

Research Paper

The Effectiveness of Child-based Mindfulness Program on Impulsivity and Aggression in Children with Externalizing Disorders

Maasomeh Hamidi^{*1}, Soheila Shariat², Somayeh Aghabozorgi³, Robabeh Keshavarz Mohammadi⁴

1. M.A. in Guidance and Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

2. M.A. in Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. M.A. in General Psychology, Alborz Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran

4. Ph.D. Student of Guidance and Counseling, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran



Citation: Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R. The effectiveness of child-based mindfulness program on impulsivity and aggression in children with externalizing disorders. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 144-155.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.14>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Mindfulness, impulsivity, aggressive, externalizing disorders

Background and Purpose: Emotional behavioral disorders can seriously harm the educational, communication, and personal future of children. In this regard, different methods have been used for the treatment of psychological disorders in children that one of these methods is child-based mindfulness training. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of child-centered mindfulness on impulsivity and aggression in children with out-of-group behavioral disorders.

Method: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study included all children with externalizing behaviors in Tehran in the academic year of 2017-2019. In this study, 30 children were selected from the mentioned statistical population by convenient sampling method, and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received intervention for 10 sessions in two and a half months, while the control group did not receive this intervention during the research process. Questionnaires used in this study included Child Behavior Inventory Questionnaire (Achenbach & Raskorla, 2001), Child Aggression Questionnaire (Shahim, 2006) and Impulsivity Questionnaire (Patton, Stanford & Bart, 1995). The data were analyzed by analysis of covariance using SPSS 24 statistical software.

Results: Results showed that child-based mindfulness training had a significant effect on impulsivity and aggression in children with externalizing disorders ($F = 29.29, 46.83; P < 0.001$). The effect of child-based mindfulness training on impulsivity and aggression of children with externalizing disorder was 55% and 75%, respectively.

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded that mindfulness therapy using techniques such as conscious thoughts and emotions can be used as an effective treatment to reduce impulsivity and aggression in children with externalizing disorders.

Received: 6 Mar 2018

Accepted: 12 Oct 2018

Available: 4 Mar 2020

* **Corresponding author:** Maasomeh Hamidi, M.A. in Guidance and Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
E-mail addresses: Masoome769@gmail.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود

معصومه حمیدی*^۱، سهیلا شریعت^۲، سمیه آقابزرگی^۳، ربابه کشاورز محمدی^۴

۱. کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد البرز، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

۴. دانشجوی دکتری راهنمایی و مشاوره، واحد تهران- شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: اختلالات هیجانی رفتاری می توانند به آینده تحصیلی، ارتباطی، و فردی کودکان آسیب جدی وارد سازند. در این ارتباط روش های مختلفی برای درمان آسیب های روان شناختی کودکان به کار گرفته شده است که یکی از انواع این روش ها، آموزش ذهن آگاهی کودک محور است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برون نمود انجام گرفت.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله دارای اختلال های رفتاری برون نمود شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش ۳۰ کودک از جامعه آماری مذکور با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب، و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گروه گواه جایدهی شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای دریافت کردند، در حالی که افراد گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکردند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، پرسشنامه پرخاشگری کودکان (شهیم، ۱۳۸۵) و پرسشنامه تکانشگری (پاتون، استانفورد و بارت، ۱۹۹۵) بود. داده های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار آماری SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود تأثیر معناداری داشته است ($P < 0/001$; $F = 29/29, 83/46$). میزان تأثیر ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود به ترتیب ۵۵ و ۷۵ درصد بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که درمان ذهن آگاهی با بهره گیری از فونونی همانند افکار، هیجانان و رفتار آگاهانه می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود مورد استفاده گیرد.

کلیدواژه ها:

ذهن آگاهی،

تکانشگری،

پرخاشگری،

اختلال رفتاری برون نمود

دریافت شده: ۹۶/۱۲/۱۶

پذیرفته شده: ۹۷/۰۷/۲۰

منتشر شده: ۹۸/۱۲/۱۲

* نویسنده مسئول: معصومه حمیدی، کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

رایانامه: Masoome769@gmail.com

تلفن تماس: ۰۳۵-۳۱۸۷۲۲۰۰

مقدمه

در سال‌های اخیر مشکلات رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی، و عاطفی کودکان مورد توجه و تمرکز روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است، زیرا همگام با فرایند تحولی کودک، مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی، به مرحله بلوغ و بزرگسالی منتقل شده و به مرور زمان، درمان مشکلات عاطفی آنان دشوارتر می‌شود (۱ و ۲). نتیجه این که در فرایند چرخه تحول، مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری کودکان باید با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مناسب درمان شوند، و گرنه بدون بهره‌گیری از مداخلات آموزشی و روان‌شناختی مناسب، امید بهبود این مشکلات، امیدی بی‌ثمر خواهد بود (۳).

بر اساس روی آورد ابعادی، گروه‌بندی اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی به دو دسته کلی اختلالات درون‌نمود^۱ در مقابل اختلالات برون‌نمود^۲ تقسیم شده که هر گروه به نوبه خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (۴). در واقع اختلال‌های برون‌نمود مشکلات و الگوهای سازش‌نا یافته‌ای را در برمی‌گیرد که در تعارض با دیگر افراد و محیط، آشکار می‌شوند (۵). این اختلال‌ها شامل الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته، رفتارهای قانون‌شکنانه^۳ و پرخاشگرانه‌ای^۴ هستند که از آن جمله می‌توان به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی^۵، اختلال رفتار هنجاری^۶، و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۷ اشاره کرد (۶).

اختلالات برون‌نمود در مقایسه با اختلالات درون‌نمود، بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند. میزان شیوع این اختلالات در جمعیت‌های ارجاع داده شده به کلینیک‌ها، بالای ۵۰ درصد گزارش شده است، بنابراین بخش عمده‌ای از موارد بالینی به این مراجعین تعلق دارد (۷). به نظر می‌رسد عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد فرزندی نامطلوب، سبک‌های تربیتی والدینی ناکارآمد، منفی‌گرایی، و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، در پیدایش، گسترش، تداوم و یا تشدید نشانه‌های رفتاری برون‌نمود نقش مؤثری ایفا می‌کنند (۸).

همان‌طور که اشاره شد نوجوانان دارای مشکلات رفتاری برون‌نمود، رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند که این رفتارها، به فرایندهای

1. Externalized problems
2. Internalized problems
3. Outlaw behavior
4. Aggressive behavior
5. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

ارتباطی، اجتماعی، و تحصیلی این افراد آسیب وارد می‌سازد (۹). به باور پژوهشگران، پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نارسایی‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای سازش‌نا یافته به شمار می‌رود که می‌تواند به فرایندهای هیجانی، ارتباطی، و تحصیلی کودکان، آسیب جدی وارد کند (۱۰ و ۱۱). تلاش روان‌شناسان اجتماعی بر این است که پرخاشگری را بر اساس ریشه‌های آن مورد مطالعه قرار دهند تا بتوانند از طریق اصلاح آن، صلح بیشتری در جهان به وجود آورند. بر مبنای این هدف می‌توان رفتارهای پرخاشگرانه را به دو دسته تقسیم کرد: پرخاشگری وسیله‌ای که به صورت آرام و در شکل پیشرفته خود، برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود؛ و پرخاشگری خشمگینانه که به صورت تند، تکانه‌ای، و فوری بروز می‌کند و هدف اصلی آن، ایجاد درد در دیگران است؛ اما هدف اصلی پرخاشگری وسیله‌ای، به دست آوردن یک چیز خواستنی است (۱۲).

باید یادآور شد که نوجوانان دارای مشکلات رفتاری برون‌نمود، کمتر می‌توانند رفتارهای خود را مدیریت کرده و در نتیجه رفتارهای تکانشگری^۸ از خود نشان می‌دهند (۱۳). سه ویژگی اساسی تکانشگری عبارت‌اند از: رفتار شتاب‌زده، برنامه‌ریزی نشده و بدون فکر، و مستعد اشتباه که می‌تواند نقطه عطف بسیاری از اختلالات و آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی باشد (۱۴). بر اساس نظر هینز، بویی، توماس و بلانگن، چهار بعد شخصیتی در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانشگرانه عبارت‌اند از: فوریت (مشکل برای مقاومت در برابر تکانه‌های قوی و گرایش به عمل از روی بی‌ملاحظگی در هنگام تجارب هیجانی منفی یا مثبت)، فقدان برنامه‌ریزی (گرایش به انجام اعمال فوری به جای عمل کردن همراه با تفکر دقیق و برنامه‌ریزی شده)، فقدان پایداری (مشکل در حفظ توجه بر انجام تکلیف و شکست در تحمل خستگی)، و هیجان‌طلبی (گرایش به جست‌وجوی هیجان و ماجراجویی) (۱۵).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان‌شناختی کودکان به کار گرفته شده است. یکی از انواع این روش‌ها، آموزش ذهن آگاهی کودک محور^۹ است. این روش با استفاده از استعاره‌ها و تکنیک‌های

6. Conduct disorder
7. Obedient defensive disorder (ODD)
8. Impulsivity
9. Child-based mindfulness program

درمان جدیدی است که در سال‌های اخیر برای کودکان به کار گرفته می‌شود ولی این نوع درمان برای کودکان دارای اختلال‌های رفتاری برون نمود چندان به کار گرفته نشده است که این فرایند نشان‌دهنده خلأ پژوهشی در این حیطه است؛ بنابراین با توجه به موضوعات طرح شده و پژوهش‌های انجام یافته در مورد تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی درباره تأثیر آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که آیا به کارگیری درمان ذهن آگاهی کودک محور می‌تواند به شکل معنادار به کاهش تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود منجر شود؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل، آموزش ذهن آگاهی کودک محور و متغیرهای وابسته، تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود بودند. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله دارای اختلال رفتاری برون نمود مشغول به تحصیل در مدارس شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند (علاوه بر این باید اشاره کرد که این کودکان دارای ناتوانی جسمی نبوده و دارای سطح تحصیلات سوم تا ششم دبستان بودند). جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. دلیل استفاده از این روش، عدم دسترسی به تمام جامعه آماری جهت انتخاب تصادفی بود. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که با مراجعه به مدارس ابتدایی منطقه ۱۹ آموزش و پرورش، از مشاوران و معلمان آنها درخواست شد، دانش‌آموزان دارای علائم پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه، و مخرب را معرفی کنند. در این فرآیند تعداد ۴۹ دانش‌آموز از ۴ مدرسه معرفی شده که به آنها سیاهه رفتاری کودکان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات رفتاری برون نمود در این دانش‌آموزان اطمینان حاصل شود. تعداد ۴۴ نفر دارای مشکلات رفتاری برون نمود تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری

متناسب با سطح شناختی کودک، تلاش دارد تا میزان بازی‌ها، فعالیت‌ها، و افکار ذهن آگاهانه را در کودکان بهبود بخشد. کاربرد بالینی این درمان برای کودکان دارای اختلال‌های نارسایی توجه / فزون‌کنشی، افسردگی، اضطراب، اختلال تنیدگی پس از سانحه، وسواس-بی‌اختیاری، و پرخاشگری تأیید شده است (۱۶). همچنین درمان ذهن آگاهی در گروه‌های آماری کودکان و بزرگسالان در پژوهش‌های قاسمی بیستگانی و موسوی نجفی (۱۷)، سمپل و لی (۱۸)، پری-پاریش، گوپلند-لیندر، وب، و سیینگا (۱۹)، هافمن و گومز (۲۰)، هوپوود و اسکات (۲۱)، کروسول و همکاران (۲۲)، و و کروسکا و همکاران (۲۳) مورد استفاده قرار گرفته و کارایی آن تأیید شده است. درمان ذهن آگاهی با بهره‌گیری از تفکر اندیشمندانه می‌تواند پرخاشگری کودکان را تحت تأثیر قرار دهد (۲۴). در واقع این روش، یک برنامه آموزشی روانی است که به مراجع آموزش می‌دهد تا نسبت به افکار و احساسات و حس‌های بدنی خود، آگاه‌تر بوده و با آنها به گونه دیگری برخورد کند. این روش به افراد کمک کرده تا به تمام محرک‌هایی که در هر لحظه در حوزه هشیاری‌شان وارد می‌شوند، بدون قضاوت و در عین حال با بصیرت نگاه کنند (۲۵). افراد با استفاده از ذهن آگاهی این نکته را درمی‌یابند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت دائمی شخصیت نیستند. از سوی دیگر، آنان این امکان را می‌یابند که به جای پاسخگویی غیرارادی و بی‌تأمل به رویدادها، اندیشمندانه و با تأمل پاسخ دهند (۲۶). در حقیقت ذهن آگاهی روشی است برای تسکین دردها، زندگی بهتر، غنابخشی، و معنادارسازی زندگی (۲۷).

حال از یک سو با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال‌های رفتاری برون نمود و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، تعاملی، خانوادگی، تحصیلی، و اجتماعی کودک؛ و از سوی دیگر با در نظر گرفتن این موضوع که این اختلال‌ها می‌توانند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشانند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد (۲۸)، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان این کودکان به کار بسته شود تا از تشدید این اختلال‌ها و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر نظیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار هنجاری در آینده جلوگیری شود. همچنین باید توجه داشت که درمان ذهن آگاهی کودک محور

مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (۲۹).

گلاسر در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، برای بخش مشکلات برون نمود ۰/۹۲ و ۰/۹۴، و برای مشکلات درون نمود ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین این پژوهشگر میزان روایی محتوایی این ابزار را ۰/۸۴ محاسبه کرده است (۳۰). همچنین در پژوهش ناکامورا، اسوتانی، برنستین، و کورپیتا ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سیاهه رفتاری کودکان، مشکلات برون نمود و درون نمود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه پرخاشگری کودکان^۲: پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی توسط شهیم در سال ۱۳۸۵ برای ارزیابی سطح پرخاشگری ساخته شده است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به وسیله طیف لیکرت (به ندرت = ۱ نمره، یک بار در ماه = ۲ نمره، یک بار در هفته = ۳ نمره، اغلب روزها = ۴ نمره) است. بر این اساس کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۱ و بیشترین نمره ۸۴ است. این پرسشنامه که دارای ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای است، توسط شهیم ساخته و پایایی و روایی آن برای کودکان دبستانی شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته است. شهیم ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش کرده است (۳۲). ارزیابی روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها نیز منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک شد (۳۳). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۳. پرسشنامه تکانشگری^۴: این پرسشنامه توسط پاتون، استانفورد و بارت^۵ در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و دارای ۳۰ پرسش است که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی، و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (از به ندرت تا همیشه) تدوین شده‌اند و پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰

کودکان) که از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب، و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون شکنانه و مخرب، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان، برخوردار بودن از سلامت جسمی، عملکرد انضباطی نامناسب، و تحصیل در پایه تحصیلی پنجم و ششم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس بود. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۱۱ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۴۵ درصد). همچنین از نظر تحصیلی بیشترین تعداد فراوانی افراد نمونه، مربوط به کلاس پنجم بود (۴۱ درصد).

ب) ابزار

۱. سیاهه رفتاری کودکان^۱: در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات برون نمود از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا^۲ استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان تهیه شده است. این ابزار از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول به بررسی صلاحیت کلی کودک در سه مقیاس فعالیت‌ها، مقیاس اجتماعی، و مدرسه می‌پردازد که شامل ۱۳ گویه است. بخش دوم به بررسی مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد که شامل ۱۱۳ گویه است. پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: گزینه نادرست (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک)، و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درون نمود (شامل محورهای گوشه گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی)، مشکلات برون نمود (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر، و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه

4. Impulsivity questionnaire
5. Paton, Stanford and Bart

1. Children's behavioral inventory questionnaire
2. Achenbach, Rescorla
3. Children's aggression questionnaire

همبستگی ($P < 0/005$ و $r = 0/28$) و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را برای نمره کل پرسشنامه $0/72$ و برای زیرمقیاس های تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی، و بی برنامه گی به ترتیب $0/74$ ، $0/70$ و $0/75$ گزارش کردند (۳۷). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه $0/73$ و برای زیرمقیاس های تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی، و بی برنامه گی به ترتیب $0/76$ ، $0/69$ و $0/74$ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله ای: برنامه مداخله ای این مطالعه برگرفته از مداخله ذهن آگاهی کودک محور بوردیک^۱ بود که اعتبار آن توسط منشئی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی (۱۶) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. شرح جلسات این مداخله و همچنین تمرینات و استعاره های به کار رفته در آن مربوط به سن کودک است. این برنامه در قالب ۱۰ جلسه آموزش گروهی (گروه های ۵ نفر) به مدت ۶۰ دقیقه در طی دو ماه و نیم (هر هفته یک جلسه) توسط نویسنده اول پژوهش به شرح زیر اجرا شد:

است (۳۴). مقیاس پاسخگویی این ابزار چهار درجه ای (به ندرت تا تقریباً همیشه) است. مطالعات نشان داده اند که پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران همبستگی بالایی با پرسشنامه تکانشگری آیزنگ دارد، به ترتیبی که ساختار پرسش های هر دو نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و نداشتن دوراندیشی است. پایایی این پرسشنامه روی یک گروه معتاد و سالم، مناسب و زیر مقیاس های آن از همبستگی قابل قبولی برخوردار بوده اند (۳۵). در پژوهش جلالی دهکردی و آقابابایی نیز ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی ۳۵ نفری برابر با $0/73$ و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دهنده همان ۳ عامل با بار عاملی مناسب (بین $0/28$ تا $0/41$) بود (۳۶). یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از: برای فراموش کردن مشکل، خود را به چیزهای دیگر مشغول می کنم (۳۶). نادری و حق شناس، در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتباریابی "مقیاس تکانشگری بارت" با محاسبه همبستگی آن با "مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن" در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب

جدول ۱: مداخلات مربوط به ذهن آگاهی کودک محور

| جلسه | هدف | محتوا |
|-------|--|--|
| یکم | آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و انجام تمرینات مقدماتی ذهن آگاهی | معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح درباره علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان، توضیح درباره چگونگی برنامه ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست ها)، و ارائه تکلیف خانگی. |
| دوم | کسب آگاهی نسبت به نفس آگاهانه | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی و ارائه تکلیف خانگی. |
| سوم | آموزش اسکن بدن | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش اسکن بدن و ارائه تکلیف خانگی. |
| چهارم | کسب آگاهی نسبت به زمان حال | تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، انجام حرکات ذهن آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی. |
| پنجم | کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بویدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی. |
| ششم | کسب آگاهی نسبت به هیجانان | انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجانان و یادداشت نویسی درباره ذهن آگاهی نسبت به هیجانان، استفاده از سناریوهای "بازرس مفید و بازرس غیر مفید" و ارائه تکلیف خانگی. |
| هفتم | مرور تمرینات تنفسی | مرور تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان" و ارائه تکلیف خانگی. |
| هشتم | کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات | تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین تن آرامی عضلانی تدریجی، انجام بازی "عوض کردن کانال" و ارائه تکلیف خانگی. |
| نهم | کسب آگاهی نسبت به حرکات بدن | انجام تمرینات پایه تنفسی (مراقبه تنفسی)، انجام حرکات ذهن آگاهانه، تکرار سناریوی "بازرس مفید و غیر مفید" و ارائه تکلیف خانگی. |
| دهم | به کارگیری ذهن آگاهی در زندگی روزمره | مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و آموزش "ذهن آگاهی در فعالیت روزانه"، مراقبه محبت شفقت آمیز (آرزوهای دوستانه) و ارائه تکلیف خانگی. |

مطابق با جدول ۱ ارائه شد در حالی که گروه گواه، این آموزش را دریافت نکرد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. داده‌های آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ نتایج آمار توصیفی مؤلفه‌های تکانشگری و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس از آموزش گزارش شده است.

(۵) روش اجرا: جهت انجام پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از طرف اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۹ تهران گرفته شد. سپس با مراجعه به مدارس، افراد نمونه انتخاب شدند و با کسب رضایت کتبی، به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند و پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی آنها اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیاء و دانش آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی ذهن آگاهی کودک محور (۱۶) در ۱۰ جلسه آموزشی یک ساعته، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی مؤلفه‌های تکانشگری و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس از آموزش

| مؤلفه‌ها | گروه‌ها | پیش از آموزش | | پس از آموزش | | نرمالیتی داده‌ها |
|-------------|----------|--------------|--------------|-------------|---------|------------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | P Value | میانگین | |
| گروه آزمایش | تکانشگری | ۶۲/۸۶ | ۶/۴۵ | ۰/۲۶ | ۵۵/۷۳ | ۰/۲۴ |
| | پرخاشگری | ۵۲/۹۳ | ۵/۳۶ | ۰/۱۲ | ۴۲/۶۶ | ۰/۳۳ |
| گروه گواه | تکانشگری | ۶۱ | ۷/۲۹ | ۰/۱۵ | ۶۰/۷۳ | ۰/۱۴ |
| | پرخاشگری | ۵۴/۵۲ | ۶/۵۶ | ۰/۰۹ | ۵۲/۱۳ | ۰/۲۱ |

(تکانشگری و پرخاشگری) معنادار نیست. همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش از آموزش با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس از آموزش در متغیرهای تکانشگری و پرخاشگری معنادار نبوده است، این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیر برقرار بوده است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود گزارش شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آماری کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای تکانشگری و پرخاشگری در مراحل پیش از آموزش و پس از آموزش در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت پیش از آموزش گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود

| متغیر | گروه | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آزمون |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|------------|
| تکانشگری | همپراش | ۹۲۰/۶۸ | ۱ | ۹۲۰/۶۸ | ۸۰/۳۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱ |
| | گروه بندی | ۳۱۵/۸۸ | ۱ | ۳۱۵/۸۸ | ۲۹/۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۵ | ۱ |
| پرخاشگری | خطا | ۲۹۱/۱۹ | ۲۷ | ۱۰/۷۸ | | | | |
| | همپراش | ۲/۴۶ | ۱ | ۲/۴۶ | ۰/۳۱ | ۰/۵۸ | ۰/۰۱ | ۰/۰۸ |
| | گروه بندی | ۶۶۴/۸۳ | ۱ | ۶۶۴/۸۳ | ۸۳/۶۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱ |
| | خطا | ۲۱۴/۶۰ | ۲۷ | ۷/۹۵ | | | | |

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (درمان ذهن آگاهی کودک محور) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ شود؛ بنابراین می توان گفت نمرات متغیرهای تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود دچار کاهش معنادار شده است. همچنین با توجه به اندازه اثر متغیرهای فوق می توان گفت که به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۵۵ تغییرات متغیرهای تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود توسط عضویت گروهی (درمان ذهن آگاهی کودک محور) تبیین می شود. در جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین های تعدیل شده متغیرهای وابسته گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین های تعدیل شده متغیرهای وابسته

| متغیر | میانگین | خطای استاندارد |
|-------------------|---------|----------------|
| گروه آزمایش | ۵۴/۹۵ | ۰/۸۵ |
| پس آزمون تکانشگری | ۶۱/۵۱ | ۰/۸۵ |
| گروه آزمایش | ۴۲/۶۱ | ۰/۷۳ |
| پس آزمون پرخاشگری | ۵۲/۱۸ | ۰/۷۳ |

چنانکه از نتایج جدول ۴ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیر تکانشگری و پرخاشگری در گروه آزمایش از میانگین نمرات گروه گواه کمتر است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود انجام شد. یافته نخست این پژوهش حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی

کودک محور به کاهش تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود منجر شده است. این نتیجه با یافته های قاسمی بیستگانی و موسوی نجفی (۱۷)، پری-پاریش و همکاران (۱۹)، و هوپ وود و اسکات (۲۱) همسوست. بدین ترتیب قاسمی بیستگانی و موسوی (۱۷) در نتایج پژوهش خود گزارش کردند ذهن آگاهی کودک محور می تواند با افزایش مهارت های اجتماعی و ادراک خود کارآمدی کودکان آسیب پذیر از میزان رفتارهای آسیب زنا نه آنها کم کند. از سوی دیگر هوپ وود و اسکات (۲۱) در فراتحلیلی نشان دادند که بر اساس کارآیی بالینی، درمان ذهن آگاهی می تواند موجب کاهش سطح تنیدگی کودکان و نوجوانان شود. علاوه بر این، یافته پری-پاریش و همکاران (۱۹) و هوپ وود و اسکات (۲۱) در نتایج پژوهش خود بیان کرده اند که درمان ذهن آگاهی می تواند در درمان مؤلفه های روان شناختی کودکان و نوجوانان دارای آسیب های روان شناختی روشی مناسب به شمار آید. این پژوهشگران بر این عقیده اند که درمان ذهن آگاهی با افزایش آگاهی شناختی و فراشناختی افراد سبب می شود تا آنها توانایی بیشتری در مهار، مدیریت، و نظارت بر افکار و رفتار خود به دست آورده و خودنظم بخشی بالاتر و پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کمتری را تجربه کنند.

در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود می توان گفت کودکانی که از اختلال روان شناختی و رفتاری رنج می برند، از طریق آموزش ذهن آگاهی فرا می گیرند که احساسات و نشانه های فیزیکی خود را پذیرفته و در نتیجه پذیرش احساسات، توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه ها در آنان کاهش می یابد (۲۱). بر این اساس درمان ذهن آگاهی در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود باعث می شود که آنان با آگاهی از خلق و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز

هیجانان، مخصوصاً هیجانان منفی در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که در نتیجه میزان تکانشگری در آنان کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود ممکن است از وجود هیجانان مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند (۵) و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی و اجتماعی نتوانند به خوبی از هیجانان خود استفاده کنند. همچنین آنها ممکن است به میزان زیادی تحت تأثیر هیجانان منفی خود قرار گیرند، زیرا مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی آنان باعث می‌شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند؛ اما درمان ذهن آگاهی به آنان کمک می‌کند که از وجود عواطف منفی و تأثیر نامطلوب آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی عواطف و هیجانان منفی در موقعیت‌های مختلف، نسبت به سالم نگه داشتن شرایط زندگی خویش تلاش کنند و از این طریق، به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی همچون تکانشگری مبادرت ورزند.

یافته دوم پژوهش حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی کودک محور منجر به کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود شده است. یافته حاضر با نتایج پژوهش سمپل و لی (۱۸)، هافمن و گومز (۲۰)، هوپ‌وود و اسکات (۲۱)، کروسول و همکاران (۲۲)، و کروسکا و همکاران (۲۳) همسو است. چنانکه سمپل و لی (۱۸) با پژوهشی تحت عنوان تأثیر روی آوردهای ذهن آگاه محور برای کودکان و نوجوانان بیان کرده‌اند که می‌توان در درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از شیوه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کرد. پژوهش هافمن و گومز (۲۰) نیز نشان داد که درمان ذهن آگاهی می‌تواند به کاهش افسردگی و اضطراب منجر شود. همچنین کروسول و همکاران (۲۲) بیان کردند که درمان ذهن آگاهی با به کارگیری آگاهی شناختی و هیجانی می‌تواند سلامت هیجانی افراد را ارتقا بخشد. سرانجام مطالعات کروسکا و همکاران (۲۳) نیز حاکی از آن بود که با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌توان افکار تهدیدآمیز مانند افکار اضطرابی در افراد را تحت تأثیر قرار داده و از مشکلات رفتاری و هیجانی آنها کاست.

در تبیین تأثیر مثبت ذهن آگاهی کودک محور بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود شده می‌توان بیان کرد که در ذهن آگاهی، فرد در لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن یعنی «انجام دادن» و دیگری «بودن» می‌آموزد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر سوق دهد (۲۲) که این موضوع می‌تواند با استفاده از راهبردهای رفتاری، شناختی، و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه انجام شود. باید یادآور شد که در حالت‌های ذهن آگاهانه، چرخه اطلاعات از وضعیت دو طرفه معیوب، به سوی تجربه فوری و کنونی متمایل می‌شود. در واقع افراد با آموزش ذهن آگاهی می‌آموزند که رفتارهای عادی را از حالت جمود و خشکی خارج کرده و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به سوی اهداف خنثی، شرایط را برای تغییر ممکن سازند. از سوی دیگر ذهن آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی از راهبردهای سازش یافته مفیدی مانند صبر و شکیبایی، فقدان قضاوت و ارزشیابی، ذهن آغازگر، درگیر نشدن، پذیرش، و رها شدن استفاده می‌کند (۲۲) که این راهبردها بازدارنده پاسخ را در کودکان طولانی کرده و باعث می‌شود که رفتارهای پرخاشگرانه کمتری از کودک مشاهده شود. در حقیقت ذهن آگاهی با تحت تأثیر قرار دادن شرایط ذکر شده، به افزایش کمیت و کیفیت رفتارهای مراقبتی منجر شده و باعث کاهش مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود می‌شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌ها و مشکلاتی مواجه بود که باید در کاربرد یافته‌ها به آنها توجه کرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی به دلیل عدم دسترسی کامل به جامعه آماری پژوهش، و عدم بهره‌مندی از پویایی گروه در فرایند آموزش به دلیل شرایط خاص کودکان دارای اختلال رفتاری برون نمود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در سطح نظری پژوهش‌های آینده با اجرای مرحله پیگیری، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی، و روی گروه‌ها و اختلال‌های مختلف انجام شود تا روایی درونی و بیرونی پژوهش جهت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود که درمان ذهن آگاهی کودک محور به عنوان یک روش درمانی برای کاهش تکانشگری و پرخاشگری

کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود مورد استفاده قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج این مطالعه مبنی بر تأثیر درمان ذهن آگاهی کودک محور بر کاهش تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود پیشنهاد می شود که از این روش درمانی در کلینیک های روان شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی مراکز آموزش و پرورش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود دوره های ضمن خدمت و کارگاه های آموزشی عملی جهت آموزش این روش به مشاوران مقاطع مختلف مدارس برگزار شود تا آنها شیوه کاربرد این روش درمانی را در کاهش تکانشگری و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون نمود آموخته و در موقعیت مقتضی از آن استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن از طرف آموزش و پرورش منطقه ۱۹ شهر تهران صادر شده و تحت نظارت گروه مشاوره این منطقه انجام شده است. بدین وسیله از دانش آموزان حاضر در پژوهش جهت حضور و همکاری کامل قدردانی می شود. همچنین لازم است از مسئولین آموزش و پرورش منطقه ۱۹ تهران که اجازه انجام پژوهش حاضر را فراهم کردند، تقدیر می شود.

تضاد منافع: لازم به ذکر است که هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان این مقاله گزارش نشده است.

References

- Kostev K, Teichgräber F, Konrad M, Jacob L. Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients. *J Affect Disord*. 2019; 245: 697-701. [Link]
- Farmer RF, Gau JM, Seeley JR, Kosty DB, Sher KJ, Lewinsohn PM. Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 164: 38-46. [Link]
- Gump BB, Dykas MJ, MacKenzie JA, Dumas AK, Hruska B, Ewart CK, et al. Background lead and mercury exposures: psychological and behavioral problems in children. *Environ Res*. 2017; 158: 576-582. [Link]
- Landers AL, Bellamy JL, Danes SM, White Hawk S. Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev*. 2017; 81: 413-421. [Link]
- Listug-Lunde L, Bredemeier K, Tynan WD. Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders: Generalizability to typical clinical settings. *Int J Behav Consult Ther*. 2005; 1(2): 124-129. [Link]
- Hoseini Yazdi SA, Mashhadi A, Kimiaee SA, Asemi Z. Effectiveness of children of divorce intervention program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce. *Family Psychology*. 2015; 2(1): 3-14. [Persian]. [Link]
- Jackson DB, Vaughn MG. Maternal medical risks during pregnancy and childhood externalizing behavior. *Soc Sci Med*. 2018; 207: 19-24. [Link]
- Hicks BM, South SC, DiRago AC, Iacono WG, McGue M. Environmental adversity increases genetic risk for externalizing disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(6): 640-648. [Link]
- Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther*. 2015; 75: 60-71. [Link]
- Doh H-S, Shin N, Kim M-J, Hong JS, Choi M-K, Kim S. Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. *Child Youth Serv Rev*. 2012; 34(9): 1742-1748. [Link]
- Galle Girian S, Deireh E. Comparison of the effect of metacognitive therapy and attachment-based therapy on externalizing problems in aggressive children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(1): 24-34. [Persian]. [Link]
- Jia S, Wang L, Shi Y. Relationship between parenting and proactive versus reactive aggression among Chinese preschool children. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014; 28(2): 152-157. [Link]
- Maughan DR, Christiansen E, Jenson WR, Olympia D, Clark E. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: a meta-analysis. *School Psych Rev*. 2005; 34(3): 267-286. [Link]
- Thorberg FA, Lyvers M. Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addict Res Theory*. 2010; 18(4): 464-478. [Link]
- Heinz AJ, Bui L, Thomas KM, Blonigen DM. Distinct facets of impulsivity exhibit differential associations with substance use disorder treatment processes: a cross-sectional and prospective investigation among military veterans. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 55: 21-28. [Link]
- Bordick D. Mindfulness skills for the children and adolescents. Monshe'ie GR, Asli Azad A, Hoseini L, Tayebi P. (Persian translator). First edition. Isfahan: Isfahan Islamic Azad University publication (Khorasgan); 2017, pp: 369-375. [Persian].
- Ghasemi Bistagani M, Musavi Najafi F. Effectiveness of child-centered mindfulness on social skills and self-efficacy of children with learning disabilities. *Social Behavior Research & Health*. 2017; 1(2): 91-99. [Link]
- Semple RJ, Lee J. Chapter 8 - mindfulness-based cognitive therapy for children. In: Baer RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches*. Second Edition. San Diego: Academic Press; 2014, pp: 161-188. [Link]
- Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EMS. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016; 46(6): 172-178. [Link]
- Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4): 739-749. [Link]
- Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post-traumatic stress. *Clin Psychol Rev*. 2017; 57: 12-20. [Link]
- Crosswell AD, Moreno PI, Raposa EB, Motivala SJ, Stanton AL, Ganz PA, et al. Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from

- induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 86: 78–86. [\[Link\]](#)
23. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *J Affect Disord*. 2018; 225: 326–336. [\[Link\]](#)
 24. Christopher MS, Hunsinger M, Goerling LtRJ, Bowen S, Rogers BS, Gross CR, et al. Mindfulness-based resilience training to reduce health risk, stress reactivity, and aggression among law enforcement officers: A feasibility and preliminary efficacy trial. *Psychiatry Res*. 2018; 264: 104–115. [\[Link\]](#)
 25. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006; 62(3): 373–386. [\[Link\]](#)
 26. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Pers Individ Dif*. 2010; 49(7): 815–818. [\[Link\]](#)
 27. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009; 47(5): 366–373. [\[Link\]](#)
 28. Camfferman R, Jansen PW, Rippe RCA, Mesman J, Derks IPM, Tiemeier H, et al. The association between overweight and internalizing and externalizing behavior in early childhood. *Soc Sci Med*. 2016; 168: 35–42. [\[Link\]](#)
 29. Hoseini Yazdi SA, Mashhadi A, Kimiaee SA, Asemi Z. Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce. *Famil Psychol*, 2015; 2(1): 3-14. [Persian]. [\[Link\]](#)
 30. Glosser R. Examination of the relationship between the child behavior checklist/ 6-18 and the social responsiveness scale parent forms using individuals with high functioning autism [Doctoral Thesis]. [Pennsylvania, USA]: Indiana University of Pennsylvania; 2011, pp: 117-120. [\[Link\]](#)
 31. Nakamura BJ, Ebesutani C, Bernstein A, Chorpita BF. A Psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *J Psychopathol Behav Assess*. 2009; 31(3): 178–189. [\[Link\]](#)
 32. Shahim S. Overt and relational aggression in primary school children. *Psychological Research*. 2006; 9(1-2): 27-44. [Persian]. [\[Link\]](#)
 33. Vahedi S, Fathi Azar E, Hosseini Nasab SD, Moghaddam M. Validity and reliability of the aggression scale for preschoolers and assessment of aggression in preschool children in Uromia. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10(37): 15-24. [Persian]. [\[Link\]](#)
 34. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004; 11(3): 191–206. [\[Link\]](#)
 35. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli Djavaid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3): 326–336. [Persian]. [\[Link\]](#)
 36. Jalali Dehkordi D, Aghababaei A. Comparing the effect of drug substance abuse prevention method on impulsiveness and coping strategies in male students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012; 13(50): 5-17. [Persian]. [\[Link\]](#)
 37. Naderi F, Hagh Shenaf F. The relationship between impulsivity, loneliness and the mobile phone usage rate in male and female students of Ahvaz Islamic Azad university. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009; 4(12): 111-121. [Persian]. [\[Link\]](#)