

اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر مشکلات رفتاری کودکان

آرزو امینی^۱، آسیه شریعتمدار^۲، ابراهیم نعیمی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر مشکلات رفتاری کودکان بود. در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی (نوع AB یا مشاهده‌ی مستقیم مکرر) با پیگیری یک ماهه استفاده شد. بدین منظور پس از نمونه‌گیری در دسترس از جامعه، سه نفر از دانش‌آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان که در فرم معلم مقیاس مشکلات رفتاری راتر (۱۹۶۷) نمره‌ی بالاتر از ۹ کسب کردند به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شده و مداخلات معنوی با محوریت مذهب را به مدت ۱۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس مشکلات رفتاری راتر (فرم معلم) در سه مرحله‌ی خط پایه، مداخله و پیگیری استفاده شد و در نهایت داده‌ها به روش تحلیل نگاره‌ای و تعیین درصد بهبودی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از درصد بهبودی هر سه مراجع پس از مداخلات، حاکی از کاهش معنادار نمرات آن‌ها در مقیاس مشکلات رفتاری راتر بود که در طول دوره‌ی پیگیری یک ماهه نیز تداوم داشته است. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب تأثیر مثبت معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته است.

واژگان کلیدی: کودکان، مذهب، مشکلات رفتاری، مفاهیم معنوی

1. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی،

پست الکترونیکی: arezoo.amini70@gmail.com

2. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)، پست الکترونیکی:

s_shariatmadar@yahoo.com

۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، پست الکترونیکی: naeimi@atu.ac.ir

مقدمه

در چرخه‌ی زندگی انسان^۱ دوره‌ی کودکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین دوره‌های رشدی محسوب می‌شود که از آن به عنوان دوره‌ی "شدن" نام برده می‌شود. بدین معنا که پایه‌های شخصیت فرد از دوره‌ی کودکی شکل گرفته و این تحول کیفی در دوره‌های مختلف بعدی متکامل می‌گردد (کجباف، عریضی، امیری و کهنوجی، ۱۳۹۰).

بر اساس مطالعات رشدی کودکان، عوامل متعددی فرایند رشد و تکامل کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد که از بین آن‌ها مشکلات رفتاری^۲ از جهت تأثیر عمیق و پایدار بر شخصیت فرد در مراحل مختلف رشد، ایجاد چالش و نگرانی برای والدین و تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی برای جامعه بسیار حائض اهمیت است (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های همه‌گیرشناسانه و آمارها حکایت از شیوع فراوان مشکلات رفتاری در تمامی سنین، طبقات اجتماعی-اقتصادی و گروه‌های نژادی دارند (کاسیلاس، رابینز، الن، هنسون و اسکیمسر^۳، ۲۰۱۲) و براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM^۴) ۱۲/۴ تا ۵۱/۳ درصد از کودکان ۶ تا ۱۸ ساله دارای اختلالی قابل تشخیص هستند (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰) که در سنین دبستان به اوج خود می‌رسد (ظاهری، حیدری نسب و زاده محمدی، ۱۳۹۱). این مشکلات که در قالب رفتارهای نابهنجار غیر متناسب با سن، شدید، مزمن یا مداوم به صورت مشکلات رفتاری درونی سازی شده^۵ (گوشه‌گیری، انزوا، افسردگی) و یا مشکلات رفتاری برونی سازی شده^۶ (تضادورزی و بیش‌فعالی) تعریف می‌شوند (ساطوریان، طهماسبیان و احمدی، ۱۳۹۳)، ابعاد مختلف رشد کودک را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند. در حالیکه محققان و سیاست‌گذاران آموزشی بر نقش مهارت‌های رفتاری در موفقیت تحصیلی تأکید می‌کنند (کوئلر^۷، ۲۰۱۵)، مشکلات رفتاری می‌توانند به صورت قابل توجهی پیشرفت تحصیلی را تحت تأثیر قرار

۱. Life span
۲. Behavioral problems
۳. Casillas, Robbins, Allen, Hanson & Schemiser
۴. Diagnostic statistical manual of mental disorders
۵. Internalizing behavior problems
۶. Externalizing behavior problems
۷. Cuellar

دهند. این تأثیر به حدی قدرتمند است که می‌توان گفت از تأثیر قومیت، فاصله طبقاتی اجتماعی- اقتصادی و تفاوت نژادی بر پیشرفت تحصیلی نیز بیشتر است (کاسیلاس و همکاران، ۲۰۱۲) و رشد شناختی فرد را نه تنها در طول دوره دبستان بلکه در تمام دوره تحصیل تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند تأثیرات مخرب فراوانی بر خروجی‌های کوتاه مدت و بلند مدت آموزشی برجا گذارد (لوپز تورلی، گاموران، میسی کارتی و فیش^۱، ۲۰۱۶).

علاوه بر موارد فوق، تحقیقات نشان دهنده‌ی آن است که با توجه به ماهیت غیرگذرای مشکلات رفتاری درونی سازی شده، سیر پیوسته و امکان بازگشت مجدد آن‌ها، این مشکلات نه تنها کنشوری کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند بلکه آثار بلند مدتی بر سطوح مختلف هیجانی فرد خواهند داشت و در نهایت احتمال ابتلا به اختلالات روانشناختی را افزایش می‌دهند (ساطریان، طهماسبیان و احمدی، ۱۳۹۳). پیش آگهی موجود در زمینه‌ی مشکلات رفتاری برون‌ی سازی شده نیز وضعیت نامطلوبی است و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری از قبیل مشکلات یادگیری، خلقی، مصرف الکل و مواد، بیش اضطرابی، ناسازگاری‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی (جونز، گرینبرگ و کرولی^۲، ۲۰۱۵) و کاهش توانایی‌های تحصیلی (دپوتی، دویوو، فاسولو، لونز و مارتین^۳، ۲۰۱۶) هستند. پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که بزرگسالان ضداجتماعی، در دوران کودکی دارای مشکلات رفتاری شدید بوده‌اند (ساطریان، طهماسبیان و احمدی، ۱۳۹۳).

با توجه به اثرات زیانبار مشکلات رفتاری بر پیشرفت تحصیلی و خروجی‌های آموزش، سیاست‌گذاران آموزشی بر لزوم طراحی و اجرای مداخلات لازم به منظور کاهش مشکلات رفتاری به عنوان اولویتی بنیادی تأکید دارند (لوپز تورلی و همکاران، ۲۰۱۶). در یک تحلیل سیستمی، مشکلات رفتاری کودکان به عنوان قشر آینده ساز جامعه نه تنها بُعد آموزشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه از طریق ایجاد چالش و نگرانی‌های متعدد برای والدین، خرده نظام خانواده را نیز دچار آشفتگی و اضطراب خواهد کرد که بر اساس الگوی سیستمی، تبعات آن جامعه را نیز با هزینه‌های زیادی مواجه خواهد کرد. همچنین

۱. Lopez Turley, Gamoran, Mccarty & Fish

۲. Jones, Greenberg & Crowley

۳. Deputy, Devivo, Fasolo, Iones & Martin

ماهیت بازگشت‌پذیر و پیوسته‌ی این مشکلات می‌تواند در مراحل رشدی نوجوانی و بزرگسالی نیز تداوم یابد و چالش‌های عمیقاً نگران‌کننده‌ای برای فرد و رفاه اجتماعی جامعه به وجود آورد (دهلن و مادسن^۱، ۲۰۱۶).

براین اساس و باتوجه به ضرورت پیشگیری و مداخلات زودهنگام در سال‌های اولیه کودکی، روش‌های گوناگونی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است که برخی از آن‌ها بر کودک (برزگربفروبی، میرجلیلی و شیرجهانی، ۱۳۹۴؛ ظاهری، حیدری نسب و زاده محمدی، ۱۳۹۱؛ جعفری و کریمی، ۱۳۹۱؛ بابایی کفاکی، حسن زاده و جدیدی، ۱۳۹۱؛ قدم پور، شهبازی راد، محمدی و عباسی، ۱۳۹۴)، برخی بر والدین (شکوهی یکتا و علی محمدی ملایری، ۲۰۱۵؛ بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰؛ فرزادفرو هومن، ۱۳۸۷؛ کجباف و همکاران، ۱۳۸۸) و برخی بر محیط (دهلن و مادسن، ۲۰۱۶؛ لویز تورلی و همکاران، ۲۰۱۶) متمرکز می‌باشند.

براساس یافته‌های پژوهش جونز، لالیبت و پایسچر^۲ (۲۰۱۵) مدل جامع بهزیستی کودک متشکل از ۴ رکن اصلی ذهن^۳، بدن^۴، محیط^۵ و معنویت^۶ است؛ حال آنکه مداخلات داخلی و خارجی انجام شده در خصوص مشکلات رفتاری کودکان صرفاً بر بُعد ذهن و محیط متمرکز بوده بُعد معنویت را مورد غفلت قرار داده‌اند.

در دو دهه‌ی اخیر "معنویت" به عنوان بخشی از شخصیت و ذات انسان (حیدری، روحانی رصاف و کاردوست فینی، ۱۳۹۳)، وجه تمایز انسان از سایر موجودات (دپوتی و همکاران، ۲۰۱۶) و یکی از مؤلفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است (کیم، هیو و چی^۷، ۲۰۱۵). در تعریف اخیر سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۸ از سلامت نیز افزودن بُعد معنویت به ابعاد سه‌گانه‌ی جسمی - روانی - اجتماعی انسان سالم، مؤید تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان است که در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار

۱. Dehlen & Madsen
۲. Jones, Laliberte & Piescher
۳. Mind
۴. Body
۵. Environment
۶. Spirituality
۷. Kim, Huh & Chae
۸. World Health Organization

گرفته است. به عنوان مثال کانگ و رومو^۱ (۲۰۱۱) در پژوهش خود تأثیر معنویت در کاهش افسردگی و رفتارهای پرخطر و بهبود عملکرد تحصیلی و بیماری‌های مزمن نوجوانان کره ای آمریکایی ۷ تا ۱۲ ساله را مثبت گزارش کرده اند. همچنین فراتحلیل ۷۵ مطالعه‌ی انجام شده در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ مؤید تأثیر مثبت معنادار معنویت و مذهب در افزایش عزت نفس، بهزیستی روانی، توافق جویی، گشودگی، برونگرایی و کاهش رفتارهای انحرافی، مصرف الکل و سیگار بوده است (یانکر، اسنابلراچ و دیهان^۲، ۲۰۱۲). در نتیجه‌ی تحقیق پارکر، مندلسو، روپر، فری بورن و تایلر دیچز^۳ (۲۰۱۱) سطح معنویت والدین رابطه‌ی منفی معناداری با مشکلات رشدی و رفتاری فرزندان دارد و در حوزه‌ی بیماری‌های جسمانی نیز تأثیر معنویت/ مذهب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مثبت در بهبود کودکان سرطانی تأیید شده است (مور، تالور و ماکسلی هیگرت^۴، ۲۰۱۵). محققان دریافته‌اند که معنویت کارکرد بسیار مهمی در رشد اجتماعی، شناختی و فردی کودکان دارد و توانایی سازش‌پذیری^۵ فرد را به عنوان مهارتی ضروری برای زندگی در جهان در حال تغییر امروز افزایش می‌دهد. هوگان^۶ (۲۰۰۹) نیز ضرورت توجه مدارس به معنویت به عنوان امری حیاتی در تقویت تفکر و خلاقیت دانش‌آموزان را مورد تأکید قرار داده است.

علی‌رغم تأیید نقش معنویت به عنوان عاملی ضروری در بهزیستی مراجعان، این سازه در عمل همچنان مورد غفلت واقع شده است و تحقیقات انجام شده در خصوص معنویت کودکان نسبت به بزرگسالان به طور قابل توجهی کمتر است (دپوتی و همکاران، ۲۰۱۶). راتفلیک^۷ (۲۰۰۴) در بررسی پایگاه داده‌ی انجمن کتابخانه‌ی علوم دینی آمریکا (ATLA)^۸ دریافت، کلیدواژه‌ی "کودک" مقالات کمی را به خود اختصاص داده است و تعداد مقالات نمایه شده با کلیدواژه‌ی "معنویت" حتی از آن هم کمتر است؛ به عبارت دیگر در حالیکه مقالات زیادی چرایی اهمیت معنویت در رشد کودک را مورد بحث قرار داده‌اند،

۱. Kang & Romo

۲. Yonker, Schnabelrauch & Dehaan

۳. Parker, Mandleco, Roper, Freeborn & Taylor Dyches

۴. Moore, Talwar & Moxley-Haegert

۵. Adaptability

۶. Hogan

۷. Ratcliff

۸. American Theological Library Association

مطالعات کمی در خصوص نحوه‌ی استفاده عملی از معنویت در جهت رشد کودک انجام شده است.

علاوه بر خلأ عمیق پژوهش‌های معنویت محور در دوره‌ی کودکی، توجه به این نکته ضروری است که مشکلات رفتاری کودکان به طور معناداری به موقعیت فرهنگی آن‌ها مرتبط است (بلالی و آقا یوسفی، ۱۳۹۰) و از این حیث، به هنگام استفاده از درمان‌های معنوی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان، توجه به بافت فرهنگی و معنوی جامعه ای که کودک در آن زندگی می‌کند، ضروری است. در این راستا، بررسی پیشینه‌ی معنویت در جوامع مختلف بیانگر تفاوت‌هایی در مفهوم معنویت است که لازم است این تفاوت‌ها در مداخلات معنویت محور نیز در نظر گرفته شوند. به عنوان مثال، "تمرکز بر فردیت و خودمحوری" به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی معنویت‌های غیر الهی عصر جدید در جوامع غربی مطرح است. حال آنکه ویژگی اصلی متمایزکننده‌ی معنویت حاکم بر بافت جامعه‌ی ایران و سایر مکاتب الهی از معنویت‌های عصر جدید، "خدامحوری" است (وست^۱، ۲۰۰۴). با توجه به این مسأله، لازم به ذکر است که منظور از معنویت در تحقیق حاضر نیز معنویت با محوریت خدا می‌باشد.

بر این اساس و با توجه به اثرات مخرب مشکلات رفتاری بر سلامت روان و رشد بهنجار کودکان به عنوان قشر آینده ساز جامعه، ایجاد چالش‌های مخرب در خرده سیستم خانواده، گسترش نابهنجاری‌های رفتاری و تحمیل هزینه‌های گزاف بر جامعه، تحقیق حاضر در قالب رویکردی پیشگیرانه و بومی به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب (معنویت خدامحور) مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد؟

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی^۲ (SCED) از نوع AB یا مشاهده‌ی مستقیم مکرر با پیگیری ۱ ماهه استفاده شد که به آن آزمایش تک آزمودنی^۳ نیز گفته می‌شود و شامل دوره‌ی خط پایه‌ی اولیه و دوره‌های ارزیابی متعدد مجزا می‌باشد و برای پژوهش‌های

۱. West

۲. Single-case experimental design

۳. Single-subject experiment

مشاوره، روان‌درمانی و اصلاح رفتار مناسب است (گال و گال^۱، ۲۰۰۵). همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری زیر استفاده گردید: الف) تحلیل نگاره‌ای: در این تحلیل که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار چند ضلعی استفاده می‌شود. به این صورت که نمرات به دست آمده از مراحل مختلف (خط پایه، در جریان مداخله، انتهای مداخلات و پیگیری) در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار می‌گیرد و ب) تعیین درصد بهبودی با استفاده از فرمول زیر:

$$A\% = \frac{AO-AI}{AO} \times 100$$

(AO = مشکل آماجی در جلسه پیش از مداخله (خط پایه دوم، به منظور ثبات بیشتر نمرات)؛ AI = مشکل آماجی در جلسه پس از مداخلات یا پیگیری و A% = درصد بهبودی).

در این فرمول اختلاف نمره پیش از آزمون و پس از آزمون/ پیگیری بر نمره‌ی پیش از آزمون تقسیم می‌شود و بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر معنادار خواهد بود.

جامعه‌ی آماری پژوهش عبارت است از کلیه‌ی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان‌های دولتی واقع در منطقه ۶ تهران در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ که از بین آن‌ها، دانش آموزان پایه‌ی سوم یک دبستان (اندیشه) به صورت در دسترس به جهت تمایل مدرسه به همکاری با محقق به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس فرم معلم پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری کودکان راتر^۲ (۱۹۶۷) به وسیله‌ی معلم، بر روی کلیه‌ی این دانش آموزان اجرا شده و از بین آن‌ها، تعداد سه نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مداخلات گروهی را در طول ۱۲ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) دریافت کردند. همچنین کسب نمره‌ی بالاتر از ۹ در پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری (با توجه به نقطه‌ی برش پرسشنامه)، عدم دریافت خدمات مشاوره، روان‌درمانی یا روانپزشکی به صورت همزمان و رضایت آگاهانه‌ی اولیا برای شرکت دانش آموزان در جلسات به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم تمایل دانش آموزان به

۱. Gall & Gall

۲. Rutter's behavior scale for children- teacher's scale

ادامه‌ی جلسات، به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق به شرح زیر است:

مقیاس مشکلات رفتاری کودکان راتر (فرم معلم): این مقیاس از ۳۰ سوال تشکیل شده و دامنه‌ی نمرات آن بین ۰ تا ۶۰ متغیر است و در اکثر تحقیقات ایرانی، نقطه برش ۹ به منظور جدا کردن کودکان دارای مشکلات رفتاری از کودکان عادی در آن به کار می‌رود. در پژوهش اولیه راتر و همکاران (۱۹۶۷)، میزان توافق این پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۷ گزارش شده است. همچنین در تحقیقات متعدد پایایی و روایی این ابزار تأیید شده است. در ایران پژوهش یوسفی (۱۳۷۷) بر روی ۱۶۰۰ دختر و پسر مقطع دبستان قابلیت اعتماد ابزار فوق را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین در این تحقیق به منظور سنجش اعتبار آزمون راتر، دانش‌آموزان با استفاده از معیارهایی از قبیل آزمون هوشی ترسیم آدمک، آزمون بندر گشتالت و معدل درسی نیز مورد بررسی قرار گرفتند و همبستگی بالای نمرات مقیاس راتر با موارد فوق نشان دهنده‌ی اعتبار این آزمون جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان در فرهنگ ایرانی بوده است. در پژوهش رومزپور (۱۳۷۴) نیز پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۷۲ گزارش شده است که رقم قابل قبولی می‌باشد.

شیوه‌ی نمره گذاری مقیاس به این صورت است که معلم بر اساس مشاهدات خود از رفتار دانش‌آموز در طول ۳ هفته‌ی گذشته به هر گویه پاسخ می‌دهد و در صورتی که رفتار توصیف شده در مورد دانش‌آموز مصداق ندارد گزینه‌ی درست نیست (نمره ۰) را علامت می‌زند. در صورتی که رفتار توصیف شده تنها در برخی موارد در مورد دانش‌آموز مصداق دارد گزینه‌ی تا حدودی درست است (نمره) و در صورتی که رفتار ذکر شده در مورد دانش‌آموز در اغلب موارد مصداق دارد گزینه‌ی کاملاً درست است (نمره ۲) انتخاب خواهد شد. سپس مجموع نمرات گویه‌ها برای هر آزمودنی محاسبه شده و نمره‌های بالاتر از ۹ (نقطه برش مقیاس) به عنوان آزمودنی‌های دارای مشکلات رفتاری مشخص می‌شوند.

پس از نمونه‌گیری از جامعه، سه نفر از دانش‌آموزان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته و در مقیاس مشکلات رفتاری راتر نیز نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش مقیاس (نمره بالاتر از ۹) کسب کرده بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و جهت بررسی ثبات

نمرات خط پایه‌ی اولیه، مجدداً به مقیاس راتر پاسخ دادند. پس از تأیید ثبات نمرات، شرکت کنندگان به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه، مداخلات آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب را دریافت نمودند. به دلیل استفاده از طرح تجربی تک موردی با اندازه گیری مکرر، آزمودنی‌ها در جلسات ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۳ نیز مجدداً به مقیاس فوق پاسخ دادند و با توجه به در نظر گرفتن پیگیری یک ماهه، یک ماه پس از پایان مداخلات نیز ارزیابی مجدد با استفاده از ابراز پژوهش صورت گرفت تا ثبات تغییرات آزمودنی‌ها مشخص شود. سپس داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل نگرانه‌ای و تعیین درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

محتوای جلسات آموزشی، برگرفته از برنامه‌ی تربیت معنوی جنکینز^(۲۰۰۸) برای کودکان می‌باشد که با معنویت مورد نظر در پژوهش (معنویت خدا محور) مطابقت داشته و پس از بسط یافتن از طریق برخی مفاهیم مذهبی مرتبط و قابل فهم برای کودکان، به شیوه‌ای ساده، عینی و فعالیت محور، اجرا شد و خلاصه‌ی آن به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب.

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	برقراری رابطه‌ی مؤثر، آشنایی اعضا با هدف تشکیل گروه، قوانین گروه، لزوم رعایت رازداری، پرداختن به ترس‌ها و نگرانی‌های اعضا و بررسی تصور اعضا در مورد خود و خدا.	۱) خوشامد گویی، معرفی در قالب بازی، بیان قوانین و هدف گروه. ۲) بررسی نگرانی‌های اعضا. ۳) ترسیم تصور اعضا از خود و خدا در قالب نقاشی و اجرای آزمون شماره ۱.	کامل کردن نقاشی تصورات در مورد خود و خدا و به همراه داشتن آن در جلسه‌ی بعد.
۲	- آشنایی با مفهوم تقدم باطن بر ظاهر، ارزشمندی فطری و ویژگی‌های الهی درون خود و سعی در شکوفا کردن آن‌ها و تشخیص ملاک اصلی برتری (رفتارهای خوب و پسندیده).	۱) اجرای فعالیت بادکنک و پرو خالی کردن آن با تأکید بر اهمیت بیشتر باطن نسبت به ظاهر. ۲) انجام فعالیت فکری "نان و تکه های نان".	مشخص کردن یک ویژگی الهی درون خود و تلاش برای رشد آن در طول هفته.
۳	- آگاهی از تأثیر افکار و رفتارها بر خود و دیگران از طریق اجرای	۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. ۲) اجرای آزمایش "آب و نمکدان". ۳) نصب جملات مثبت بر	تکمیل کاربرگ و

۱. Jenkins

آزمایش، آشنایی با بخشش، دعا و عذرخواهی به عنوان روش های جبران رفتارهای نادرست.	مشاهده‌ی کلیپ آب و اجرای آزمون روی بطری آب. شماره ۳.
۴ - آشنایی با نعمت های الهی اطراف و درون خود و نحوه‌ی سپاس‌گزاری از آن‌ها، بررسی تأثیر شکرگزاری و حسن ظن در بیشتر شدن نعمت ها از طریق انجام آزمایش.	۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. ۲) انجام آزمایش " آهنربا و مخلوط نمک و براده آهن"، توضیح نقش شکرگزاری در بیشتر شدن نعمت ها.
۵ - آگاهی از ارزشمندی وجودی خود به عنوان بهترین آفریده‌ی خداوند- علی رغم کاستی‌های موجود- و شناسایی استعدادهای درونی خود.	۱) بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل. ۲) مشاهده فیلم "پيله و پروانه" با محوریت استعدادها. ۳) آزمون اندازه‌گیری شماره ۴.
۶ - آگاهی از نقش حسن ظن، امیدواری و توکل در جذب خوبی‌ها از طریق انجام آزمایش عینی و تمرین تفکر مثبت در مورد خدا، خود، دیگران و آینده به صورت عملی.	۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. ۲) انجام آزمایش " آهنربا و برجسب‌های افکار خوش بینانه و بدبینانه، نتیجه‌گیری و ارائه تکلیف.
۷ - با ادب و احترام سخن گفتن، آشنایی با تأثیر گفتار و رفتار نیک بر خود و دیگران.	۱) بررسی تکلیف. ۲) اجرای بازی کلمات. ۳) بیان داستان گفتار زیبا بر اساس آیه قرآن (طه، ۴۴)، ارائه‌ی تکلیف و اجرای آزمون شماره ۵. هفته.
۸ - آشنایی با نیروی خیال‌پردازی به عنوان نعمتی الهی و نحوه‌ی استفاده‌ی صحیح از آن.	۱) معرفی " قیچی و مداد خیالی". ۲) خیال‌پردازی مثبت از طریق جملات مثبت، بررسی احساسات و ارائه‌ی تکلیف.
۹ - آگاهی از تأثیر افکار بر احساسات از طریق انجام آزمایش عملی، شناسایی و اصلاح افکار منفی اعضای گروه.	۱) انجام آزمایش افکار (آزمایش جوهر و وایتکس). ۲) ارائه‌ی تکلیف و اجرای آزمون اندازه‌گیری شماره ۶. لکه‌ی جوهر.

۱. اذْهَبَا اِلٰی فِرْعَوْنَ اِنَّهُ طَغٰی فَقُوْلَا لَهُ قَوْلًا لِّنَا لَعَلَّهٗ يَنْذَرُکُمْ اَوْ يَخْشٰی (به سوی فرعون بروید که طغیان کرده است، اما با او به نرمی سخن گوئید تا متذکر شود و یا از خداوند بترسد).

۱۰	- پرورش حسن ظن نسبت به خود.	(۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. (۲) انجام فعالیت عملی "لیوان و لوبیا" به منظور تقویت حسن ظن نسبت به خود. (۳) ارایه شکرگزاری بخاطر آن- تکلیف.	بیان ویژگی‌های مثبت ظاهری خود در آینه و شکرگزاری بخاطر آن- تکلیف.
۱۱	- آشنایی عملی با این مسأله که لازم است در ابتدا خود را دوست بداریم تا بتوانیم دیگران را نیز دوست داشته باشیم.	(۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. (۲) انجام فعالیت "قطره چکان من و دوستی"، بررسی احساسات، و اجرای آزمون اندازه گیری شماره ۷.	تمرین قطره چکان دوستی در طول هفته.
۱۲	- توجه آگاهانه به نعمت‌های الهی درون خود، دیگران و اتفاقات خوب آینده با تأکید بر مهربانی و قدرت خدا، تمرکز بر ویژگی‌های مثبت دوستان و مسخره نکردن آنان.	(۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. (۲) آشنایی با مسأله‌ی "توجه و چگونگی آن" از طریق فعالیت عملی نخ‌های توجه.	سعی در اجرای بازی نخ‌های توجه در موقعیت‌های مختلف در طول هفته.
۱۳	- بررسی احساسات دانش‌آموزان در مرحله خاتمه بخشی به گروه (کوری و کوری، ۲۰۰۲) و اعلام پایان جلسات.	(۱) گفت و گو در مورد احساسات، آموخته‌ها و نتیجه‌گیری‌های خود از کلاس، آگاهی از پایان جلسات، پذیرایی، اهدای یادبود، اجرای آزمون شماره ۸ و مشخص کردن زمان آزمون پیگیری.	اجرای آموخته‌ها در طول یک ماه آینده و در میان گذاشتن نتایج آن با دوستان و محقق در جلسه‌ی بعد.

یافته‌ها

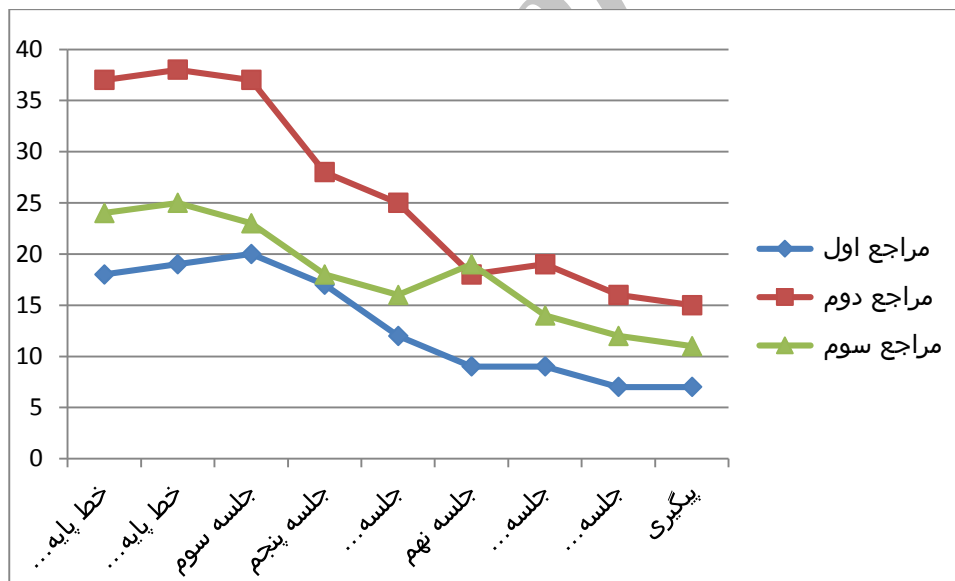
شرکت کنندگان این پژوهش را تعداد سه نفر از دانش‌آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان تشکیل دادند که قبل از شروع مداخلات در مقیاس مشکلات رفتاری راتر نمره بالاتر از نقطه‌ی برش ۹ به دست آوردند. آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در مقیاس مشکلات رفتاری راتر در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها به همراه درصد بهبودی در مقیاس مشکلات رفتاری راتر

مقیاس مشکلات رفتاری	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه اول	۱۸	۳۷	۲۴
خط پایه دوم	۱۹	۳۸	۲۵
جلسه سوم	۲۰	۳۷	۲۳

۱۸	۲۸	۱۷	جلسه پنجم
۱۶	۲۵	۱۲	جلسه هفتم
۱۹	۱۸	۹	جلسه نهم
۱۴	۱۹	۹	جلسه یازدهم
۱۲	۱۶	۷	جلسه سیزدهم
%۵۲	%۵۷/۸۹	%۶۳/۱۵	درصد بهبودی
%۵۷/۶۸			
۱۱	۱۵	۷	پیگیری
%۵۶	%۶۰/۲۵	%۶۳/۱۵	بهبودی نهایی
%۵۹/۸			بهبودی کلی

همچنین با توجه به روش تحقیق پژوهش، روند تغییر نمرات مشکلات رفتاری هر سه آزمودنی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان معنویت محور در نمودار شماره ۱ قابل مشاهده است.



نمودار ۱. روند تغییر نمرات مشکلات رفتاری در هر سه مراجع.

بر اساس یافته‌های پژوهش، درصد بهبودی مراجع اول در مقیاس مشکلات رفتاری پس از پایان جلسات مداخله %۶۳/۱۵ بوده است و پس از پایان دوره پیگیری نیز با رقم %۶۳/۱۵.

تداوم یافته است. نمره این مراجع در مرحله اول و دوم خط پایه برابر با ۱۸ و ۱۹ بوده است و در جلسه سیزدهم مداخله به ۷ کاهش یافته که این رقم پس از پیگیری یک ماهه نیز ثابت مانده است. درصد بهبودی مراجع دوم پس از پایان جلسات مداخله ۵۷/۸۹٪ بوده و پس از پایان دوره پیگیری به ۶۰/۲۵٪ افزایش یافته است که نشان دهنده تداوم و افزایش بهبودی در دوره پیگیری می‌باشد. نمره‌ی این مراجع در مرحله اول و دوم خط پایه برابر با ۳۷ و ۳۸ بوده است و در جلسه سیزدهم مداخله به ۱۶ کاهش یافته و در مرحله پیگیری با ۱ نمره کاهش به ۱۵ رسیده است. درصد بهبود مشکلات رفتاری در مراجع سوم نیز پس از پایان جلسات مداخله ۵۲٪ بوده و پس از پایان دوره پیگیری به ۵۶٪ افزایش یافته که نشان دهنده تداوم کاهش مشکلات رفتاری مراجع در دوره پیگیری است. نمره این مراجع در مرحله اول و دوم خط پایه برابر با ۲۴ و ۲۵ بوده است و در جلسه سیزدهم مداخله به ۱۲ کاهش یافته و در مرحله پیگیری با ۱ نمره کاهش به ۱۱ رسیده است. بر اساس یافته‌های پژوهش درصد بهبودی مراجع اول، دوم و سوم پس از مداخلات به ترتیب ۶۳/۱۵٪، ۵۷/۸۹٪ و ۵۲٪ بوده است که پس از پیگیری یک ماهه نیز به ترتیب ۶۳/۱۵٪، ۶۰/۲۵٪ و ۵۶٪ به دست آمده است و نشان دهنده تأثیر مثبت معنادار آموزش معنویت محور در کاهش مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر مشکلات رفتاری کودکان انجام شد. تحلیل یافته‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل نگاره ای و تعیین درصد بهبودی مؤید تأثیر مثبت معنادار آموزش‌ها در کاهش مشکلات رفتاری کودکان شرکت کننده در پژوهش بود. بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول شماره ۱، مشکلات رفتاری هر سه شرکت کننده به صورت معناداری کاهش یافته و روند کاهشی آن در طول دوره پیگیری نیز تداوم داشته است.

این نتایج با نتایج پژوهش جونز، لالیبت و پایسچر (۲۰۱۵) مبنی بر نقش معنویت به عنوان مؤلفه ای کلیدی در مدل بهزیستی کودک همسو است. نتایج پژوهش ویال، والتون

و وودکاک^۱ (۲۰۰۸) مبنی بر نقش یادگیری معنوی در توسعه‌ی دیدگاه شناختی، فیزیکی، اجتماعی، عاطفی و مهارتی کودکان نیز از یافته‌های تحقیق حاضر حمایت می‌کند. در تأیید این یافته‌ها تیسسی^۲ (۲۰۰۳) نیز تأثیر معنویت در افزایش گرایش کودکان به عدالت، انصاف و هم‌نوایی با دیگران را تأیید نموده و دپوتی و همکاران (۲۰۱۶) به کارکرد مهم معنویت در رشد اجتماعی، شناختی، فردی و توانایی‌سازی پذیرش کودکان اشاره کرده‌اند. در یافته‌های پژوهش کیم، هیو و چی (۲۰۱۵) نیز از معنویت به عنوان منبع مقابله‌ای در دسترسی که از طریق کاهش اضطراب منجر به بهبود اختلال افسردگی می‌شود یاد شده است.

علی‌رغم اینکه تاکنون از رویکردهای درمانی متعددی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان استفاده شده است، بر اساس نتایج تحقیق به نظر می‌رسد رویکرد معنوی با محوریت مذهب به طور قابل ملاحظه‌ای در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثرتر و قابل حمایت‌تر است. در بررسی مکانیزم اثر معنویت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل در قالبی سیستمی مؤثر واقع شده‌اند که در ادامه به بررسی آن‌ها پرداخته خواهد شد.

در گام اول توجه به این نکته ضروری است که مشکلات رفتاری کودکان به طور معناداری با موقعیت فرهنگی آن‌ها مرتبط است (بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰) و این مسأله ضرورت بومی‌سازی پژوهش‌های مرتبط با مشکلات رفتاری را روشن می‌سازد. بنابراین در راستای توجه عملی به مسأله‌ی بومی‌سازی، در پژوهش حاضر مداخلات معنوی با محوریت مذهب طراحی و از آموزه‌های تربیتی دین اسلام به منظور کاهش مشکلات رفتاری استفاده شد. لذا در تبیین یافته‌های تحقیق نیز توجه به دیدگاه تربیتی اسلام ضروری به نظر می‌رسد. در تعالیم دینی اسلام ریشه‌ی تمامی مشکلات رفتاری، حقارت و ذلت نفس دانسته شده^۳ و از دیدگاه امام علی (ع) نیز عزت مندی نفس عامل اصلی دوری از

۱. Vaile, Walton & Woodcock

۲. Tacey

۳. ما مِنْ رَجُلٍ تَكْبَرُ أَوْ تَجَبَّرَ إِلَّا لَذَلُهُ وَجَلَّتْهَا فِي نَفْسِهَا (هیچ انسان متکبر و زورگویی وجود ندارد، مگر آنکه در نفسش احساس حقارت و کوچکی کند).

معاصی و گناهان است.^۱ در احادیث دیگر نیز حقارت نفس به عنوان یکی از علل اصلی بروز خودشیفتگی و رفتارهای ضداجتماعی ذکر شده است.^۲ (خزعلی، ۱۳۸۸). رابطه‌ی منفی معنادار عزت نفس و مشکلات رفتاری در تحقیقات خارجی نیز تأیید شده است (ارسلن،^۳ ۲۰۱۵).

بر این اساس می‌توان گفت در تحقیق حاضر، آموزش مفاهیم معنوی از طریق تأکید بر مفاهیم اسلامی مرتبط با عزت نفس (دمیده شدن روح الهی در انسان، خود پذیری علی‌رغم ضعف‌ها و کاستی‌ها، مثبت‌نگری، شناخت استعدادها و سعی در شکوفا کردن آن‌ها و عدم قضاوت بر اساس ظاهر) مشکلات رفتاری شرکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار داده است. در این راستا ذکر این نکته ضروری است که تکوین شخصیت عزت‌مند در دین اسلام با پیروی از الگوی خاص خود بر نکات اساسی زیر استوار است که در تحقیق حاضر نیز مورد توجه قرار گرفته است: (۱) اکرام شخصیتی و (۲) شناسایی استعدادها و استفاده از روش‌های صحیح به غلیت رساندن آن‌ها (خزعلی، ۱۳۸۸).

علاوه بر موارد فوق، به نظر می‌رسد توجه به مفاهیم شفقت^۴ و خدمت به دیگران^۵ به عنوان مؤلفه‌های مهم تربیت اسلامی و اجزای اساسی معنویت در تحقیقات غربی (دپوتی و همکاران، ۲۰۱۶) یکی دیگر از تبیین‌کننده‌های اصلی کاهش مشکلات رفتاری آزمودنی‌هاست.

در توضیح بیشتر این مفاهیم باید گفت، مؤلفه‌ی شفقت به عنوان توانایی در نظر گرفتن درد و رنج دیگران، جزئی از مداخلات معنوی تحقیق حاضر بود که از طریق تکالیف مختلفی از قبیل نحوه‌ی تأثیر رفتار خود بر دیگران، بخشش و دعا مورد توجه قرار گرفت. در طول این مداخلات، کودکان از تأثیر رفتار خود بر دیگران و امکان کمک به آن‌ها از طریق دعا آگاه شده و به تمرین آن در عمل پرداختند. همچنین مؤلفه‌ی شفقت در برگیرنده‌ی مؤلفه‌ی اساسی خوددلسوزی^۶ است که به نظر می‌رسد مداخله در اجزای

۱. مَنْ كَرُمَتْ عَلَيْهِ نَفْسُهُ لَمْ يَهْنَأْ بِالْمَعَاصِي (کسی که شخصیتی کریم و عزیز داشته باشد، آن را با گناه خوار و حقیر نمی‌کند).

۲. مَنْ هَانَتْ عَلَيْهِ نَفْسُهُ فَلَا تَأْمَنُ شَرَّهُ (از بدی کسی که مورد حقارت نفسانی قرار گرفته است نمی‌توان در امان بود).

۳. Arslan

۴. Compassion

۵. Service to others

۶. Self- Compassion

اساسی آن - مهربانی باخود^۱، حس انسانی مشترک با دیگران^۲ و ذهن آگاهی^۳ - از طریق تقویت انگیزه‌ی درونی برای تغییر، احساس مهم بودن و اتصال با دیگران مشکلات رفتاری شرکت کنندگان را کاهش داده است.

همچنین قرارگرفتن در موقعیت گروه معنویت محور که در آن کمک به انسان‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرد نیز از طریق پرورش روحیه‌ی همکاری و سهم‌گزاری و کاهش رقابت جویی، در رشد مؤلفه‌ی خدمت به دیگران و کاهش مشکلات رفتاری مؤثر بوده است.

نکته‌ی حائض اهمیت دیگری که به عنوان وجه تمایز تحقیق حاضر از سایر تحقیقات نیاز به بررسی دارد آن است که درمان معنویت محور در یک بازه‌ی زمانی کوتاه مدت (۱۳ جلسه) نه تنها منجر به کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان شده بلکه روند کاهشی آن در دوره‌ی پیگیری نیز تداوم یافته است. این در حالی است که تیر و اصلاح رفتار در کودکان عموماً فرایندی تدریجی و دراز مدت است (سیف، ۱۳۹۲).

در تبیین سرعت تأثیر مداخلات معنوی در کاهش مشکلات رفتاری، توضیح وجه تمایز اصلی این مداخله از انواع دیگر مداخلات ضروری است. شیوه‌های درمانی رایج در جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان اغلب بر روش‌های بلندمدت شناختی رفتاری و انواع مختلف بازی درمانی متمرکزند. در حالیکه اگرچه در رویکرد معنوی از انواع مختلف بازی - به ویژه بازی‌های معنویت محور - به عنوان زبان ارتباطی کودک استفاده می‌شود (راتفلیک، ۲۰۰۴)، اما تمرکز اصلی در آن بر "معنویت" به عنوان بخشی از شخصیت و ذات کودک است (حیدری، روحانی رصاف و کاردوست فینی، ۱۳۹۳) و اعتقاد بر آن است که کودکان به عنوان موجوداتی معنوی با معنویت وجودی متولد می‌شوند اما در ادامه‌ی مراحل رشدی، عدم پرورش معنویت به عنوان مؤلفه‌ی شخصیتی در کنار سایر عوامل محیطی منجر به بروز مشکلات رفتاری در آن‌ها خواهد شد. بنابراین با اتخاذ موضعی انسان‌گرایانه، پرورش معنویت در کودکان می‌تواند توانایی آن‌ها در غلبه بر موانع محیطی و مشکلات رفتاری را افزایش داده و از این طریق آن‌ها را به مسیر طبیعی رشد برگرداند.

۱. Self-kindness
 ۲. Sense of common humanity
 ۳. Mindfulness

از آنجا که در سلسله مراتب نیازهای مزلو^۱، معنویت به عنوان یکی از نیازهای عالی^۲، ماهیتی افزایشی دارد، توجه به آن بر خلاف نیازهای کمبود عمل می‌کند که با توجه به ماهیت کاهشی خود در اثر ارضا فروکش خواهند کرد (حیدری، روحانی رصاف و کاردوست فینی، ۱۳۹۳)؛ به عبارت دیگر توجه به نیازهای معنوی و ارضای آنها، تشدید رشد این نیازها را به دنبال دارد و این مسأله تبیین کننده‌ی اصلی سرعت تأثیر مداخلات معنوی در کاهش مشکلات رفتاری و تداوم آن در دوره‌ی پیگیری است.

علاوه بر موارد فوق، در تبیین اثربخشی مداخلات، تأکید بر نقش کلیدی " رابطه‌ی درمانی مثبت و پذیرش بی قید و شرط " به ویژه در نمونه‌ی کودکان دارای مشکلات رفتاری ضروری است. از آنجا که این کودکان تجارب آزاردهنده‌ی طرد، عدم توجه و دریافت برچسب‌های منفی در بین همسالان و اطرافیان را به کرات دریافت کرده‌اند، قرار گرفتن در فضای مثبتی بر پذیرش گروه و تأکید بر ارزشمندی وجودی علی‌رغم نقص‌ها برای آنها تجربه‌ای جدید و منحصر به فرد است که از طریق فراهم کردن امکان تجارب و بازخوردهای مثبت، امید به تغییر رفتار را در آنها افزایش داده و با متوقف کردن چرخه‌ی درماندگی آموخته شده، مشکلات رفتاری را کاهش داده است.

با خلاصه کردن موارد به هم پیوسته‌ی فوق می‌توان نتیجه گرفت آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب به صورت معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان به عنوان قشر آینده ساز جامعه مؤثر است و می‌تواند سلامت روان خانواده و جامعه را نیز به صورت قابل توجهی ارتقا دهد. لذا با توجه به بافت اسلامی جامعه‌ی ایران و تقدم پیشگیری بر درمان، پیشنهاد می‌شود چنین آموزش‌هایی در سرفصل‌های درسی آموزش و پرورش گنجانده شود و مشاوران و درمانگران در کار بالینی با کودکان دارای مشکلات رفتاری از آن بهره ببرند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که می‌توان به مواردی از قبیل دشواری در جلب همکاری معلم برای حضور دانش آموزان در جلسات و محدودیت زمانی اشاره نمود. با این حال امید است اطلاعات حاصل از این پژوهش دست مایه‌ی تحقیقات بیشتر در حوزه‌ی سلامت روان کودکان قرار گیرد.

۱. Maslow

۲. Being-Needs

منابع

- بابایی کفاکی، هدی؛ حسن زاده، رمضان؛ جدیدی، محسن (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالت بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهر ساری. در ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و بزرگسال، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- برزگر بفرویی، کاظم؛ میرجلیلی، مرضیه؛ شیرجهانی، اعظم (۱۳۹۴). نقش بازی‌های حرکتی، نقاشی و موسیقی در کاهش مشکلات رفتاری-تحصیلی کودکان دارای مشکلات رفتاری. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵(۷): ۵۳-۶۲.
- بلالی، رقیه؛ آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روانشناسی کاربردی*، ۴(۲۰): ۵۹-۷۳.
- جعفری، علیرضا؛ کریمی، ناهید (۱۳۹۱). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی به روش قصه‌گویی بر غلبه بر خشم کودکان ۹-۱۱ سال. در ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و بزرگسال، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- جنکینز، پگی (۲۰۰۸). *آموزش و تربیت معنوی کودکان*. ترجمه زهرا غلامی، مریم بوالهروی و سهیلا منیری جاوید (۱۳۹۴). تهران: دانژه.
- حیدری، حسین؛ روحانی رصاف، جواد؛ کاردوست فینی، خدیجه (۱۳۹۳). جایگاه معنویت و تجارب اوج از دیدگاه آبراهام مزلو. *انسان پژوهی دینی*، ۱۱(۳۱): ۲۷-۵۳.
- خزعلی، انسیه (۱۳۸۸). اسلام و مبانی تکوین شخصیت سالم. *فصلنامه اندیشه*، ۱۵(۵ و ۶): ۱۱۵-۱۴۴.
- روم‌پور، زرین (۱۳۷۴). بررسی پایایی و اعتبار و هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر (فرم معلم) و تعیین شیوع اختلال سلوک و هیجانی در جمعیت کودکان دبستانی اهواز (پایان نامه کارشناسی ارشد). انیستیتو روان‌پزشکی، تهران.

ساطوریان، عباس؛ طهماسبیان، کارینه؛ احمدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات رفتاری در خانواده های تک فرزند و دو فرزند. *روانشناسی دین*، ۷(۳): ۶۵-۸۰.

سیف، علی اکبر (۱۳۹۲). *تغییر رفتار و رفتاردرمانی، نظریه ها و روشها*. تهران.

شرودر، کارولین اس؛ گوردون، بتی ان (۲۰۰۲). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روان شناسان بالینی و روانپزشکان*. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۸۹). تهران: دانژه.

ظاهری، لیلا؛ حیدری نسب، لیلا؛ زاده محمدی، علی. (۱۳۹۱). تاثیر هنر درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش رفتارهای قانون شکنانه کودکان. در ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و بزرگسال، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

فرزادفر، زینب؛ هومن، حیدرعلی (۱۳۸۷). نقش آموزش مهارت های فرزند پروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. *روانشناسان ایرانی*، ۴(۱۵): ۲۷۷-۲۹۲.

قدم پور، عزت الله؛ شهبازی راد، افسانه؛ محمدی، فرشته؛ عباسی، منظر (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بی رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. *روانشناسی تربیتی*. ۱۱(۳۶): ۱۱۶-۱۲۹.

کجباف، محمدباقر؛ عریضی، حمید رضا؛ امیری، شعله؛ کهنوجی، رخساره (۱۳۸۹). اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده های در معرض طلاق. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴): ۱-۸.

کوری، ماریان اشنایدر؛ کوری، جرال (۲۰۰۲). *گروه درمانی*. ترجمه حمیدرضا شاهی برواتی، مالک میرهاشمی، سیامک نقش بندی و سیف الله بهاری (۱۳۹۱). تهران: روان.

گال، مردیت؛ گال، والتر؛ گال، جويس (۲۰۰۵). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی (جلد دوم)*. ترجمه احمد رضا نصر، حمیدرضا عریضی،

- محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمد حسین علامت ساز، محمد جعفر پاک سرشت، علی دلاور، علیرضا کیامنش، غلامرضا خوی نژاد (۱۳۹۳). تهران: سمت.
- وست، ویلیام (۲۰۰۴). *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانه‌علی شیر افکن (۱۳۸۳). تهران: رشد.
- یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی*. ۱۳ (۲ و ۱): ۱۷۱-۱۹۴.
- Arslan, G. (۲۰۱۵). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Journal of Child's Abuse & Neglect*, ۱-۱۰.
- Casillas, A., Robbins, S., Allen, J., Hanson, M. A., & Schemiser, C. (۲۰۱۲). Predicting early Academic Failure in High School From Prior Academic Achievement, Psychosocial Characteristics, and Behavior. *Journal of Educational Psychology*, ۱۰۴(۲), ۴۰۷-۴۲۰.
- Cuellar, A. (۲۰۱۵). Preventing and treatment child mental health problems. *The future of children*, ۲۵, ۱۱۱-۱۳۴.
- Dehlen, M., & Madsen, C. (۲۰۱۶). School enrolment following multisystemic treatment: A register-based examination among youth with severe behavioral problems. *Journal of Children and Youth Services Review*, ۶۷, ۷۶-۸۳.
- Deputy, M., Devivo, J., Fasolo, N., Iones, L., & Martin, D. (۲۰۱۶). Spiritual Attitudes and Values in Young Children. *Journal of Undergraduate Research*, ۲(۱), Article ۱۱.
- Hogan, M. J. (۲۰۰۹). On spirituality and education. *Journal of Thinking Skills and Creativity*, ۱۳۸-۱۴۳, ۴.
- Jones, A. S., Laliberte, T., & Piescher, K. N. (۲۰۱۵). Defining and strengthening child well-being in child protection. *Journal of Children and Services Review*. ۵۴, ۵۷-۷۰.
- Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (۲۰۱۵). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness, ۱۶. *American Journal of Public Health*, Posted online July.
- Kang, P. P., & Romo, L. F. (۲۰۱۱). The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents. *Journal of Adolescence*, ۳۴, ۷۶۷-۷۷۸.

- Kim, N., Huh, H., & Chae, J. (۲۰۱۵). Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, ۶۰, ۲۶-۳۴.
- Lopez Turley, R. N., Gamoran, A., Mccarty, A. T., & Fish, R. (۲۰۱۶). Reducing Children's Behavioral Problems through Social Capital :A Causal Assessment. *Journal of Social Science*, Accepted Manuscript.
- Moore, K., Talwar, V., & Moxley-Haegert, L. (۲۰۱۵, ۲۰(۳),). Definitional ceremonies: Narrative practices for psychologists to inform interdisciplinary teams' understanding of children's spirituality in pediatric settings. *Journal of Health Psychology*, ۲۵۹-۲۷۲.
- Parker, J. A., Mandleco, B., Roper, S. O., Freeborn, D., & Taylor Dyches, T. (۲۰۱۱). Religiosity, Spirituality, and Marital Relationships of Parents Raising a Typically Developing Child or a Child With a Disability. *Journal of Family nursing*, ۱۷(۱), ۸۲-۱۰۴.
- Ratcliff, D. (۲۰۰۴). *Children spirituality: Christian Perspectives, Research, and Applications*. Wipf and Stock Publishers.
- Rutter, M. (۱۹۶۷). A Children Behavior Questionnaire for Completion by Teacher. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۸, ۲۷-۳۵.
- Shokoohi-Yekta, M., & Alimohammadi Malayeri, S. (۲۰۱۵). Effects of Advanced Parenting Training on Children's Behavioral Problems and Family Problem Solving. *Journal of Social Behavioral Sciences*, ۲۰۵, ۶۷۶- ۶۸۰.
- Tacey, D. J. (۲۰۰۳). *The spiriyuality Revolution: The Emergence of Contemporary Spirituality*. Sydney: HarperCollins.
- Vaile, W., Walton, R., & Woodcock, S. (۲۰۰۸). Children's spirituality, an Essential Element in Thinking and Learning in New Times. In W. Vaile, R. Walton, & S. Woodcock, *Children's spirituality, an Essential Element in Thinking and Learning in New Times* (pp. ۱۴۳-۱۶۰). Wollongong: University of Wollengong.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & Dehaan, L. G. (۲۰۱۲). The relationship between spirituality and religisioty on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, ۳۵, ۲۹۹-۳۱۴.