitif yang berbahaya ini, sangat diperlukan terapi yang dapat merubah pola pikir remaja dari hal yang negatif ke hal yang positif. Pengaruh terapi *mindfulness* terhadap tingkat depresi remaja menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dari tingkat depresi responden antara *pre test* dan *post test*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pemberian perlakuan melalui terapi *mindfulness* berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi remaja.

Sebelum dilakukan latihan *mindfulness calming technique*, peneliti sebelumnya menerapkan uji *self efficacy*. *Self efficacy* yang peneliti terapkan pada awal penelitian ini bertujuan untuk mengukur kemampuan dan tingkat keyakinan responden dalam melakukan latihan *mindfulness* yang diajarkan. *Self efficacy* sendiri merupakan kemampuan individu dalam melakukan suatu tindakan, mencapai tujuan dan mengatasi permasalahan yang muncul. Selain itu, seseorang yang mempunyai *self efficacy* baik, menunjukkan bahwa orang tersebut mempunyai motivasi dan juga keselarasan antara kognitif dan tindakan yang diambil untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.¹⁹

Terapi *mindfulness* sebagai salah satu psikoterapi yang terbukti berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pada remaja. Terapi *mindfulness* ini sudah banyak dikembangkan dan diterapkan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan mental seperti stres dan kecemasan. Terapi yang ditujukan untuk menurunkan tingkat depresi pada remaja ini, dilakukan dengan cara mendorong remaja untuk dibawa ke arah kondisi yang tenang dengan menggunakan *calming technique*.³⁴

Terapi *mindfulness* dengan *calming technique*, terbukti dapat menurunkan tingkat depresi remaja. Hal ini dapat terjadi karena selama intervensi *mindfulness*, responden diarahkan untuk mencapai kesadaran diri melalui rangkaian teknik latihan relaksasi nafas dalam, visualisasi mental dan meditasi.³³ Tiga langkah ini jika diterapkan dengan baik oleh remaja yang mengalami depresi dengan tingkat ringan sampai sedang, akan dapat membantu remaja mencapai kondisi *mindfulness* dengan baik.

Teknik relaksasi nafas dalam, dapat membantu seseorang untuk merelaksasikan fungsi-fungsi vital tubuh seperti pada otak, pernafasan dan pencernaan.^{33,46} Setelah

mencapai keseimbangan dari ketiga organ tersebut, responden diarahkan untuk dapat memusatkan pikiran, perhatian untuk dapat merasakan kenyamanan dengan terlebih dahulu merasakan denyut nadi sendiri melalui teknik visualisasi mental. Melalui visualisasi mental ini, seseorang akan dapat merasakan kondisi yang ada dipikirkannya seolah-olah nyata dan benar-benar terjadi. Semakin jelas terasa, akan semakin membantu seseorang fokus pada kondisinya yang lebih baik lagi.³⁴

Langkah terakhir yang menentukan dari pencapaian kondisi *mindfulness* pada responden, adalah dengan teknik meditasi. Teknik yang mengarahkan kondisi seseorang untuk mencapai ketenangan ini, akan sangat bergantung pada kemampuan seseorang pada kekuatan pikiran untuk memusatkan perhatian. Riset membuktikan bahwa kemampuan seseorang untuk mencapai kekuatan dari meditasi ini akan dapat merilekskan anggota tubuh dan mengurangi dampak stress dan depresi.^{34,45}

Pencapaian kemampuan *mindfulness* yang sudah dilakukan responden, akan semakin baik jika didukung dengan penerapan *mindfulness calming technique* secara informal, dalam hal ini melalui *home work* yang dilakukan responden diluar waktu intervensi. Hal ini dimaksudkan untuk melatih dan menjaga konsistensi responden dalam mengaplikasikan latihan *mindfulness calming tehcnique* yang sudah didapatkan.

Efektifitas terapi *mindfulness* yang diterapkan pada penelitian ini, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tse dan Hue pada remaja di sebuah sekolah di Hongkong. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa terdapat penurunan yang signifikan dalam gejala depresi dan peningkatan yang signifikan pula pada beberapa komponen kesejahteraan siswa pada kelompok responden setelah mendapatkan perlakuan program *mindfulness* selama 6 minggu.¹⁶

Penggunaan *mindfulnesscalming technique* juga pernah dilakukan oleh Lau & Hue yang melakukan penelitian pada remaja dengan gejala depresi di sebuah sekolah di Hongkong. Melalui program MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) ini, responden diarahkan untuk melakukan beberapa kegiatan utama yaitu latihan peregangan/relaksasi dengan menyadari sensasi dan gerakan tubuh responden, latihan relaksasi yang melibatkan kesadaran individu saat duduk, berdiri, berjalan, berbaring hingga kesadaran dan sensasi tubuh saat mengalami emosi dan stres. Kegiatan utama dilakukan dengan cara responden dipandu untuk memusatkan perhatian secara penuh pada seluruh bagian tubuh mulai dari kepala sampai dengan kaki. Program ini juga menerapkan bagaimana responden diarahkan untuk melibatkan emosinya dengan cara memaafkan semua orang yang pernah berinteraksi dengan responden.¹⁶

Pada proses penelitian ini, peneliti juga menerapkan 6 sesi pertemuan dan 1 sesi *follow up* yang dilakukan dengan pengecekan kembali skala depresi setelah jeda dari *post test* pertama yang dilakukan pada akhir pertemuan ke 6. Hal ini bertujuan agar secara bertahap, responden dapat memahami proses terapi yang dijalani dengan latihan yang diajarkan tiap pertemuan. Dengan pentahapan dalam proses terapi seperti ini, terbukti responden mendapat kemajuan baik dalam sisi pengetahuan dan juga pengalaman yang akhirnya secara bertahap dapat meningkatkan kemampuan dan keyakinan responden dalam mengatasi permasalahan yang dihadapinya dengan teknik *mindfulness* yang sudah didapatkan dan dilakukan sepanjang sesi pertemuan.^{32,49,50}

Setelah bisa menerapkan terapi *mindfulness* ini, peneliti juga mengarahkan responden untuk melakukan terapi *mindfulness* dalam berbagai aktivitas kehidupan lainnya. Kemajuan dalam proses terapi *mindfulness* dalam kegiatan sehari-hari responden, peneliti fasilitasi dengan pemberian *home work* yang diharapkan dapat membantu konsistensi responden dalam menerapkan latihan *mindfulness* informal.

Setelah diajarkan terapi *mindfulness*, remaja menjadi mampu menerima masalahnya dengan kemampuan kesadaran dan penerimaan terhadap diri dan keadaan saat ini dan juga mampu memaafkan. Keberhasilan ini membuat remaja mampu merasakan manfaat dari terapi *mindfulness* sehingga remaja tergerak untuk melakukannya

secara terus menerus dan diterapkan saat remaja menghadapi permasalahan hidup lainnya.

KESIMPULAN

Setelah dilakukan terapi *mindfulness calming technique*, remaja yang mengalami depresi ringan dan sedang, dalam kurun waktu 6 kali pertemuan, tingkat depresi remaja berangsur menurun. Melalui latihan relaksasi nafas dalam, visualisasi mental dan meditasi, remaja dapat mencapai fokus, sehingga saat fokus remaja tercapai, remaja dapat mencapai kondisi tenang yang akhirnya menyebabkan remaja mencapai kondisi *mindfulness* dengan kesadaran dan penerimaan seutuhnya untuk kondisi yang dialami remaja saat intervensi dilakukan. Keberhasilan latihan *mindfulness calming tehcnique* juga didukung penerapan latihan secara informal melalui pemberian home work berupa penerapan *mindfulness calming tehcnique* dalam berbagai kondisi remaja di luar sekolah.

Sehingga dapat disimpulkan, bahwa latihan *mindfulness* yang dilakukan secara rutin, dapat memotivasi remaja untuk lebih meningkatkan kepercayaan diri (*self esteem*) remaja dalam kegiatan baik dalam kondisi proses belajar di sekolah, di rumah dan di lingkungan remaja tinggal. Kedepan penelitian ini, diharapkan dapat diterapkan pada area komunitas lain tidak hanya pada remaja yang ada di sekolah, tapi juga yang ada di komunitas yang lebih beragam. Adapun penerapan *mindfulness calming tehcnique* ini dapat dijadikan rekomendasi penanggulangan depresi pada remaja di tingkat nasional.

REFERENSI

1. Mulia JG. Jurnal Psikologi: Pencegahan Dan Penanganan Depresi Pada Siswa. Vol VI.; 2015.
2. World Federation For Mental Health (WFMH). *Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day.* 2012. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.
3. Fourianalistyawati E, Yarsi U, Arruum R, et.al. *Hubungan Antara Mindfulness dengan Depresi pada Remaja.* 2017.
4. Harijanto, Handayani N, Asmika. *Prevalensi Depresi dan Gambaran Stressor Psikososial pada Remaja Sekolah Menengah Umum di Wilayah Kotamadya Malang.* Jurnal Kedokteran Universitas Brawijaya. 2008;Vol 24(No 1 (2008));pp.15-21. doi:10.21776/ub.jkb.2008
5. Baskoro MD., Fitrikasari A. *Hubungan Antara depresi degan perilaku antisosial pada remaja di sekolah.* Artikel. 2010.
6. Santrock JW. *Remaja.* 12th ed. Jakarta. Penerbit Erlangga. 2012
7. Frisch NCF& LE. *Psychiatric Mental Health Nursing.* second edi. United States of America: Delmar Thomson Learning. 2002.
8. Boyd MA. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
9. Santrock JW. *Remaja.* 11th ed. Jakarta: Penerbit Erlangga. 2007.
10. Mallo H, Ronda D. *Analisis Faktor Penyebab Utama Kecenderungan Bunuh Diri Di Kalangan Remaja Yang Berusia 15-17 Tahun Di Makassar.* J Stjaffray. Artikel. 2010
11. Worret KMF& PAH. *Psychiatric Mental Health Nursing.* Third Edit. United States of America: Mosby An Avffiliate of Elsevier; 2000.
12. Safitri Y, Hidayati NE. *Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua Dengan Tingkat Depresi Remaja di SMK 10 November Semarang.* Jurnal Keperawatan Jiwa. 2013.
13. Antai-Otong D. *Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts.* Second Edi. Canada: Thomson Delmar Learning. 2008.

ISBN 978-602-60315-7-0

14. Psikologi F, Gadjah U, Yogyakarta M. *Efektivitas Psikoterapi Interpersonal Untuk Menurunkan Depresi Pada Remaja Putri Dengan Orangtua Bercerai Effectiveness Of Interpersonal Psychotherapy To Reduce Depression Symptoms In Adolescent Girl With Parental Divorce*. 2016.
15. Sarwono. *Psikologi Kognitif*. Jakarta: Erlangga; 2010.
16. Afandi NA. *Pengaruh Pelatihan Mindfulness Terhadap Peningkatan Kontrol Diri Siswa SMA*. J Pamator. 2012.
17. Kabat-Zinn. *Full Catastrophe Living : Using The Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delta Trade Paperbacks; 1990.
18. Lau NS, Hue MT. *Preliminary Outcomes Of A Mindfulness-Based Programme For Hong Kong Adolescents In Schools: Well-Being, Stress And Depressive Symptoms*. Int J Child Spiritual. 2011.
19. Shomaker LB, Bruggink S, Pivarunas B, et al. *Pilot Randomized Controlled Trial Of A Mindfulness-Based Group Intervention In Adolescent Girls At Risk For Type 2 Diabetes With Depressive Symptoms*. Complement Ther Med. 2017.
20. Alligood MR. *Nursing Theory & Their Work*. 8 th ed. Toronto: The CV Mosby Company St. Louis. Missouri: Mosby Elseveir. Inc; 2014.
21. Meidiana D. *Mindfulness Caring Pada Stress*. Semarang: UNDIP Press; 2017.
22. Alie and Asrori M. *Psikologi Perkembangan Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: Bumi Aksara; 2011.
23. Hurlock EB. *Psikologi Pekembangan (Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan)*. Jakarta: Erlangga; 1998.
24. Yosep Iyus. *Keperawatan Jiwa*. Edisis Rev. Bandung: PT. Refika Aditama; 2009.
25. Sadock K&. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Jilid 1*. 1st ed. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010.
26. Lauren Slater, Ed.D, Jessica Henderson Daniel, Ph.D., ABPP, Amy Elizabeth Banks M. *The Complete Guide to Mental Health For Women*. United States of America: Beacon 150; 2003.
27. Aditomo A, Retnowati S. *Pada Remaja Akhir. Perfeksionisme, Harga Diri, Dan Kecenderungan Depresi Pada Remaja Akhir*. 2004.
28. Lubis NL. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Vol 1. Jakarta: Kencana; 2009.
29. Siswono dkk. *Pengaruh Peran Orang Tua Terhadap Tingkat Depresi Pada Siswa Dan Siswi Di Sma Negeri 2 Sukoharjo*. Artikel. 2014.
30. Davison GC. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2006.
31. Copel LC. *Kesehatan Jiwa & Psikiatri Pedoman Klinis Perawat*. 2nd ed.; 2007.
32. L VS. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC; 2008.
33. Siswanto, S.Psi. MS. *Kesehatan Mental Konsep, Cakupan, Dan Perkembangan*. Yogyakarta: CV. ANDY OFFSET; 2007.
34. TKJ DT& C. *ABC Kesehatan Mental*. (Mutataqin dr. H, ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2009.
35. van de Weijer-Bergsma E, Formsma AR, de Bruin EI, Bögels SM. *The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD*. J Child Fam Stud. 2012.
36. Centre for Clinical Interventions. *Calming technique*. Artikel. 2011.
37. Bossi L, Porter S. *Calming And Coping Strategies For The School Nurse's New Year: Using Mind-Body Concepts*. NASN Sch Nurse. 2011
38. Puspita NA, Armiyati Y, Arif S, et al. *Efektifitas Waktu Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Abdomen Di Rsud Tugurejo Semarang*. Artikel. 2014
39. Dwidianti Meidiana et all. *Penelitian Quasi Eksperimen Dalam Keperawatan*. UNDIP Press
40. Boardman G, Mccann T, Kerr D. *ORIGINAL RESEARCH A Peer Support*

83

PROCEEDING BOOK

The 1st Widya Husada Nursing Conference (1st WHNC)

ISBN 978-602-60315-7-0

- Programme For Enhancing Adherence To Oral Antipsychotic Medication In Consumers With Schizophrenia*. Artikel. 2013.
41. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R & D*. Bandung: Bandung Alf; 2011.
 42. Nursalam. *Penelitian Keperawatan. Pendekatan Praktis*. 4 th ed. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
 43. Randall D, Thomas M, Whiting D, McGrath A. *Depression Anxiety Stress Scales (Dass-21)*. J Head Trauma Rehabil. 2017.
 44. McCleary R, McDowall D, Bartos B. *Design and Analysis of Time Series Experiments*. 2017.
 45. Haryanto, Wahyuningsih HD, Nandiroh S. *Sistem Deteksi Gangguan Depresi Pada Anak-anak dan Remaja*. Jurnal Ilmiah Teknik Industri. 2015.
 46. Darmayanti N. *Meta - Analisis : Gender Dan Depresi Pada Remaja*. 2002.
 47. Elizabeth M. Varcarolis, Verna Benner Carson NCS. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. Fifth Edit. China: Saunders Elsevier; 2006.
 48. Marchand WR. *Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and Zen Meditation For Depression, Anxiety, Pain, And Psychological Distress*. Journal Psychiatric Practice. 2012.
 49. Kuswandi A, Sitorus R, Gayatri D. *Pengaruh Relaksasi Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Sebuah Rumah Sakit Di Tasikmalaya*. Jurnal Keperawatan Indonesia. 2008.
 50. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. *The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review*. J Consult Clin Psychol. 2010.
 51. Dwito P. *Pengaruh Penggunaan Modul Hasil Penelitian Pencemaran di Sungai Pepe Surakarta Sebagai Sumber Belajar Biologi Pokok Bahasan Pencemaran Lingkungan Terhadap Hasil Belajar Siswa*. Jurnal Pendidikan. 2012.
 52. Irwan. *Pengaruh Modul Terhadap Hasil Belajar Siswa Pada Materi Keanekaragaman Hayati SMA Negeri 9 Pontianak*. Program Stud Pendidik Biol Jur Pendidikan Mat Dan IPA Fak Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Tanjungpura Pontianak. 2014.
 53. Baer RA, Carmody J, Hunsinger M. *Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program*. In: Journal of Clinical Psychology. Vol 68. 2012:7.
 54. Ferszt GG, Miller RJ, Hickey JE, Maull F, Crisp K. *The Impact Of A Mindfulness Based Program On Perceived Stress, Anxiety, Depression And Sleep Of Incarcerated Women*. Int J Environ Res Public Health. 2015.
 55. Abdolazadeh Z, Mashhadi A, Tabibi Z. *Effectiveness Of Mindfulness-Based Therapy On The Rate Of Symptoms And Mindfulness In Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Journal Fundamental Mental Health. 2017

Effects Of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) On The Psychological Health Of Adolescents With Subthreshold Depression: A Randomized Controlled Trial

This article was published in the following Dove Press journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment

Jia-Yuan Zhang^{1,*}

Xiang-Zi Ji^{2,*}

Li-Na Meng¹

Yun-Jiang Cai¹

¹Department of Psychological Nursing Science, Harbin Medical University, Daqing, Heilongjiang Province, People's Republic of China; ²Department of Nursing Science, Suzhou Vocational Health College, Suzhou, Jiangsu Province, People's Republic of China

*These authors contributed equally to this work

Background: Sub-threshold depression (SD) has been associated with impairments in adolescent health which increase the rate of major depression. Researchers have shown the effectiveness of mindfulness on mental health, however whether the traditional mindful skills were suitable for youngsters, it was not clear. This study investigated the effects of a tailored Mindfulness-based stress reduction (MBSR) on their psychological state.

Methods: A double-blind, randomized controlled trial was carried out. 56 participants who met the inclusion criteria agreed to be arranged randomly to either the MBSR group (n=28) or the control group (n=28). Participants in MBSR group received a tailored 8-week, one time per week, one hour each time group intervention. The effectiveness of intervention was measured using validated scales, which including BDI-II, MAAS, RRS at three times (T1-before intervention; T2-after intervention; T3-three months after intervention). A repeated-measures analysis of variance model was used to analyze the data.

Results: The results showed significant improvements in MBSR group comparing with control group that depression level decreased after the 8-week intervention and the follow up ($F=17.721, p<0.00$). At the same time, RRS score was significantly decreased at T2 and T3 ($F=28.277, p<0.00$). The results also showed that MBSR promoted the level of mindfulness and the effect persisted for three months after intervention ($F=13.489, p<0.00$).

Conclusion: A tailored MBSR intervention has positive effects on psychology health among SD youngsters, including decrease depression and rumination level, cultivate mindfulness.

Keywords: mindfulness, adolescent, subthreshold depression

Introduction

Subthreshold depression (SD), also known as subsyndromal depression, subclinical depression, or mild depression, refers to a state or a subpopulation of individuals who have certain depressive symptoms but do not meet the diagnostic criteria for major depressive disorder.¹ A previous study found that the incidence of subthreshold depression was significantly higher than that of major depressive disorders, with an estimated prevalence rate of 25% worldwide, and it had a serious impact on individual life and social psychological function.² However, there is little agreement on how to address the diagnosis of subthreshold depression; modern classification systems such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

Correspondence: Li-Na Meng; Yun-Jiang Cai
Department of Psychological Nursing Science, Harbin Medical University, No. 39 XinYang Street, Daqing, Heilongjiang Province 163319, People's Republic of China
Email 2935855397@qq.com; 2622340324@qq.com

submit your manuscript | www.dovepress.com
Dovepress
<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S216401>

Neuropsychiatric Disease and Treatment 2019;15:2695–2704

2695

© 2019 Zhang et al. This work is published and licensed by Dove Medical Press Limited. The full terms of this license are available at <http://www.dovepress.com/terms.php> and incorporate the Creative Commons Attribution – Non Commercial (unported, v3.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>). By accessing the work you hereby accept the Terms. Non-commercial uses of the work are permitted without any further permission from Dove Medical Press Limited, provided the work is properly attributed. For permission for commercial use of this work, please see paragraphs 4.2 and 5 of our Terms (<http://www.dovepress.com/terms.php>).

Fourth Edition (DSM-IV) have established diagnostic categories for subsyndromal depressive symptoms, including “dysthymia,” “brief recurrent depression,” and “minor depressive disorder”.³ Subthreshold depression is considered to be the precursive stage of major depressive disorder and can predict the occurrence of major depressive disorder in individuals in the future. It should be made clear that it is increasingly recognized that individuals with subthreshold depression do not have a similar prognosis to those who are asymptomatic, and are in fact at elevated risks of later depression and suicidal behaviors.⁴ Individuals with subthreshold depression have an odds ratio of more than 5 for having a first lifetime episode of major depressive disorder.⁵ Meanwhile, subthreshold depression has also increased the risk of adverse outcomes such as drug abuse and dependence. In recent years, the incidence of subthreshold depression in adolescents has grown rapidly and as high as 36.56%.² There are adolescents with subthreshold depression who have not yet met the diagnostic criteria for depression, but subthreshold depression has caused a decline in their social function and has placed them at a higher risk of experiencing depressive episodes, which should be highly concerning.⁶ However, there are limited studies focus on investigating an effective and feasible way to help adolescents with subthreshold depression improve their psychological health.

Mindfulness, derived from Buddhist meditation, is described as a state of being purposeful and giving non-judgemental attention to the present moment. Its core elements are “the ability to focus on the present” and “keep a curious, open and receptive attitude”.⁷ Mindfulness intervention is a psychological treatment, which refers to a series of psychological training methods based on “mindfulness,” that can help individuals cultivate and enhance mindfulness. In the late 1970s, American psychologist Kabat-Zinn introduced and developed mindfulness-based stress reduction (MBSR) psychotherapy, which was praised as “the third wave of behavioral and cognitive therapy”.⁸ MBSR is a systematic non-drug psychological therapy that includes four basic mindfulness skills. Through mindfulness meditations, body awareness and yoga, MBSR can awaken inner mindfulness and improve self-regulation to help people relieve stress. At present, MBSR has been widely used in medical treatment and has become an important part of the biopsychosocial approach medical system to promote psychology and physical health.⁹ Studies have shown that MBSR can alleviate

anxiety and depression among cancer patients.^{10,11} A recent meta-analysis showed that yoga-based interventions, including mindfulness practice, had significant beneficial effects for pregnant women with mild depressive symptoms.¹² However, due to differences in cultural and religious beliefs and economic levels, whether MBSR is suitable for the Chinese adolescent population needs further investigation.

Mindfulness therapy includes formal and informal techniques. The traditional form of mindfulness-based stress reduction therapy is group intervention. Each group is limited to approximately 30 people with 8 practice times of 2 to 2.5 hrs each.¹³ However, due to time constraints or hard-to-grasp core skills, many people suspend or quit psychological treatment. For adolescents, due to their immature psychological adjustment mechanism, it is difficult for them to grasp the core of mindfulness skills related to meditation in a short amount of time.¹⁴ The best way to perform psychological intervention is to allow adolescents to apply the techniques to their life and integrate them into their life over time, thus improving their psychological health. Fewer studies have focused on the longitudinal effects of mindfulness skills on adolescents in China.¹⁵ Therefore, a tailored MBSR programme for adolescents with rigorous and well-controlled randomized trials is needed to further test the long-term effects of modified MBSR on the psychological health of adolescents.

This study was designed to evaluate the effects of a tailored simplified MBSR on the psychological health of adolescents with subthreshold depression, including depression levels, rumination and mindfulness levels, in a randomized controlled trial. We hypothesized that modified MBSR training would provide evidence for improving psychological health, thus decreasing depression and rumination levels and increasing mindfulness in Chinese adolescents with subthreshold depression.

Methods

Study Design

This study was a randomized controlled design with double-blind subjects. All participants were divided equally into the MBSR training group and the control group using the random number table by staff members who were independent from the study. All participants received the anonymous letters and they were blinded to their random assignment until the end of the session. When the study was completed, the control group received the same

intervention according to their own wishes. The intervention was conducted at the psychological interview room carried out by a qualified psychologist. The anonymous data were collected and analyzed by an assistant who was blinded to the group assignment and all the trials. The design of the entire study is illustrated in a flow diagram in Figure 1.

Sample And Setting

The sample-size estimation in this study was calculated by using the G*POWER version 3.1 program with a power ($1-\beta$) of 0.80 in the paired-samples *t*-test and a significance level of 0.05. Based on the related data,¹⁶ we established an effect size (*d*) of 0.796; consequently, the total sample size was 52 participants. Allowing for a 5–10% dropout rate, we recruited 56 students in September 2017. Participants were enrolled by putting up a poster on campus. We used two steps to recruit the participants. First, all of the interested students completed questionnaires (Beck depression inventory, BDI and self-rating depression scale, SDS). Participants who had a BDI>14 and an SDS>53 were defined as the preliminary screening group. Second, the structured clinical interview for DSM (SCID) was conducted among the preliminary screening group by a

psychologist to perform the second screening. The exclusion criteria were as follows: i) had recently suffered from major stress events; and/or ii) had major depressive disorder, bipolar disorder or other types of mental illnesses. A total of 291 students agreed to participate in the study, and in the end, the study included 56 participants who met the following inclusion criteria: i) volunteered for this study and agreed to obey the rules during the intervention and ii) had subthreshold symptoms of depression (as defined by the questionnaires and structured interviews). Participants who had participated in or were participating in similar interventions (such as yoga or meditation) were also excluded. All participants provided their written consent. The study was approved by the institutional review board at Harbin Medical University (Daqing) and this trial was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki.

Intervention

The MBSR Intervention Group

Participants allocated to the MBSR training groups received 8 weeks of modified MBSR training. Based on traditional MBSR theory, the intervention was tailored according to the characteristics of adolescents and emphasized teaching them to apply formal techniques such as body scanning, sitting meditation, and mindfulness yoga to

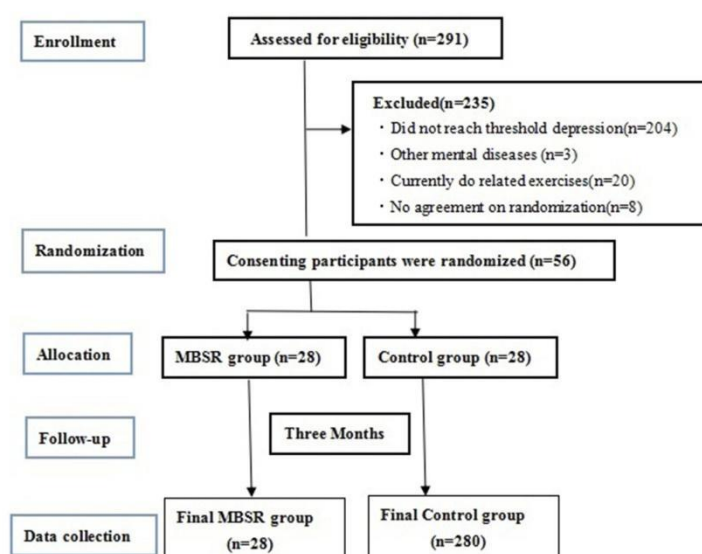


Figure 1 Study flow diagram: enrollment to analysis.

all aspects of the practitioner's life, including experiencing the pleasant/sad moments in life, walking, sleeping, eating, breathing and exercising to keep the attitude of "mindfulness". The intervention plan was designed and administered by a qualified psychological expert who has been involved in MBSR treatment for 5 years. Participants in the MBSR group were divided into 4 groups with 7 people per group. Each group received training sessions for 8 weeks, and the sessions occurred once a week for one hour at a time. Each session included 10 mins of free talk (feeling about homework), 15 mins of demonstration and explanation, 20 mins of practice and guidance, and 15 mins of group imitation training. Each session was followed by homework, which was available for the trainer to understand the practice situation of each person. Combined with daily activity, the themes of the intervention were derived from "eye", "ear", "nose", "tongue", "body" and "thinking". More details of each session are listed in Table 1.

The Control Group

Students in the control group continued with their lives as usual. No specific intervention was implemented in the control group. To avoid possible overlap (contamination) with components of the MBSR programme, the students in the control group who planned to attend related associations such as yoga clubs during the intervention period (8 weeks) were excluded. After completion of the study, each student in the control group was provided with the same MBSR course according to their own wishes.

Measures

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

The primary outcome was the severity of depressive symptoms assessed with the BDI-II. The scale was a well-validated and widely used measure of depression that assesses the frequency of depressive symptoms over the previous 2 weeks. It consists of 21 items that are rated on a 4-point scale, with scores ranging from 0 to 63, and cut-off points of 0–13, 14–19, 20–28 and 29–63, which represent no, mild, moderate and severe levels of depression, respectively. The scale has been used in the Chinese adolescent population, revealing good reliability and validity.¹⁷

Mindful Attention And Awareness Scale (MAAS)

Participants' self-reported mindfulness level was measured with the MAAS.¹⁸ The scale contains 15 items that assess the most important characteristics of mindfulness. Items

are rated on a 6-point scale and scored as (1) almost always to (6) almost never, with higher scores reflecting a greater mindfulness state. The scale has been tested among Chinese college students, revealing good internal consistency reliability ($\alpha=0.85$) and test-retest reliability ($r=0.54$).¹⁹

Ruminative Response Scale (RRS)

The RRS was compiled by Nolen-Hoeksema and assesses the response to depression. It consists of 22 items rated on a 4-point scale that are scored as (1) never to (4) very often, with scores that ranged from 22 to 88. Higher scores represent a greater level of rumination. It has 3 factors: symptom rumination, forced thinking and introspection. The Chinese version of the Perceived Stress Scale (CPSS) was translated by Han²⁰ and has been tested among Chinese college students, revealing good internal consistency reliability ($\alpha = 0.90$) and test-retest reliability ($r=0.68-0.85$).

Procedure

After approval from the institutional review board and ethics committee, we put up a poster on campus for recruitment. The modified 8-week MBSR intervention was carried out by a qualified psychologist. The questionnaires were delivered and collected by two staff members who were independent of our study. All students completed questionnaires at three points. The first point was the initial baseline orientation when the MBSR intervention started, the second point was the end of the 8-week intervention, and the last point was 3 months after the intervention.

Statistical Methods

All data analyses were performed using IBM SPSS 21.0 (version 21.0, IBM Corp., New York, NY, United States) with bilateral inspection by two dependence assistants. The continuous variables were assessed by means with standard deviations or medians with ranges. Baseline data were compared using a *t*-test or chi-square test between the two groups. A repeated-measures analysis of variance model was used to directly test the outcomes (depression, mindfulness and rumination) between the two groups. Statistical significance was set at $p<0.05$. A *p* value of less than or equal to 0.05 was considered statistically significant.

Table 1 The MBSR Intervention Group Session Details

Week-Time	Themes	Contents	Homework	Main Problems	Solutions
1-1	Approaching mindfulness and MBSR	1. Introduce each other and become familiar with each other; 2. Step into and cultivate mindfulness. 3. Introduce MBSR and the formal techniques.	Practice mindfulness breathing every day.	Absent-minded	Never mind the distractions at the beginning of the practice. Let it be.
2-2	Eye mindfulness	1. Explain the core of observing mindfulness and teach the skills to be mindfulness. 2. Teach how to focus on one's mind on the moment and without judgement	Pick one picture to observe with mindfulness and record your feelings.	Interrupted	No judgement and no anxiety. Do your best.
3-3	Ear mindfulness	1. Explain the meaning of sound mindfulness. 2. Lead the team for hearing training, feeling around sound through the waves lapping, distinguishing sound and so on to get physical and mental relaxation. 3. At the same time, learn how to experience the changes with the sounds.	Choose a gentle song to listen with mindfulness and record your feelings.	Sneak off	Trying to focus your mind on the present moment; if you cannot, let it be.
4-4	Nose mindfulness	1. Illustrate the basis of smell mindfulness and lead team members to train them how to use their nose to feel and comprehend the world. 2. Guide team members to communicate and discuss smell training.	Choose one kind of fruit and smell with mindfulness and record your feelings.	Giving up	Practice makes perfect. Believe in your heart.
5-5	Tongue mindfulness	1. Teach members how to apply mindfulness to drinking and eating. 2. Taste mineral water and an apple with 7 steps: hold, look, touch, smell, release, swallow and feel.	Mindfulness eating training with raisins. Imagine the food source and the process when eating and record your feelings.	Emotional instability	Do not rush. Stop when in a bad state. Take a break and bring breath to this moment and keep a peaceful mind.
6-6	Body mindfulness	1. Introduce body scan, which enriches the content of practice through the establishment of physical and psychological responses to stress 2. Teach appropriate yoga-based stretches, which include lying and standing postures.	1. Do body scan from head to toe. 2. According to one's own ability do mindfulness yoga.	Disturbed by trifles	Choose a set time to practice before sleep.

(Continued)

Table 1 (Continued).

Week-Time	Themes	Contents	Homework	Main Problems	Solutions
7-7	Positive thinking	1. Introduce sitting meditation and under the researchers' instruction, team members how to practice sitting meditation. 2. Put forward specific events and ask members how to think and handle the events. 3. Find out the problems and teach them how to handle things in a mindful way.	1. Do 2 hr sitting meditation 2. Try to think about one thing in your life with mindfulness and record your feelings in detail.	1. Tired 2. Cannot detect emotions during practice	Moderate principle to practice yoga as much as you can. Focus on the process, not on the outcome
8-8	Start a new mindfulness life	1. Do a summary of all the mindfulness skills and solve existing problems. 2. Meditation is a means to possess wellness were emphasize mindfulness. 3. Provide related resources to facilitate participants for further practice.	Encourage all participants to keep practising MBSR and mindfulness in their life and in the future.	How to cultivate mindfulness in daily life	Keep the cores of mindfulness in your heart; that is, focusing on the present moment without judgement.

Results

Sociodemographic And Clinical Characteristics Of Participants

The average age of the participants was 18.94 ± 1.31 years, with a range of 17–22 years. Table 2 displays the characteristics of the two groups.

Efficacy Of MBSR On BDI, MAAS, RRS

A repeated-measures analysis of variance model was conducted to examine changes across time between the intervention and comparison conditions on measures of BDI, MAAS, RRS. Table 3 reveals descriptive statistics with mean scores of pre-post measures and significance of the group, time and time-group interactions. The results revealed a significant interaction between time and condition for BDI ($F=17.721$, $p<0.001$, $\eta^2=0.577$), MAAS ($F=13.489$, $p<0.001$, $\eta^2=0.509$), and RRS ($F=81.566$, $p<0.001$, $\eta^2=0.863$).

Discussion

This study is the first RCT pilot study to apply tailored mindfulness-based stress reduction to mental health on subthreshold depression college students to evaluate the effects of MBSR on their psychological health. Specifically, the benefits of modified MBSR on participants have been tested, such as a decrease in depression and rumination level and an increase in mindfulness state. Although researchers have been studying subthreshold depression for decades, subthreshold depression is still not recognized enough due to the lack of clear and unified diagnostic criteria, and no authoritative academic institutions have issued clear epidemiological reports.²¹ There has been little research on SD in related academic fields in China.¹⁵ Influenced by Chinese cultural values, most people are reluctant to seek psychological counselling or clinical psychotherapy, even if they have clinical symptoms that lead to an increase in the prevalence of major depression in recent years.²² Studies have shown that the incidence of subthreshold depression among adolescents has reached 30–40%.²³ Although subthreshold depression does not meet the diagnosis of a clinical depressive episode, it affects the physical and mental health of individuals; thus, it is very necessary for early intervention.²⁴

Mindfulness skills have been systematically used in psychotherapy, and related guidelines have been recommended by NICE for the treatment of depression in the UK.²⁵ However, for Chinese adolescents, the related

Table 2 Comparison Of Demographic And Clinical Characteristics Of Two Groups (n=56)

	MBSR group (n=28)	Control group (n=28)	t or χ^2	P
Age(mean±SD)	19.14±1.27	18.68±1.30	1.369 ^a	0.182
Grade			2.311 ^b	0.315
Freshman	16	20		
Sophomore	10	5		
Junior	2	3		
Residence			0.350 ^b	0.554
Country	21	19		
Rural	7	9		
Gender			0.292 ^b	0.589
Female	17	15		
Male	11	13		
Only-Child or not			1.191 ^b	0.275
Yes	22	25		
No	6	3		

Notes: ^aPresent t-test; ^bPresent χ^2 test.**Table 3** Comparison Of Two Groups On BDI, MASS And RRS

Measure	MBSR (n=28)			Control Group (n=28)			F	P	Effect Size (η ²)
	Pre Post 3 Months Mean(SD)			Pre Post 3 Months Mean(SD)					
BDI	17.00 (2.26)	14.75 (2.14)	13.43 (2.38)	16.75 (2.29)	15.93 (2.42)	16.11 (2.22)			
Time effect							44.396	0.00	0.774
Time and group effect							17.721	0.00	0.577
Group effect							5.764	0.024	0.176
MASS	51.00 (6.04)	54.53 (4.70)	56.96 (5.04)	47.18 (6.72)	47.21 (6.45)	48.96 (5.81)			
Time effect							39.080	0.00	0.75
Time and group effect							13.489	0.00	0.509
Group effect							15.006	0.01	0.357
RRS total score	49.89 (8.23)	44.14 (7.66)	41.35 (7.01)	49.11 (7.31)	48.96 (6.47)	50.04 (6.35)			
Time effect							28.277	0.00	0.685
Time and group effect							81.566	0.00	0.863
Group effect							4.585	0.041	0.145

systematic and professional psychological counselling was difficult for them to grasp in a short period of time. In this study, we designed an eight-week simplified MBSR programme according to adolescent characteristics to examine

its effects on college students with subthreshold depression. After intervention, the results revealed that the level of mindfulness in the MBSR group increased with a mean of (51.00 ± 6.04) points, and the levels of depression increased with a mean of (54.55 ± 4.70) points. The effect sizes were significant and lasted for three months. Compared with traditional MBSR trials, the tailored MBSR combined mindfulness skills with daily life, and we summarized the main problems and provided related solutions during intervention, which were more easily accepted by students and more easily accepted for mindfulness cultivation. Previous studies have reported that when people engage in 2 hr or 2.5 hr mindfulness training, it is difficult for them to be clear and focused, and they always experience problems such as feeling sleepy, tired or disturbed.²⁶ Thus, in our study, we decreased the training time and modified the form to establish a tailored MBSR intervention to ensure feasibility. Through listening, observing, eating and smelling mindfully, participants could deal with emotions peacefully and keep a friendly attitude towards themselves, respecting their own abilities without judgement or competition. We aim to let participants grasp basic mindfulness skills through practice and gradually cultivate mindfulness into their lives. The efficacy of MBSR on depression level may be related to mindfulness training. Studies have revealed that mindfulness helps people avoid the reaction of psychological distress, which fundamentally improves their perceptions of negative events and states.²⁷ The core of mindfulness is to focus on the moment without any judgements. Mindfulness training helps individuals to consciously select and recognize thoughts, emotions and feelings but does not produce habitual reactions, which can enhance their ability to regulate emotions, thus gradually eliminating the process of automatic evaluation of negative emotions, which decrease the depression level.²⁸ Increased responsiveness and activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and sympathetic-adrenal-medullary (SAM) system have been associated with higher levels of stress, depression and anxiety; studies hypothesize that mindfulness techniques dampen the hyperactivity of these systems, which in turn reduces the stress levels.²⁹

This study strengthens the finding of previous studies that mindfulness is an important mechanism for inhibiting rumination and preventing symptoms of depression.³⁰ Rumination is a repeated focus on our own way of thinking of negative emotions and events that impair psychological health.³¹ The results revealed that adolescents with

subthreshold depression had a high level of rumination. After 8 weeks of MBSR intervention, the rumination level decreased significantly, and this effect lasted for 3 months. Mindfulness is the conscious effort of an individual to maintain attention in the present moment and makes no judgement about it.³² Participants in the intervention group were provided with effective mindfulness skills to reduce habitual thinking and over-thinking. Through mindfulness training, our brain's daily thinking mode changes from "action mode" to "existence mode". Action mode is the inevitable product of the brain's automatic thinking. When automatic thinking becomes a habit, our consciousness will be preoccupied not with the present but with memories of the past, problems of the present, and anxieties of the future. The existence mode is a new solution to automatic thinking. It suggests that instead of being trapped in automatic thinking, subjects should focus their consciousness on the present experience and reduce the focus on oneself, which is helpful to relax the body and mind.³³ Previous studies have shown that mindfulness training reduced rumination in individuals. Teasdale et al believed that mindfulness training could relieve cognitive interlock when rumination takes place.³⁴ That is, when dealing with stress, individuals will automatically have a non-adaptive response and pay more attention to the present moment through mindfulness training, thereby promoting the transfer of attention from rumination.

Strengths & Limitations

In our research, we combined mindfulness skills with daily life based on the characteristics of adolescents, implemented them in short-term form, considered the feasibility and scientific nature, and preliminarily applied the tailored MBSR to adolescents with subthreshold depression in China. The results showed that the intervention had a positive effect on their psychological health, including alleviating symptoms of depression, decreasing rumination and cultivating mindfulness. The intervention was convenient and had a relatively long effectiveness that lasted for 3 months. Although we use double-blind in the RCT, due to the limitation of source and conditions, our study was limited by a modest sample size. Future studies should add to the sample size to confirm the effects. For future work, the intervention should be combined with other adjunctive or complementary and alternative therapies e.g. probiotic supplementation, which has been shown to alleviate depressive symptoms.³⁵ Moreover, due to limited time, the follow-up period of this study was 3 months. In our

future study, we will extend the observation time to test the long-term sustainability of the positive effects.

Conclusions

The results from this randomized controlled trial showed that modified MBSR was effective in cultivating mindfulness and reducing depressive symptom levels and rumination in adolescents with subthreshold depression. This approach is a simple and feasible intervention that promotes the psychological health of adolescent populations suffering from subthreshold depression.

Ethical Approval And Consent To Participate

The University of Institutional review board approved this study (No.2017-10) and informed consent was obtained from every participant.

Consent For Publication

Informed consent for the publication of these have been obtained from all participants. All the students have signed for agreement. The parent or legal guardian provided written informed consent for any participant under the age of 18 years.

Data Sharing Statement

The data used to support the findings of this study are available from the corresponding author upon request.

Acknowledgments

The authors were grateful for all the participants in this study for their cooperation and all the clinical staff for providing the intervention place and the assistance with data collection. This work was supported by the grant of Science Foundation of Ministry of Education of China [No.17YJCZH241] and the Fundamental Research Funds for the Provincial Universities [No.2018wld-02]. Jia-Yuan Zhang and Xiang-Zi Ji are co-first authors.

Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

References

- Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increase suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;6:670–677. doi:10.1111/jcpp.12016
- Tan X, Zhang J, Yang QL. TCM psychological intervention for subthreshold depression and its mechanism. *Chin Gen Pract*. 2013;6:2649–2651.
- Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RM, et al. Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry*. 1995;152(6):843–849. doi:10.1176/ajp.152.6.843
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, et al. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):66–72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fogel J, Eaton WW, Ford DE. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:36e43. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00654.x
- Guberman C, Manassis K. Symptomatology and family functioning in children and adolescents with comorbid anxiety and depression. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:186–195.
- Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom*. 2016;85:99–110. doi:10.1159/000442260
- Kabat-Zinn J. Bringing mindfulness to medicine: an interview with Jon kabat-zinn, PhD. Interview by Carolyn gazelle. *Adv Mind Body Med*. 2005;21:22–27.
- MacCoon DG, Imel ZE, Rosenkranz MA, et al. The validation of an active control intervention for mindfulness based stress reduction (MBSR). *Behav Res Ther*. 2012;50:3–12. doi:10.1016/j.brat.2011.10.011
- Zhang JY, Zhou YQ, Feng ZW, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychol Health Med*. 2017;1:94–109. doi:10.1080/13548506.2016.1146405
- Alsubaiea M, Abbott R, Dunn B, et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;55:74–91. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.008
- Ng QX, Venkatanarayanan N, Loke W, et al. A meta-analysis of the effectiveness of yoga-based interventions for maternal depression during pregnancy. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;34:8–12. doi:10.1016/j.ctcp.2018.10.016
- Labelle LE, Campbell TS, Carlson LE. Mindfulness-based stress reduction in oncology: evaluating mindfulness and rumination as mediators of change in depressive symptoms. *Mindfulness*. 2010;1(1):28–40. doi:10.1007/s12671-010-0005-6
- Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Soldatos CR. Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community Ment Health J*. 2010;46:289–295. doi:10.1007/s10597-010-9296-2
- Liu AL, Liu XM. Causes of college students subthreshold depression and comprehensive intervention research. *J Hubei Normal Univ*. 2016;36:107–110.
- Zainal NZ, Booth S, Huppert FA. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychol Oncol*. 2013;22:1457–1465. doi:10.1002/pon.3171
- Yang WH, Wu DJ, Peng F. Application of Chinese Version of beck depression inventory-II to Chinese first-year college students. *Chin J Clin Psychol*. 2012;6:762–764.
- Brown RA, Ryan RM. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11:242–248. doi:10.1093/clipsy.bph078
- Deng YQ, Li S, Tang YY, Zhu LH, Richard R, Kirk B. Psychometric properties of the Chinese translation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Mindfulness*. 2012;3:10–14. doi:10.1007/s12671-011-0074-1
- Han X, Yang HF. Chinese version of Nolen-Hoeksema Ruminative Responses Scale (RRS). *Chin J Clin Psychol*. 2009;5:78–92.

21. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:703–710. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a56606
22. Ren ZH, Li XY, Zhao LB. The effects of internet cognitive-behavioral therapy on depression and Mechanism. *Acta Psychologica Sinica*. 2016;48:818–832. doi:10.3724/SP.J.1041.2016.00818
23. Liu HN, Zeng WX, Li XW, et al. Impacts of attentional training on attention bias of sub-clinical depressed undergraduates. *Chin J Behav Med Brain Sc*. 2016;25:60–66.
24. Costello DM, Swendsen J, Rose JS, Dierker LC. Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:173–183. doi:10.1037/0022-006X.76.2.173
25. Yu QY, Zhang HZ. On analysis of the psychotherapy based on mindfulness meditation. *Med Philos*. 2013;31:P49–P51.
26. Wu Q, Shi L, Xia ZP, et al. A comparison of intervention effects of three mindfulness training modes on depressed students. *Chin J Clin Psychol*. 2013;4:685–687.
27. Van Aalderen JR, Donders AR, Giommi F, et al. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2012;5:989–1001. doi:10.1017/S0033291711002054
28. Tang HB, Luo HJ, Zhang XL, et al. Mechanism of mindfulness training in the intervention in rumination. *Chin J Clin Psychol*. 2012;6:451–453.
29. Taren AA, Gianaros PJ, Greco CM, et al. Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. *Soc Cognit Affective Neurosci*. 2015;10(12):1758–1768. doi:10.1093/scan/nsv066
30. Aker M, Harmer C, Landr NI. More rumination and less effective emotion regulation in previously depressed women with preserved executive functions. *BMC Psychiatry*. 2014;14:334. doi:10.1186/s12888-014-0334-4
31. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognit Ther Res*. 2003;3:247–259. doi:10.1023/A:1023910315561
32. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol*. 2004;11(3):230–241.
33. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008;5:400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
34. Teasdale JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behav Res Ther*. 1999;S1:53–77. doi:10.1016/S0005-7967(99)00050-9
35. Ng QX, Peters C, Ho CYX, et al. A meta-analysis of the use of probiotics to alleviate depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2018;1(228):13–19. doi:10.1016/j.jad.2017.11.063

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

Publish your work in this journal

Neuropsychiatric Disease and Treatment is an international, peer-reviewed journal of clinical therapeutics and pharmacology focusing on concise rapid reporting of clinical or pre-clinical studies on a range of neuropsychiatric and neurological disorders. This journal is indexed on PubMed Central, the 'PsycINFO' database and CAS, and

is the official journal of The International Neuropsychiatric Association (INA). The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

Submit your manuscript here: <https://www.dovepress.com/neuropsychiatric-disease-and-treatment-journal>

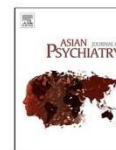
JURNAL 5

Asian Journal of Psychiatry 39 (2019) 58–62



Contents lists available at ScienceDirect

Asian Journal of Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ajp

Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation



Saurabh Raj^a, Swati Akshay Sachdeva^b, Rubina Jha^c, Shivantika Sharad^d, Tushar Singh^{e,*}, Yogesh Kumar Arya^e, Sunil K. Verma^{d,*}

^a Department of Psychology, R.D.S. College, B.R.A Bihar University, Muzaffarpur, India

^b Department of Sociology, Sikkim University, India

^c Freelancer Counselor and School Teacher, Holy Cross Public School Sikkim, India

^d Vivekananda College, University of Delhi, India

^e Department of Psychology, Banaras Hindu University, India

ABSTRACT

Suicide and depression are among the most alarming phenomena prevalent throughout the world. Various approaches have tried to explain the intricacies in depression and suicide, as a consequence of faulty psychological adjustment of the individual. Several therapeutic approaches have been developed to strengthen one's coping process, among which cognitive behaviour therapy has shown promising results. Also, mindfulness-based approaches to cognitive behavioural therapy have further accelerated the well-being of such individuals. This study was conducted with an aim to see the effect of mindfulness-based cognitive behaviour therapy on life satisfaction and life orientation in adolescents with depression and suicidal behaviour. A sample of 30 adolescents who scored high on scales of depression and suicidal tendencies were administered pre-test measures on life satisfaction and life orientation. After that they were exposed to an eight weeks programme on mindfulness-based cognitive behaviour therapy, followed by a post-assessment on the same measures. The analysis of pre and post test revealed a significant enhancement in life satisfaction, life orientation, and family functioning as well as a reduction in depressive symptoms and suicidal ideation. It is concluded that mindfulness-based cognitive behaviour therapy serves as an effective medium to enhance the psychological functioning of depressive and suicidal adolescents.

1. Introduction

It is estimated that about one-third of all people have suicidal ideation at some time during their lifetime. The prevalence of adolescent depression and suicidal ideation in the general population is quite substantial, and it has been associated with impairment in psychosocial functioning at school, with friends and family, often with potentially dangerous long-term consequences (Bansal et al., 2009; Rao et al., 2010). There are many types of treatment for depressed, high on suicidal risk adolescents including psychodynamic/psychoanalytic psychotherapy, cognitive behavioural therapy, family therapy, group therapy, and pharmacotherapy. Many of these treatments are widely used in clinical practice despite the fact that they lack sufficient evidence for their efficacy with adolescents (Klomek et al., 2007). Studies have also shown that the majority of adolescents treated with psychotherapeutic interventions still had impairment in the key areas of their lives (Emslie et al., 2003). Thus, research has consistently suggested the need for implementation of programmes that enhance health and emotional well-being, and foster the use of adaptive coping skills

to reduce the use of nonproductive coping skills. Mindfulness-based therapies are emerging to be an effective alternative for serving these issues. Various studies also have shown their effectiveness regarding the outcomes reflecting increased self-awareness and self-reflection, as well as increased emotional and social functioning (Brown and Ryan, 2003; Schoeberlein and Koffer, 2005; Singh et al., 2007; Burke, 2009; Semple et al., 2010).

Quality of life can be defined as an individual's perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which they live and about their goals, expectations, standards, and concerns (WHOQOL Group, 1998). Quality of life is a multifaceted concept involving a variety of factors. Campbell et al. (1976) identified various factors that can influence the degree of satisfaction in life including marriage, family life, health, neighborhood, friendship, housework, work or lack of it, life in the country of habitation, the standard of living, level of education etc. The WHO definition of quality of life also incorporates aspects of physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal belief, and an individual's relationship to salient features of a person's environment.

* Corresponding authors.

E-mail addresses: tusharsinghalld@gmail.com (T. Singh), verma.sunil77@gmail.com (S.K. Verma).

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>

Received 7 December 2018; Accepted 7 December 2018
1876-2018/ © 2018 Elsevier B.V. All rights reserved.

Although there is no definitive consensus on the concept of quality of life, all the proposed models significantly stress the subjective dimension of it, that is, the way an individual perceives his or her life to be (Berlim and Fleck, 2007).

There have been previous studies which have illustrated the efficacy of Mindfulness-based Cognitive behaviour Therapy in the prevention of relapse in depression, like the work of Teasdale et al. (2000, 2002); Teasdale et al., 2000. However, most of the studies focused on the application of Mindfulness-based Cognitive behaviour Therapy on the adult population. Although mindfulness-based approaches have been shown to have a robust set of interventions to offer that can be offered in the child and adolescent area, the research is insufficient, especially in the Indian context. It also has been noted that in case of investigations conducted in child and adolescent settings, most of the times mindfulness has been taken as the one part of a wider treatment approach, making it difficult to ascertain the relative contribution of mindfulness (Thompson and Gauntlett-Gilbert, 2008). Also, there is a dearth of empirical data to support the actual impact and effects of Mindfulness-based Cognitive behaviour Therapy on measures that make this integrated treatment efficacious. It is known that some mechanisms that may explain how mindfulness skills lead to symptom reduction and behaviour change include acceptance, exposure, and reduction of experiential avoidance; cognitive change concerning non-judgmental observation and cognitive flexibility; relaxation; and self-management or development of coping skills. Insufficient work has been done to examine the effects of mindfulness skills on these mechanisms of awareness, acceptance, and cognitive flexibility. In India, research on mindfulness-based cognitive behaviour therapy is in its initial stages with limited work looking into these mechanisms. It was found essential to investigate the impact of Mindfulness-based Cognitive behaviour Therapy on these mechanisms in a clinical sample for which the treatment is intended. In this context, the present study examines the effects of Mindfulness-based Cognitive behaviour Therapy on mindfulness skills and quality of life in adolescents with suicidal behaviour.

2. Method

2.1. Participants

The present research was conducted on participants from the state capital (Gangtok) of Sikkim (a state in the North-eastern part of India with an alarmingly high rate of suicide amongst youth population). Participants were recruited from five schools having a school counselor/counseling centre. A total of 175 adolescents, who were frequent visitors of their school center/counselor, were contacted and administered the Beck's Depression Inventory and the Modified Scale for Suicidal Ideation. Out of these 175 those adolescents who scored within the range of 9 to 29 on Beck's Depression Inventory and above 9 on the Modified Scale for Suicidal Ideation were selected for the present study. While selecting the samples, individuals with any known neurological problems, psychotic features, drug dependence, and major physical illnesses were also excluded. The final sample for the study consisted of 30 adolescents diagnosed with depression and suicidal ideation. The selected adolescents were oriented about the study by their respective counselors as well as by the research team members and only those students who gave consent for voluntary participation were finally recruited for the study.

2.2. Measures used

2.2.1. The Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI)

The MSSI is an 18 item scale that contains 13 items from the original SSI and 5 additional items. Each item is rated on a 0–3 point scale and the ratings are summed to yield a total score ranging from 0 to 54. 0–8 = Low Suicidal Ideation; 9–20 = Mild-Moderate Suicidal Ideation;

21+ = Severe Suicidal Ideation. Criteria for serious suicidal ideation is met if MSSI total score exceeds 20, item 3 (desire to make active attempt) > 1, item (intensity) > 1 and item 15 (method specificity) > 1 are satisfied.

2.2.2. Beck's Depression Inventory (BDI)

This was developed by Beck et al., (1961). It has high reliability and validity and consists of 21 clinically derived categories of depression. Numerical values from 0 to 3 are assigned to each statement. This scale has been widely used in the Indian clinical set-up (Basker et al., 2007).

2.2.3. Satisfaction with life scale

This is a 5-item scale designed to measure global cognitive judgments of one's life satisfaction (not a measure of either positive or negative affect), developed by Schwartz et al. (2002). Participants indicate how much they agree or disagree with each of the 5 items using a 7-point scale that ranges from strongly agree to strongly disagree.

2.2.4. Revised Life Orientation Test (LOT-R)

This scale was developed by Schier et al. (1994). It has a total of 10 items (2, 5, 6 and 8) on a 5 point scale. 4 items out of the 10 are filler items only and are not scored as part of the revised scale.

2.3. Intervention protocol for mindfulness based cognitive therapy

The intervention protocol for mindfulness based cognitive therapy was based on the recommendations of Segal et al. (2002). The intervention procedure spanned over the period of 16 weeks (i.e. from January 2017 to April 2017) and consisted of a maximum of 12 sessions for a particular group. Sessions were taken once a week and lasted about 45 min to an hour. The first half of the programme emphasized bringing individuals' attention to their "internal" experiences and helped them realizing the changes in this process. In the second half emphasis was on the application of mindfulness practices in dealing with the life challenges. The complete intervention protocol centered around eight themes as discussed below:

- a) *Automatic Pilot*: In this session the emphasis is on building a supportive environment for the intervention and to help the individual in recognizing the automatic pilot tendency and its effects on our lives. Emphasis is laid on bringing attention deliberately to an everyday object (an almond) and to recognize how it changes the nature of the experiences related to this object.
- b) *Dealing with the Barriers*: This session is centered on the idea of exploring the individuals' experience of body scan. The participants learn to focus their attention on their own body and begin to realize the conversation of the mind. They understand that how these mind conversations control our reactions and cognitions of day to day events. This session also introduces a thoughts and feelings exercise (based on CBT) to help individuals understand that it is not the situation but their own interpretation of the situation that determines their feeling.
- c) *Mindfulness of the Breath and the Body in the Moment*: An introduction to mindfulness movement and to mindfulness of the breath is introduced in this session. After the completion of two weeks body scan practice, this session help participants to establish their body which is in consistency with their own experiences.
- d) *Staying Present*: This session emphasizes the fact that automatic pilot mode results in reactive patterns which results in the mind clinging on some things and avoiding others leading it to be in the most scattered state. Thus in this session the participants are taught to develop awareness about the ways in which difficult situations and experiences can be dealt with more effectively.
- e) *Acceptance and Allowing*: This session's emphasis is on helping individuals understand the notions of acceptance and allowing. They are guided to recognize the patterns of reaction (as contrasted with

responding) to their experiences. They are trained to be non-judgmental and to sense things as they are. This creates a new way of relating to experiences.

- f) *Thoughts are not Facts*: In this session individuals are helped to learn that they have free choices to act with or engage with their thoughts. They are informed that it is not always necessary that one always act according to or take their thoughts personally. They are made to realize that negative moods and its resultant thoughts often become the “lens” through which they see and interpret their experiences. They are further trained to avoid this tendency.
- g) *How can one best take care of oneself*: This session helps the participants to recognize the ways in which their activities affect their mood and their well-being. This session tries to make them aware of the different choices about how they respond to their day to day activities and spend their time. Participants are made aware that the fatigue that results from depression is entirely different from normal fatigue and that participants need to be more active for a short time to deal with depression related fatigue rather than taking a rest. Participants, in this session, also learn to apply their increased awareness and judgment to identify and create a “map” about their depressive episodes and its distinct pattern.
- h) *Using what has been learnt to deal with future moods*: In these sessions the prime importance is to support participants to link their mindfulness practice to the positive changes they might be experiencing within themselves. The termination process also begins during this session.

2.4. Procedure

The participants in the study were assessed on the following variables to get the baseline measures: The Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI), BDI, Satisfaction with Life Scale, and Life Orientation Scale. Participants were provided with the “Mindfulness based cognitive behaviour Therapy” sessions by a trained Clinical Psychologist in Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness with a license from Rehabilitation Council of India. The therapeutic sessions consisted of 12 sessions including assessments in the first and the last session. The remaining 10 sessions included Mindfulness and CBT techniques that included specific techniques such as psycho education directed at developing understanding and acceptance of the disorder as well as mindfulness training through the practice of different variants of mindfulness meditation. Initial sessions focused on understanding and acceptance of the disorder and mindfulness practice with various variants of mindfulness meditation such as body scan meditation, sitting meditation, and mindful walking. The intervention was carried out in a Clinic’s boardroom which had a quiet atmosphere and was situated at a similar distance from each of the schools. Out of 30 participants, 28 adolescents attended all the 12 sessions regularly. One adolescent missed the 4th and 6th sessions and another missed the 4th session due to unavoidable circumstances. After the terminal session, all the participants were reassessed on the variables mentioned above.

3. Results

3.1. Analysis of socio demographic data

The mean age of the respondents was 14 years ranging from 12 to 17 years. 50% respondents were male and 50% respondents were female. Out of 30 students, 53% belonged to 12th standard, followed by 23% from 10th standard, 13% from 11th class, 6.7% from the 8th class, and 3.3% students from 9th class.

Table 1 shows the comparison between pre and post scores on various measures used in this study. The paired “t” test was used to see the significant differences between the pre and post assessment, which has come out to be significant (0.001 level). Results show that scores on satisfaction with life scale and life orientation scale have increased in

Table 1

Comparison between pre and post intervention scores of Life Satisfaction, Life Orientation, Depression and Suicidal Ideation.

VARIABLE	Pre-test Score		Post-test Score		t _(1, 28)
	Mean	SD	Mean	SD	
Life Satisfaction	11.85	1.03	31.86	2.06	28.15***
Life Orientation	7.59	1.08	21.40	1.52	39.87***
Depression	29.55	4.70	15.53	2.74	22.78***
Suicidal Ideation	19.23	1.19	6.73	0.89	44.81***

*** $P < 0.001$.

the post-test, while scores of Beck’s Depression Inventory and the Modified Scale for Suicidal Ideation have decreased in the post-test.

3.2. Effect of Gender and Intervention on Life Satisfaction, Life Orientation, Depression and Suicidal Ideation

In order to ascertain if there is any interaction between gender and intervention on life satisfaction, life orientation, depression and suicidal ideation a 2 (gender) x2 (intervention; repeated) factorial ANOVA was calculated. Results revealed a significant main effect of the intervention on all the variables. However, the main effect of gender and the interaction between gender and intervention was not found significant. Since the effects of the intervention on all the variables are clearly demonstrated by the paired ‘t’ test results presented in table 1 and the main effect of gender is not significant, only results related to the interaction between gender and intervention are presented in Table 2 below.

Table 2 present the interaction of gender and intervention on life satisfaction, life orientation, depression and suicidal ideation. The results presented in this table indicate that no significant effect was found on any variables under study.

4. Discussion

A growing body of research suggests that mindfulness-based psychosocial interventions are effective for a broad range of mental and physical health disorders in adult populations (e.g., Baer, 2003; Brown et al., 2007; Hoge et al., 2013; McCay et al., 2016). Little is known about the effects of such interventions for adolescents. Most systematic reviews and meta-analyses indicate the effectiveness of mindfulness-based interventions, like Gotlink et al. (2015), revealed the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for conditions like cancer, cardiovascular disease, chronic pain, depression, and anxiety disorders. Another meta-analytic review by Hofmann et al. (2010) concluded that mindfulness-based therapy (MBT) is an effective intervention for treating anxiety and mood problems in clinical populations. Crowe et al. (2016) reviewed studies that explored the effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) techniques in improving physical health outcomes for long-term physical conditions and concluded that most of the studies reviewed have demonstrated improvements in psychological

Table 2

Interaction of gender and intervention on Life Satisfaction, Life Orientation, Depression and Suicidal Ideation.

VARIABLE	Pre-test Score		Post-test Score		F _(1, 28)
	Male	Female	Male	Female	
Life Satisfaction	12.00	11.73	31.86	30.98	0.034
Life Orientation	7.58	7.60	21.40	21.68	0.001
Depression	54.08	53.13	25.53	25.08	0.144
Suicide	19.08	19.40	6.73	6.31	0.321

symptoms post MBSR training. All these reviews also indicate that the sample used for studying efficacy of MBT was largely drawn from adult clinical population.

The current study aimed at assessing the efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy with adolescents having suicidal ideation and depression. The effectiveness of Mindfulness based Cognitive Behavior Therapy was evaluated on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal tendencies. The study was comprised of 30 adolescent participants meeting the inclusion criteria through purposive sampling. It excluded comorbidities with psychotic illness, mental retardation, history of major medical or neurological disorders, or history of psychotherapy in the past six months. The participants received Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy which spanned over a period of eight weeks and consisted of sixteen sessions. The techniques used were an amalgamation of cognitive behaviour therapy and mindfulness techniques. The fundamental techniques included psychoeducation about depressive symptoms and the connections between thoughts, moods, and behaviours, emotion regulation skills, mindfulness exercises, and the application of the understandings that emerge through the mindfulness practices to life challenges.

The study employed a pretest-posttest design to evaluate the outcome of the intervention. The effect of the intervention on suicidal ideation can be seen in Table 1. Significant differences were found between pre and post assessment scores, depicting a high level of improvement through the therapeutic intervention. The results indicated an increased awareness of self, understanding of faulty cognitions, and active involvement in changing those cognitions through the process that enables the reduction of negative thoughts which in turn helps in reducing suicidal ideation.

The severity of depression was assessed using the BDI. Assessments done at baseline revealed that the severity of depressive symptoms was more or less similar with no significant difference between the male and female groups. Groups were further compared with the reduction of scores from baseline to eight weeks. Results indicated that there was a significant decrease in mean scores of depression in both groups. Thus, it is clearly evident from the findings that the intervention was successful in reducing distress, and hopelessness (we have not used any measure of biological functioning or helplessness). Previous studies have also reported that when Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy has been conducted on the depressed patients in remission, patients have shown significant improvement in the rate of depressive relapse/recurrence along with the improved quality of life (E.g., Teasdale et al., 2000, Ma and Teasdale, 2004). Kuyken et al. (2008) also had compared Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy to the intake of antidepressant medications in the prevention of relapse in depression. There were no significant differences in the relapse rates between the two treatment conditions, but it was noted that participants in the Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy group reported significantly fewer residual symptoms and also had a significantly better quality of life, and less co morbid conditions, thus establishing the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy in reducing the severity of residual depressive symptoms and also in improving the quality of life. These findings are consistent with the previous findings (Biegel et al., 2009) which indicated that mindfulness based interventions are well tolerated by adolescents with various mental health problems (Chiesa and Serretti, 2011), including depression, and leads to the reduction in self-reported psychological symptoms. Contrary pieces of evidence in this context have also been reported. It has been suggested that for treatment of acute depressive symptom Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy may be ineffective (Godfrin and van Heeringen, 2010).

Studies in a similar context conducted on the samples of the undergraduate student also have shown a significant correlation between the self-reported mindfulness and psychological health (Brown and Ryan, 2003; Baer et al., 2006). Along with these findings, a review

conducted by Keng et al. (2011) suggested that mindfulness brings about improved psychological health through bringing about various positive psychological effects, including increased subjective well-being, reduced psychological symptoms and emotional reactivity, and improved behavioural regulation.

The present study also aimed at exploring the impact of Mindfulness Based Cognitive Behavioural therapy on the enhancement of life satisfaction and life orientation of adolescents with suicidal ideation and depression. In baseline assessment, male life satisfaction score (on Satisfaction with Life Scale) was slightly higher than the female group. Mindfulness based cognitive behaviour therapy was given to both groups. The post assessment results show significant enhancement in life satisfaction level for both males and females (Table 1). This result indicates that mindfulness based cognitive behavior therapy leads to an increase in the life satisfaction level. The results also indicate similar baseline for male and female groups on life orientation and significant improvement in optimism score taken at the end of intervention for both male and female groups. This provides for the constructive impact of the mindfulness based cognitive behaviour therapy on depression and suicidal ideation among adolescents.

Many studies have linked depression with life satisfaction (e.g. Chiesa and Serretti, 2011). Depression excludes the experience of positive well being also, and it is associated with impairment and disabilities in role functioning (Reed et al., 2009). Thus, by reducing psychological well being, impairing role functioning, and depriving patients of social as well as marital support, depression may lead to decreased life satisfaction as compared with the general population (Angermeyer et al., 2002). The depressive disorder has significant negative consequences regarding excessive mortality, disability, and secondary morbidity (Ebmeier et al., 2006). Depression has residual effects as well. A study conducted by Angermeyer et al., (2002) was aimed at assessing this aspect of depression, that is, the quality of life after the depressive episode had subsided. Although there was improvement in the quality of life of patients shortly after the discharge from hospital, and it was better than that of patients with persisting depression, it was slightly worse than that of general population, even after the re assessment after six months especially in the areas: level of independence, spirituality/ religion/ personal beliefs, and physical health. Findings also suggested a close association between changes of the severity of the depressive disorder and life satisfaction, particularly in psychological domain. Similar results were also reported by the study conducted by De Lisio (1986) who reported substantial changes in work performance in people who were suffering from depression. Also, even one year later assessment of same patients revealed deficits in leisure and social activities. Thus reduction in depression and suicidal ideation through mindfulness based intervention could have accounted for increased life satisfaction.

5. Summary and conclusion

To summarize, this study aimed at observing the effectiveness of mindfulness based cognitive behaviour therapy and at exploring the potential usefulness of mindfulness techniques for treatment of adolescents diagnosed of with depression and suicidal ideation. Adolescent participants in therapy readily engaged in exploring mindfulness using various senses to enhance their daily experiences. Changes over the suicidal ideation and depression measures in post assessments also indicate the effectiveness of mindfulness based cognitive behaviour therapy. The study was also aimed at assessing the effectiveness of mindfulness based cognitive behaviour therapy in enhancing life satisfaction and life orientation. Change in participations' scores in post assessments has shown that mindfulness based cognitive behaviour therapy is effective in teaching the mindfulness skills and improving the condition of the person. Thus, the clinical observations supported that mindfulness training may hold promise as a treatment component of depression as well as may provide essential life skill training.

Financial disclosure

We, the authors of the Manuscript entitled “Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy on Life Satisfaction, Life Orientation and Family Functioning of Adolescents with Depression and Suicidal Behavior” declare that the research work reported in this manuscript was undertaken with our own finance and we did not received any financial help from any individual/agency.

Acknowledgment

We gratefully acknowledge the help provided by Dr. Pankaj Bharti, Assistant Professor, Entrepreneur Development Institute of India, Ahmadabad for reviewing this manuscript and providing valuable comments to improve it. We also gratefully acknowledge the help of two anonymous reviewers for their valuable review and useful comments.

References

- Angermeyer, A., Holzinger, A., Matsinger, H., Stengler-Wenzke, K., 2002. Depression and quality of life. *Int. J. Soc. Psychiatry* 48, 189–199.
- Baer, R.A., 2003. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 10, 125–143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L., 2006. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13, 27–45.
- Bansal, V., Goyal, S., Srivastava, K., 2009. Study of prevalence of depression in adolescent students of public school. *Ind. Psychiatry J.* 18, 43–46.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 561–571.
- Berlim, M., Fleck, M., 2007. Quality of life and major depression: current findings and future perspectives. In: Ritsner, M. (Ed.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment*. Springer Publications, The Netherlands.
- Biegel, G.M., Brown, K.W., Shapiro, S.L., Schubert, C.M., 2009. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 77, 855–866. <https://doi.org/10.1037/a0016241>.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., 2003. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 84, 822–848.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., Creswell, J.D., 2007. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol. Inq.* 18, 211–237.
- Burke, C.A., 2009. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emerging field. *J. Child Fam. Stud.* 19, 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x>.
- Campbell, A., Philip, E., Converse, P.E., 1976. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. Russell Sage, New York.
- Chiesa, A., Serretti, A., 2011. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 187, 441–453.
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., Harris, S., 2016. Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: a systematic review. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 50, 21–32.
- De Liso, G., 1986. Impairment of work and leisure in depressed outpatients: a preliminary communication. *J. Affect. Disord.* 10, 79–84.
- Ebmeier, K., Donaghey, C., Steele, J., 2006. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 367, 153–167.
- Godfrin, K.A., van Heeringen, C., 2010. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behav. Res. Ther.* 48 (8), 738–746.
- Gotlink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J.V., Benson, H., Frichione, G.L., Hunink, M.G.M., 2015. Standardized mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One* 10 (4), e0124344.
- 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. *J. Consult. Clin. Psychol.* 78, 169–183.
- Hoge, E.A., Bui, E., Marques, L., et al., 2013. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J. Clin. Psychiatry* 74 (8), 786–792. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J., 2011. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin. Psychol. Rev.* 31 (6), 1041–1056.
- Klomek, B.A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I., Gould, M., 2007. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 46, 40–49.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Teasdale, J.D., et al., 2008. Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 76, 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>.
- McCay, E., Frankford, R., Beanlands, H., Sidani, S., Gucciardi, E., Blidner, R., Danaher, A., Carter, C., Aiello, A., 2016. Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy to reduce psychological distress and to promote well-being: a pilot study in a primary health care setting. *SAGE Open* 6 (3), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244016669547>.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2002. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford, New York.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, M., Ridgeway, V., Soulsby, J., Lau, M., 2000. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 68, 615–623.
- WHOQOL Group, 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med.* 28, 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI BISNIS

Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

LAMPIRAN 6. LEMBAR KONSULTASI

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN PEMBIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

Judul Skripsi : Perubahan tingkat depresi dengan terapi mindfulness pada remaja yang mengalami depresi (Literature Review)

Pembimbing I : Syaiful Bachri, S.KM., M.Kes

Pembimbing II : Akhmad Efrizal A., S.Kep., Ns., M.Si

PEMBIMBING I				PEMBIMBING II			
No.	Tanggal	Materi yang dikonsulkan dan masukan pembimbing	TTD DPU	No.	Tanggal	Materi yang dikonsulkan dan masukan pembimbing	TTD DPA
		ACC Judul Lanjut BAB 1				ACC Judul Lanjut BAB 1	

	27/4/2021	Konsul BAB 1 Lanjut BAB 2 dan 3			27/4/2021	Konsul BAB 1 Lanjut BAB berikutnya	
	24/7/2021	Konsul BAB 1 - Tujuan khusus poin 1 dan 2 “mendeskripsikan” dan poin 3 “menganalisis” BAB 2 - Kerangka konsep BAB 3 - Penulisan title pada tabel			23/7/2021	BAB 2 - Pengurutan konsep teori depresi, terapi mindfulness, dan remaja - Pilih salah satu arah panah pada kerangka konsep	
	27/7/2021	Konsul BAB 1 (ACC) BAB 2 - Kerangka konsep BAB 3 (ACC) ACC Ujian sempro			28/7/2021	BAB 2 (ACC) Lanjut BAB berikutnya	

					30/7/2021	Konsul BAB 3 BAB 3 (ACC) ACC ujian sempro	
	30/7/2021	ACC Sempro			30/7/2021	ACC Sempro	
	20/8/2021	Revisi Proposal Perbaikan judul BAB 1 - Tujuan umum - Tujuan khusus (disesuaikan dengan judul)			20/8/2021	Revisi Proposal Cover Daftar pustaka disesuaikan dengan huruf abjad	
	26/8/2021	ACC Proposal			26/8/2021	ACC Proposal	
	28/8/2021	BAB 4 - Ditambah persentase pada tabel karakteristik table - Perbaikan narasi table			27/8/2021	BAB 6 - Kesimpulan dan saran disesuaikan dengan tujuan dan manfaat (harus sinkron) - Semua artikel dimasukkan	

						ke dalam daftar pustaka	
	29/8/2021	BAB 4 (ACC) BAB 5 - Perbaiki isi pembahasannya terdiri dari fakta, teori dan opini.			31/8/2021	BAB 6 (ACC) ACC Ujian Seminar hasil	
	1/9/2021	BAB 5 (ACC) BAB 6 - Kesimpulan dibuat lebih ringkas - Saran disesuaikan dengan tujuan dan manfaat, harus sinkron ABSTRAK Disesuaikan dengan kaidah penulisan abstrak yaitu IMRAD (Introduction, Metode, Result, Analysis, Discuss)					
	1/9/2021	BAB 6 (ACC) ABSTRAK ACC ACC Ujian Seminar Hasil					

CURRICULUM VITAE



a. Biodata Peneliti

Nama : Nurul Faidah
 NIM : 17010160
 Tempat, Tgl. Lahir : Jember, 11 Juni 1999
 Alamat : Dusun Gumuk Rase, Kemuningsari Kidul, Jenggawah, Jember
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 No. Telp : 085784644929
 Email : nurulfaidah999@gmail.com
 Status : Mahasiswa

b. Riwayat Pendidikan

1. TK Nurul Ulum
2. MI Nurul Ulum
3. SMP Negeri 2 Wuluhan
4. SMK Farmasi Jember
5. S1 Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi