



اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده پیراپزشکی و روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مصطفی دارابی^{id}

داوود معنوی پور*^{id}

اکبر محمدی^{id}

iraniandistdp@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
http://Aftj.ir

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۱۳۳-۱۱۵
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی بود. روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بوده است. روش نمونه‌گیری از نوع داوطلبانه بود. از داوطلبان گروه آزمایش پیش از اجرای مداخله‌های ذهنی‌سازی پیش‌آزمون گرفته شده و بعد از مداخله، پس‌آزمون و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند ولی آنها نیز پیش‌آزمون و پس‌آزمون داده‌اند. گروه نمونه دانش‌آموزان مقطع دوره اول و دوم دبستان دارای مشکلات رفتاری بوده‌اند. گروه آزمایش در هشت جلسه به صورت هتگی تحت آموزش جلسات ذهن‌آگاهی (بوردیک، ۲۰۱۴) قرار گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک-آخنباخ (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۷) بوده است. در این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی اختلاف میانگین‌ها استفاده و تحلیل داده‌ها نیز به کمک نرم افزار ۲۴ spss انجام شده است. یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه‌های اضطراب/افسردگی ($F=78/35$ ، $P<0/001$)، گوشه‌گیری/افسردگی ($F=16/95$ ، $P<0/001$)، شکایات جسمانی ($F=19/65$ ، $P<0/001$)، مشکلات تفکر ($F=60/34$ ، $P<0/001$)، رفتار قانون شکنی ($F=12/86$ ، $P<0/001$) و رفتار پرخاشگرانه ($F=79/61$ ، $P<0/001$) موثر بوده است. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ذهنی‌سازی، مشکلات رفتاری، هیجان، کودکان.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(دارابی، معنوی پور و محمدی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

دارابی، مصطفی، معنوی پور، داوود، و محمدی، اکبر. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی. خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۴(۱)، ۱۱۵-۱۳۳.

مقدمه

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تامین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (حیدری و محمودی، ۱۳۹۵). مشکل رفتاری، به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار و مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد؛ به طوری که در عملکردهای تحصیلی- رفتاری، دچار درماندگی و یا کاهش میزان کارایی گردد (حاج رسولی‌ها و یزدخواستی، ۱۳۹۵). مشکلات هیجانی زمانی بیان می‌شود که کودک یا نوجوان قادر به کنترل هیجان و رفتار خود نباشد همچنین، منظور از مهارت‌های کودکان، مجموعه فعالیت‌ها، اجتماع و عملکرد در مدرسه می‌باشد (سیه، ۲۰۱۳). وجود مشکلات رفتاری و روانی در دوره کودکی مساله مهمی است، زیرا تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا روانی افراد را در بزرگسالی پی ریزی می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۶). کودکان با مشکلات رفتاری بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند. اختلال‌های رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی درب‌رگیرنده رفتارهای هستند که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نمی‌باشند و منجر به تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل می‌شود. این مشکلات حاصل تعامل کودک با محیط وی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۷؛ به نقل از رضائی، ۱۳۹۷). مک ماهون (۲۰۱۴) در بررسی‌های مختلف به صورت پایدار و هماهنگ نشان داد مشکلات رفتاری در دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده افزایش احتمال ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی است (حاتمی، ۱۳۹۴). بروز مشکلات رفتاری در طول سالهای اولیه زندگی تأثیر نامطلوبی بر فرآیند رشد طبیعی کودک دارد؛ خصوصاً مشکلات رفتاری برون‌سازی در کودکان (مانند بیش‌فعالی و پرخاشگری) که میتواند منجر به مشکلات روانشناختی مزمن و عملکرد تحصیلی ضعیف شود (میدوهاس و کوآنگ، ۲۰۱۴).

دوران کودکی دوره‌ای حیاتی است که مبنای عملکرد جسمانی و روانی- اجتماعی در آن شکل می‌گیرد؛ یک فرآیند رشدی که نسبت به شرایط پرسترس مانند بیماریهای جدی آسیب‌پذیر است. تجربه رویدادهای استرسزا در طول دوران کودکی میتواند منجر به آسیب به جنبه‌های عصبی‌زیستی و غدد درون‌ریز شود. این رویدادها همچنین رشد کودکان را در حوزه‌های رفتاری، هیجانی، اجتماعی، جسمانی و شناختی تحت‌تأثیر قرار میدهد. تجربه استرس در دوران کودکی میتواند موجب احساس گناه، افسردگی، عزت‌نفس پایین، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، خشم و پرخاشگری و مشکلاتی در خودکنترلی. تجربه رویدادهای استرسزا در دوران کودکی رفتار اجتماعی آنان را در کوتاه مدت و بلندمدت شود و پیامدهای روانشناختی جدی در سراسر زندگی آنها به وجود آورد؛ همچنین میتواند منجر به آسیب‌پذیری بیشتر فرد در ابتلاء به مشکلات روانی در طول بزرگسالی شود (کار و مارتین، ۲۰۱۳). از طرفی با توجه به آسیب‌پذیری بالای این نسل که در معرض خطر روز افزون مشکلات چون افسردگی و اضطراب، خودکشی، انحرافات نظیر بزهکاری، سوء مصرف مواد قرار دارند و نیز باتوجه به نیازهای بهداشتی به خصوص نیازمندی‌های بهداشت روانی که از اولویت برنامه توسعه بهداشتی کشور است، بررسی شیوع آسیب‌شناسی روانی دانش‌آموزان و عوامل همراه و مرتبط با آن کمک‌شایانی به شناخت و یافتن راه‌کارهای مناسب در برنامه ریزی‌های استان و در صورت امکان کل کشور می‌کند (فیروزی و آزادفر، ۱۳۹۸).

درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT)^۱ نوع خاصی از روان درمانی روان پویایی است که بیتمن و فونای (۲۰۰۴) برای درمان بیماران مبتلا به BPD ابداع کرده‌اند (بیتمن و فونای، ۲۰۰۴). ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (بیتمن و فونای، ۲۰۱۳). یک درمان مبتنی بر ذهنی سازی رویکرد درمانی ساختار یافته‌ای است که به سه مرحله متمایز تقسیم می‌شود. اهداف کلی مرحله اول عبارت است از: ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرار داد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند (بیتمن و فونای، ۲۰۱۶). هدف مرحله میانی، تحریک ظرفیت ذهنی سازی قوی تر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده سازی بیمار برای پایان دادن به درمان انجام می‌شود. کانون اصلی ذهنی سازی کمک به درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشجاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (اولویرا و راهیوری، ۲۰۱۷).

چهار بعد را برای ذهنی سازی شناسایی کرده‌اند: خودکار در مقابل کنترل شده، خود در مقابل دیگری، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و شناختی در مقابل عاطفی. توانایی ذهنی سازی مستلزم این است که افراد نتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند (شارپ، ۲۰۱۴). علاوه بر ذهن سازی رویکرد دیگری که به نظر می‌رسد بر مشکلات روانی و هیجانی تاثیر مثبتی داشته باشد ذهن آگاهی است. کابات زین ذهن آگاهی را اینگونه تعریف می‌کند: ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ گونه قضاوت. ذهن آگاهی به ما یاری می‌رساند تا این نکته را درک کنیم که هیجانهای منفی ممکن است رخ دهند، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا بهجای آنکه به رویدادها به طور غیرعادی و بی تامل پاسخ دهد، به آنها با تفکر و تامل پاسخ گویند (رینولدز، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی کسب مهارتی بنیادی است که در آن درمان گفتاری- رفتاری آموخته می‌شود و به مراجع این امکان را می‌دهد که به کمک آن از افکار و احساسات خویش آگاه شود و بهزیستی خود را اعتلا بخشد. پاریش (۲۰۱۰) ذهن آگاهی را روشی توصیف می‌کند که با آن بر خود تسلط می‌یابیم و خودمان را بازیابی می‌کنیم که می‌تواند در یک لحظه، ذهن پراکنده ما را فراخوانده و آن را به صورت یک کل بازیابی کند، به گونه‌ای که بتوانیم در هر لحظه از زندگی حاضر باشیم و از گذشته و آینده وارهییم. آموزش ذهن آگاهی روشی مؤثری برای کاهش استرس و اضطراب امتحانی دانش آموزان است (حامدی و همکاران، ۱۳۹۵) و در کاهش افسردگی در بیماران افسرده نقش دارد (کوشکی و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به مطالب فوق در این پژوهش در پی پاسخ این مسئله مهم می‌باشیم که آیا برنامه مبتنی بر ذهن سازی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی موثر است؟

¹ Mentalization based treatment

روش پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شده است. گروه‌های آزمایش و گواه به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و قبل از اعمال مداخله‌های درمانی در مورد گروه‌های آزمایش، پیش‌آزمون اجرا شد و پس‌آزمون نیز پس از اعمال متغیرهای مستقل در قالب دو روش درمانی مبتنی بر ذهن‌سازی و مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا گردید. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش دانش‌آموزان مقطع دوره اول و دوم دبستان دارای مشکلات هیجانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های راه‌رشد و مطب دکتر شیرازی می‌باشند. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۲۴ نفر (شامل ۱۲ مادر و ۱۲ کودک) از افرادی که برای مشکلات رفتاری به کلینیک‌های راه‌رشد و دکتر شیرازی مراجعه کردند، می‌باشند و سپس به صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش (که مادران در معرض درمان مبتنی بر ذهن‌سازی و کودکان در معرض درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) و ۱۲ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. مادر و کودک در ۸ جلسه متوالی در ۸ هفته، آموزش را دریافت کردند؛ که طی این مدت جلسه‌ها به صورت مداوم و مستمر برگزار گردید و گروه آزمایش برنامه‌های ذهن‌سازی (مادر) به صورت جداگانه دریافت کردند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سباهه رفتاری کودک-آخنباخ (CBCL): در پژوهش حاضر از نسخه فارسی سباهه رفتاری کودکان (CBCL) ترجمه مینایی (۱۳۸۵) استفاده خواهد شد. ابزاری که توسط یکی از والدین و فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به‌خوبی آشناست تکمیل می‌گردد. این ابزار را هم می‌توان به صورت خود گزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد. همچنین CBCL را می‌توان به منظور اندازه‌گیری در زمان یا به دنبال درمان مورد استفاده قرار داد. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایز گذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۷). این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-باز آزمون با یک‌فاصله زمانی ۸-۵ هفته‌ای بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به‌طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ سال استفاده کرد. یزد خواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری- هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸

۰/۶۲-، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده‌اند.

۲. برنامه‌های ذهن سازی (مادر) و ذهن آگاهی (کودک). مادر و کودک در ۸ جلسه متوالی در ۸ هفته، آموزش را دریافت کردند؛ که طی این مدت جلسه‌ها به صورت مداوم و مستمر برگزار گردید و گروه آزمایش برنامه‌های ذهن سازی (مادر) و ذهن آگاهی (کودک) را که در جدول‌های زیر آمده است به صورت جداگانه دریافت کردند. جلسات ذهن آگاهی اقتباس شده از کتاب راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان (بوردیک ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی، ۱۳۹۶) بود.

جدول ۱. سرفصل برنامه‌های آموزشی ذهن سازی برای مادران

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تکمیل پرسشنامه‌ها	معرفی پژوهش، شرح کلی از رئوس برنامه‌ی آموزشی، مصاحبه‌ی کوتاه با تک تک مادران و بحث و در مورد مشکلات رفتاری کودکانشان
جلسه دوم تشریح نیازهای کودکان	تقسیم‌بندی نیازهای کودکان: نیازهای جسمی، نیازهای روانی، تبیین سه نیاز اصلی روانی (بر مبنای نظریه SDT)، نیاز به خودمختاری، نیاز به شایستگی و نیاز به ارتباط، اهمیت نیاز به ارتباط و سرچشمه‌های اضطراب در کودکان
جلسه سوم نحوه گفتگو با کودکان	درک جنبه‌های رمزی گفتگو با کودکان، تلاش برای نشان دادن فهم و درک والد از ذهنیات کودک به خود کودک، پرهیز از گفتگوهای بی حاصل (گفتگوهای منطقی والدین با کودکان)، اساس ارتباط با کودک: مهارت، احترام، تمرکز بر رابطه تا حادثه، تمرکز بر احساسات تا حادثه، اهمیت تفاوت‌های فردی
جلسه چهارم آموزش کودک در زمینه احساسات و عواطف به صورت تجربی و آنی	درک احساسات کودک، پذیرش احساسات کودک، قضاوت نکردن در مورد احساسات کودک، بیان احساسات کودک به زبان خودش (ایفای نقش آینه برای کودک)، عدم انکار احساسات منفی و متناقض کودک و پذیرش آن‌ها (بیان و تصدیق این احساسات و کاهش دادن احساس اضطراب و گناه در کودک)، استفاده از تجارب عاطفی شخصی برای درک تجارب عاطفی کودک، راه‌های غلط مواجهه با احساسات کودکان به ویژه احساسات منفی: انکار، سلب کردن، سرکوب کردن، ظاهر بهتر دادن
جلسه پنجم راه‌های درست انتقاد و تمجید از کودک	تطابق تمجید با تلاش‌ها و کارهای موفقیت آمیز کودک، تطابق انتقاد با کارهای اشتباه کودک نه شخصیت و صفات کلی او، حذف کلام نیشدار ضمن انتقاد، پرهیز از الگوهای متناقض: تهدید، رشوه، وعده، موعظه و سخنرانی، آموزش ادب با بی ادبی و بی‌احترامی، تهدید عامل به خطر افتادن خودمختاری کودک و علل دروغ‌گویی در کودکان و شیوه برخورد با آن.
جلسه ششم ابراز خشم و کاربرد آن در تربیت کودک	شیوه‌های ابراز خشم در مقابل کودک، بیان احساس و نام‌گذاری آن، برون‌ریزی خشم بدون آسیب زدن به طرف مقابل، بیان تمایلات رفتاری خود در هنگام خشم

جلسه هفتم	تعریف مسئولیت‌پذیری، راه‌های ایجاد مسئولیت در کودک: انطباق، هم‌چشمی و رقابت، و الگوپذیری و مسئولیت حق بیان، مسئولیت حق انتخاب
جلسه هشتم	برگزاری جلسه سه‌ساعته پرسش و پاسخ در زمینه مواد آموزشی و مصاحبه با تک‌تک مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نقاط قوت و ضعف برنامه

جدول ۲. سرفصل برنامه‌های آموزشی ذهن آگاهی برای مادران

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای کودکان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها).
جلسه دوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی.
جلسه سوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن.
جلسه چهارم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب. آموزش خوردن ذهن آگاهانه به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و بادی اسکن.
جلسه پنجم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و لمس کردن ذهن آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن آگاهانه.
جلسه ششم	مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن آگاهانه و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان"، "تخته سفید نانوشته"، "ورود به شکاف بین افکار"
جلسه هفتم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی "عوض کردن کانال" و "افکار خود آیند منفی"
جلسه هشتم	مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و بازی "من احساس می‌کنم" و یادداشت نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات. تکرار تمرینات پایه تنفسی و ذهن آگاهی نسبت به حس‌های بدنی و انجام مراقبه "رهایی از افسردگی در لحظه حال".

روش اجرا

نهایتاً نتایج پژوهش پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کدگذاری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار آماری ۲۴ SPSS، از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، درصد، شاخصه‌های رایج مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) تحلیل کواریانس چند متغییره و قبل از آن آزمون‌های آماری مربوط به پیش فرض‌های این تحلیل شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، یکسانی واریانس‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد در گروه آزمایش ۷ پسر و ۵ دختر، و در گروه گواه ۵ پسر و ۷ دختر حضور داشتند. در گروه آزمایش ۶ نفر در کلاس اول دبستان و ۶ نفر در کلاس دوم دبستان، همچنین در گروه گواه نیز، ۷ نفر در کلاس اول دبستان و ۵ نفر در کلاس دوم دبستان حضور داشتند. در گروه آزمایش ۴ نفر فرزند اول، ۱ نفر فرزند دوم، ۳ نفر فرزند سوم و ۴ نفر فرزند چهارم و بالاتر و در گروه گواه ۴ نفر فرزند اول، ۳ نفر فرزند دوم، ۴ نفر فرزند سوم و ۱ نفر فرزند چهارم و بالاتر می‌باشند.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات مشکلات رفتاری کودکان در پیش آزمون، پس آزمون

و پیگیری

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
مشکلات رفتاری- هیجانی	آزمایش	۲۰۷/۲۵	۵/۸۴
	پیش آزمون	۱۳۸/۷۵	۴/۳۷
گواه	پیگیری	۱۵۴/۶۶	۴/۲۴
	پیش آزمون	۲۰۳/۳۳	۴/۰۵
	پس آزمون	۲۰۹/۴۱	۴/۳۷
	پیگیری	۲۱۴/۶۶	۴/۷۱
اضطراب-افسردگی	آزمایش	۳۱/۵۸	۲/۶۰
	پس آزمون	۲۳/۲۵	۱/۵۴
	پیگیری	۲۴/۹۱	۱/۳۱
	پیش آزمون	۳۰/۲۵	۲/۳۰
گواه	پس آزمون	۳۰/۹۱	۲/۶۴
	پیگیری	۳۱/۷۵	۲/۶۳
	پیش آزمون	۱۶/۰۸	۱/۵۶
	پس آزمون	۸/۷۵	۱/۱۳
گوشه افسردگی	آزمایش	۱۱/۰۸	۱/۵۶
	پیش آزمون	۱۵/۷۵	۱/۴۲
	پس آزمون	۱۶/۹۱	۱/۶۲
	پیگیری	۱۷/۵	۲/۰۲
شکایات جسمانی	آزمایش	۱۸/۹۱	۱/۷۲
	پس آزمون	۱۲/۵	۱/۶۲
	پیگیری	۱۴/۰	۱/۵۹
	پیش آزمون	۱۹/۰	۲/۱۷
گواه	پس آزمون	۱۹/۹۱	۲/۲۳
	پیگیری	۲۰/۵۸	۲/۱۰
	پیش آزمون	۲۳/۵۸	۱/۷۲
	پس آزمون	۱۵/۵۰	۱/۷۳
مشکلات اجتماعی	آزمایش	۱۷/۰۸	۱/۴۴
	پیش آزمون	۲۱/۹۱	۱/۷۸
	پس آزمون	۲۲/۵۸	۱/۰۸
	پیگیری	۲۳/۰	۱/۴۱

مشکلات توجه	آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۵۰	۱/۲۴
		پس آزمون	۲۳/۵۰	۱/۴۴
		پیگیری	۲۶/۰۸	۱/۱۶
	گواه	پیش آزمون	۳۵/۰	۱/۴۱
		پس آزمون	۳۵/۰۸	۱/۵۰
		پیگیری	۳۵/۶	۱/۷۲
مشکلات تفکر	آزمایش	پیش آزمون	۱۹/۹۱	۱/۴۴
		پس آزمون	۱۳/۱۶	۱/۶۴
		پیگیری	۱۵/۲۵	۱/۳۵
	گواه	پیش آزمون	۲۰/۲۵	۱/۴۸
		پس آزمون	۲۱/۳۳	۱/۶۱
		پیگیری	۲۲/۱۶	۱/۷۴
رفتار قانون شکنی	آزمایش	پیش آزمون	۲۵/۰۸	۱/۰۸
		پس آزمون	۱۶/۵۸	۱/۵۰
		پیگیری	۱۸/۶۶	۱/۳۰
	گواه	پیش آزمون	۲۶/۱۶	۰/۸۳
		پس آزمون	۲۶/۸۳	۱/۱۱
		پیگیری	۲۷/۵۸	۰/۹۹
رفتار پرخاشگرانه	آزمایش	پیش آزمون	۳۶/۵۸	۱/۲۴
		پس آزمون	۲۵/۵۰	۱/۰
		پیگیری	۲۷/۷۵	۰/۸۶
	گواه	پیش آزمون	۳۵/۰	۱/۱۲
		پس آزمون	۳۵/۸۳	۱/۵۲
		پیگیری	۳۶/۴۱	۱/۱۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره مشکلات رفتاری کودکان در دو گروه آزمایش و گواه، در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارند اما در مرحله پیش آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته است. همچنین در پژوهش حاضر نرمال بودن داده‌ها و پراکندگی جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش‌فرض‌های اساسی این روش شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، و همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون، مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
	درجه آزادی	آماره	معناداری	آماره
مشکلات رفتاری-هیجانی	آزمایش	۱۵	۱/۴۱	۰/۲۲
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۰/۸۵
اضطراب-افسردگی	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱
	گواه	۱۵	۰/۹۷	۰/۱۶

۱۲۳ اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن سازی و ذهن آگاهی (مادر و کودک) در... | اداری و همکاران | خانواده درمانی کاربردی

۰/۴۷	۰/۸۴	۳/۱۶	۰/۱۳۳	۲/۳۹۱	۲۸	۰/۵۱۰	۰/۸۲۲	۱۵	آزمایش	گوشه گیری -
						۰/۳۳۴	۰/۹۳۳	۱۵	گواه	افسردگی
۰/۳۵	۰/۷۷	۲/۵۵	۰/۱۹۶	۱/۷۵۴	۲۸	۰/۹۲۴	۰/۵۳۲	۱۵	آزمایش	شکایات
						۰/۵۱۶	۰/۷۴۸	۱۵	گواه	جسمانی
۰/۳۰	۰/۹۳	۲/۶۷	۰/۳۶۷	۰/۸۴۲	۲۸	۰/۱۲۹	۱/۰۷	۱۵	آزمایش	مشکلات
						۰/۶۵۱	۰/۷۴۵	۱۵	گواه	اجتماعی
۰/۴۶	۰/۹۵	۲/۹۹	۰/۲۷۴	۱/۲۴۶	۲۸	۰/۲۳۵	۱/۰۱۱	۱۵	آزمایش	مشکلات
						۰/۷۳۵	۰/۶۲۷	۱۵	گواه	توجه
۰/۳۳	۰/۸۰	۳/۱۸	۰/۶۹۵	۰/۱۵۷	۲۸	۰/۳۲۶	۰/۹۱۲	۱۵	آزمایش	مشکلات تفکر
						۰/۶۲۹	۰/۷۳۱	۱۵	گواه	
۰/۳۶	۰/۸۹	۲/۱۸	۰/۲۲۱	۱/۰۷۰	۲۸	۰/۸۴۵	۰/۶۲۰	۱۵	آزمایش	رفتار قانون
						۰/۳۰۴	۰/۹۷۳	۱۵	گواه	شکنی
۰/۲۴	۰/۸۵	۲/۴۴	۰/۱۱۲	۲/۷۰۲	۲۸	۰/۹۴۷	۰/۴۳۷	۱۵	آزمایش	رفتار
						۰/۹۲۲	۰/۵۴۵	۱۵	گواه	پرخاشگرانه

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مشکلات رفتاری کودکان در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
مشکلات رفتاری - هیجانی	زمان*گروه	۷۱۷/۸۰۰	۲	۳۵۸/۹۰۰	۴۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
اضطراب - افسردگی	گروه	۴۴۰/۳۵۶	۱	۴۴۰/۳۵۶	۳۴/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
گوشه گیری - افسردگی	زمان*گروه	۸۶۱/۸۰۰	۲	۴۳۰/۹۰۰	۸۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
شکایات جسمانی	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
مشکلات رفتاری - هیجانی	زمان*گروه	۱۰۶/۴۶۷	۲	۵۳/۲۳۳	۱۵/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
اضطراب - افسردگی	گروه	۸۸/۸۱۷	۱	۸۸/۸۱۷	۱۶/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
شکایات جسمانی	زمان*گروه	۱۷۰/۵۵۶	۲	۸۵/۲۷۸	۲۵/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
مشکلات رفتاری - هیجانی	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۱۹/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
مشکلات رفتاری - هیجانی	زمان*گروه	۲۶۱/۶۲۲	۲	۱۳۰/۸۱۱	۴۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸

مشکلات اجتماعی	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۰/۴۳۳	۰/۰۰۱	۲۱/۲۳۵
مشکلات توجه	زمان*گروه	۳۲/۲۸۹	۲	۳۲/۲۸۹	۰/۵۲۹	۰/۰۰۱	۲۰/۴۹۲
مشکلات تفکر	گروه	۵۴/۱۵۰	۱	۵۴/۱۵۰	۰/۲۷۸	۰/۰۰۳	۱۰/۸۰۴
رفتار قانون شکنی	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۱۰۸۶/۴۶۷	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱	۶۳/۹۶۴
رفتار پرخاشگرانه	گروه	۴۶۴/۸۱۷	۱	۴۶۴/۸۱۷	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱	۶۰/۳۴۷
	زمان*گروه	۱۷۹/۲۸۹	۲	۱۷۹/۲۸۹	۰/۵۱۵	۰/۰۰۱	۳۱/۴۱۹
	گروه	۴۸/۶۰۰	۱	۴۸/۶۰۰	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۱۲/۸۶۲
	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۱۰۸۶/۴۶۷	۰/۵۱۵	۰/۰۰۱	۲۹/۷۰۴
	گروه	۹۲۸/۲۶۷	۱	۹۲۸/۲۶۷	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱	۷۹/۶۱۴

نتایج از جدول ۵ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد مشکلات رفتاری کودکان معنادار است ($p < 0/01$). این یافته بیانگر این است که آموزش ذهن آگاهی موجب بهبود مشکلات رفتاری کودکان شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود مشکلات رفتاری کودکان بود ($p < 0/01$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی آموزش ذهن آگاهی در ابعاد مشکلات رفتاری

کودکان در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
مشکلات رفتاری - هیجانی	پیش	۶۹/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۳/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پس	۱۶/۹۲	۱/۲۲	۰/۰۰۱
اضطراب - افسردگی	پیش	۸/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۹۰	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پس	۰/۹۶	۱/۲۹	۰/۱۴۷
گوشه گیری - افسردگی	پیش	۸/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۹۰	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پس	۳/۰۶	۱/۳۳	۰/۰۳۲
شکایات جسمانی	پیش	۶/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳/۷۴	۱/۱۵	۰/۰۳۰
	پس	۱/۵۰	۱/۱۲	۰/۰۹۶
مشکلات اجتماعی	پیش	۸/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۵۷	۱/۲۱	۰/۰۰۱

۰/۰۸۱	۱/۱۹	-۱/۹۵	پیگیری	پس	مشکلات توجه
۰/۰۰۱	۱/۱۵	۱۲/۳۰	پس	پیش	
۰/۰۰۱	۱/۲۱	۹/۵۷	پیگیری		
۰/۰۶۸	۱/۲۲	-۲/۸۸	پیگیری	پس	مشکلات تفکر
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۶/۸۳	پس	پیش	
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۴/۴۸	پیگیری		
۰/۱۲۰	۰/۳۳	-۱/۶۱	پیگیری	پس	رفتار قانون شکنی
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۹/۸۳	پس	پیش	
۰/۰۰۱	۰/۳۶	۷/۳۵	پیگیری		
۰/۰۹۸	۰/۳۵	-۲/۲۲	پیگیری	پس	رفتار پرخاشگرانه
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱۱/۴۸	پس	پیش	
۰/۰۰۱	۰/۳۶	۹/۳۵	پیگیری		
۰/۱۳۸	۰/۳۷	-۱/۶۴	پیگیری	پس	

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۶ نشان داد ابعاد مشکلات رفتاری کودکان در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($P < 0/001$). تغییرات گروه آزمایش در طی زمان نشان داد ابعاد مشکلات رفتاری کودکان در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می شود که اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن سازی (مادر) بر متغیرهای وابسته تا مرحله پیگیری بطور کلی تداوم داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مشکلات رفتاری کودکان بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه های اضطراب/افسردگی ($P < 0/001$)، گوشه گیری/افسردگی ($P < 0/001$)، شکایات جسمانی ($P < 0/001$)، مشکلات تفکر ($P < 0/001$)، رفتار قانون شکنی ($P < 0/001$) و رفتار پرخاشگرانه ($P < 0/001$) موثر بوده است. نتایج با تحقیقات ولی پور و همکاران (۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۹) و فونگی و باتمن (۸)، سمپل و همکاران (۹)، بوگلس و همکاران (۱۰) همسو می باشد.

از منظر تکاملی استرس و تنیدگی در موقعیتهای تنش زای فرزندپروری منجر به فرزندپروری واکنشی، مضطربانه و فوق حفاظتی می شود. تنیدگی مادران حاصل تنش افراطی وابسته به تعاملات مادر و کودک است. شواهد نشان می دهد وقتی مادران تنیده یا افسرده هستند یا از استرس حاد رنج می برند و یا تعارضاتی در روابط شان تجربه می کنند، احتمالاً در فرزندپروری کارآمد که پاسخگو و حساس نسبت به فرزندانشان باشند، با مشکلاتی مواجه می شوند (دانکن و شادپکس، ۲۰۱۵). از این رو شناسایی موقعیتهای تنیدگی زای

والدین، فرزندان و کسب مهارت‌های برخورد صحیح با فرزندان از الزامات فرزندپروری است که در این پژوهش به اثرات آن از رویکرد فرزندپروری ذهن آگاهانه پرداخته شد. یکی از اهداف فرزندپروری ذهن آگاهانه، پیشرفت در فرزندپروری تحت شرایط تنیدگی زیاد است. در این رویکرد، تمرکز اولیه آموزش به جای مشکلات رفتاری کودک بر تنیدگی، رنج و آسیب‌شناسی روانی والدین می‌باشد.

در تبیین اثربخشی ذهنی‌سازی می‌توان گفت که در کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی والدین نمی‌توانند احساسات، خواسته‌ها و نیازهای کودک را درک کنند و توافق نداشتن کودک و والدین در زمینه‌های مختلف وجود دارد. از نظر بلبیگ (۲۰۱۳) این مساله همچون گفت و گویی در بین ناشنویان است چرا که تعارضات حل نشده والدین مانع فهم نیازهای طبیعی کودک می‌شود. در این گونه مواقع کسی که احساس شنیده نشدن یا درک نشدن می‌کند و هیچ‌امیدی ندارد که کس دیگر بتواند از دیدگاه فردی او قدردانی کند، تطبیق بسیار کمتر شده و نیازها و احساس‌های او در نظر گرفته نمی‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به فرد کمک می‌کند تا کیفیت روابط بین فردی از طریق شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنی‌سازی مادر در وضعیت‌های هیجانی و عاطفی افزایش یابد. نشانگرهای ذهنی‌سازی از جمله کنجکاو، احترام، همدلی، همدردی و وساطت در مادر بررسی می‌شود، آن‌گاه تعامل کودک و خانواده برای ارزیابی ظرفیتهای ذهنی‌سازی اتفاق می‌افتد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کودک بر کاهش مشکلات رفتاری-هیجانی می‌توان گفت تمرین‌های ذهن آگاهی به کودکان می‌آموزد که در زمان حال زندگی کنند و به افکار، احساسات و حواس بدنی خود توجه کنند و همچنین با خود مهربان باشند و قضاوت نکنند. همچنین به آنها کمک می‌کند تا تفکر مبتنی بر گذشته که ویژگی خلق افسده است و تفکر مبتنی بر آینده که ویژگی اضطراب است دست بردارند، مهارت‌های حل مساله را در خود پرورش دهند و راهبردهای مقابله‌ای کارآمدی را در مواجهه با رویدادها به کار برند؛ بدین صورت کودکان می‌آموزند فقط به مشاهده رویدادها پرداخته و از واکنش خودکار و عادت‌های رویدادها دست بردارند و همچنین از جنبه‌های گوناگون به اکتشاف یک رویداد، موقعیت و یا شی‌پردازند و تمام جنبه‌های آن را بررسی کنند و بهترین راه حل را انتخاب کرده و با حل مساله مؤثر به گونه‌ای مناسب واکنش نشان دهند. بدین ترتیب می‌توانند هیجان‌های خود را بهتر مهار کنند و در نتیجه مشکلات رفتاری و هیجانی آنها کاهش می‌یابد (ولی پور و همکاران، ۱۳۹۶).

استفاده از سه پرسشنامه خود گزارشی، امکان اینکه در اطلاعات بدست آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ چرا که بعضی شرکت‌کنندگان ممکن است برای بهتر نشان دادن خود بعضی سوالات را با سوگیری جواب دهند. محدود بودن جامعه پژوهش به شهر تهران و سه کلینیک روانشناختی، تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم توانایی کنترل تمامی متغیرهای مزاحم نظیر هوش، همبودهای دیگر مانند اختلال و کمک‌های درمانی که قبل از شرکت در پژوهش داشته‌اند. پژوهشگران می‌توانند از سایر روش‌ها مانند مصاحبه نیز برای به دست آوردن اطلاعات دقیق استفاده نمایند. در این پژوهش، آموزش فقط برای مادران دانش‌آموزان اجرا شد. از اینرو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی درمان مبتنی بر ذهن‌سازی برای مادران و پدران به طور همزمان صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها نیز انجام شود تا نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاضر قابل مقایسه باشد. بررسی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری-

هیجانی در مقاطع مختلف تحصیلی و گسترش جامعه آماری در مطالعات بعدی به رده‌های سنی دیگر و سایر شهرها و استان‌های کشور.

پیشنهاد می‌شود از مداخلات انجام شده در این پژوهش جهت آموزش به دیگر سنین در دیگر مقاطع تحصیلی و خانواده‌های آنان (پدران و مادران) بر سایر متغیرهای روانشناختی انجام و در قالب طرح‌های پژوهشی، فرایندهای مختلف این دو رویکرد را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به اثربخشی و تاثیرگذاری این دو رویکرد بر مادران و کودکان، پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و درمانگران مراکز مشاوره از این رویکرد درمانی در گروه‌های درمانی و کلاس‌های آموزشی جهت بهبود مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و نوجوانان بهره ببرند. تدوین برنامه‌هایی جهت آگاهی دادن به والدین در زمینه مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و تاثیر آنها در شکل‌گیری رفتار و شخصیت آنان. شناسایی متغیرهای مرتبط با مشکلات رفتاری-هیجانی، کمرویی، پرخاشگری و... و سعی در ارتقاء این متغیرها تا نهایتاً با افزایش کیفیت و رضایت از زندگی در فضایی توأم با آرامش و اعتماد کودکان نیز بهبود یابند. شناسایی مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان و نوجوانان و سعی در تغییر این مشکلات از طریق سایر روش‌های آموزشی و مداخله‌های درمانی. بر مبنای یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن سازی و ذهن آگاهی نقش بی نظیری در درمان مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان داشته است. بنابراین به والدین و درمانگران پیشنهاد می‌شود که جهت رشد و بالندگی و غنی تر شدن روابطشان با فرزندان‌شان از این تکنیکها زیر نظر متخصصان استفاده بیشتری نمایند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از شرکت‌کنندگان محترم جهت همکاری صمیمانه در فرایند پژوهش قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- رضایی فرح آبادی، سمانه؛ مظاهری، محمدعلی؛ امیری، شعله؛ طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر دل‌بستگی بر کاهش رفتار پرخاشگرانه و قانون شکنی در دختران نوجوان. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۱۳، ۲۴-۹۷.
- ساطوریان، سید عباس؛ هراتیان، عباسعلی؛ طهماسیان، کارینه؛ احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده در کودکان: ترتیب تولد و فاصله سنی. مجله روانشناسی تحولی روانشناسان ایران، ۱۲(۹۴)، ۱۸۷-۱۷۳.
- ولی پور، موریانا؛ حسینیان، سیمین؛ پورشهریاری، مهسپما. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۴)، ۴۶-۳۴.

References

- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(2), 193-209.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 8(1), 87-114.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2012). What is mentalization? In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child* (pp. 11-34). London: Routledge.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2016). Psychic reality and the nature of consciousness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 5-24.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66.
- Galle Girian, S., & Deireh, E. (2017). Comparison of the effect of metacognitive therapy and attachment-based therapy on externalizing problems in aggressive children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 4(1), 24-34.
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: the role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 901.
- Midouhas, E., Kuang, Y., & Flouri, E. (2014). Neighbourhood human capital and the development of children's emotional and behavioural problems: The mediating role of parenting and schools. *Health & Place*, 27, 155-161.
- De Oliveira, C., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, M. A., & Louppe, F. (2016). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'encephale*, 43(4), 340-345.
- Sharp, C. (2014). The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 211-225). Springer, New York, NY.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*, 19(2), 218-229.

سیاحه رفتاری آنباخ

سوالات	خبر	بعضی مواقع	بلی
۱			
بچه گانه تر از سن خود رفتار می کند.			
۲			
حساسیت (آرژوی) دارد. (نوع حساسیت را توضیح دهید: _____)			
۳			
زیاد جر و بحث می کند.			
۴			
آسم یا تنگی نفس دارد.			
۵			
اگر کودک یا نوجوان پسر است می پرسیم «مثل دخترها رفتار می کند» اگر کودک یا نوجوان دختر است می پرسیم «مثل پسرها رفتار می کند»			
۶			
بیرون از توالت مدفوع می کند. در هر مکانی آب دهانش را می اندازد (تف می کند)			
۷			
مغرو است و از خودش تعریف می کند.			
۸			
نمی تواند حواسش را جمع کند، نمی تواند توجه اش را برای مدت طولانی نگه دارد.			
۹			
بعضی فکرها را نمی تواند از ذهنش خارج کند (فکر وسواسی).			
۱۰			
نمی تواند آرام بنشیند، بی قرار است یا زیاد فعال است.			
۱۱			
به بزرگسالان می چسبد، یا خیلی به آنها وابسته است.			
۱۲			
از تنهایی شکایت می کند.			
۱۳			
گیج یا سردرگم به نظر می رسد.			
۱۴			
زیاد گریه می کند.			
۱۵			
با حیوانات بی رحم است.			
۱۶			
نسبت به دیگران بی رحم است، زورگو است و دیگران را آزار می دهد.			
۱۷			
خیال پردازی می کند یا در افکار خودش غرق می شود.			
۱۸			
عمداً به خودش صدمه می زند یا قصد از بین بردن خود را دارد.			
۱۹			
دلش می خواهد به او زیاد توجه کنند.			
۲۰			
وسائلش را خراب می کند.			
۲۱			
وسائل متعلق به خانواده اش یا وسایل دیگران را خراب می کند.			
۲۲			
در خانه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۳			
در مدرسه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۴			
خوب غذا نمی خورد.			
۲۵			
با بچه های دیگر سازگاری ندارد.			
۲۶			
از رفتار بد خود، پشیمان نمی شود.			
۲۷			
حسود است.			
۲۸			
قوانین و قواعد را در خانه، مدرسه و در جاهای نقض می کند.			
۲۹			
از حیوانات، وضعیت ها، موقعیتی ها یا بعضی جاهای خاص (غیر از مدرسه) می ترسد (توضیح دهید از چه می ترسد: _____)			
۳۰			
از رفتن به مدرسه می ترسد.			
۳۱			
از این که فکر بدی به سرش بزند یا عمل بدی انجام دهد، می ترسد.			
۳۲			
احساس می کند که باید از هر جهت بی عیب و نقص باشد.			
۳۳			
احساس می کند که هیچ کس او را دوست ندارد.			
۳۴			
احساس می کند دیگران دست نیافتنی هستند.			
۳۵			
احساس بی ارزشی می کند، خودش را کمتر از آنچه هست می پندارد.			
۳۶			
زیاد به خود صدمه می زند، مستعد آسیب دیدن است.			

۳۷	زیاد جنگ و دعوا می‌کند.		
۳۸	زیاد سر به سر دیگران می‌گذارد.		
۳۹	دور و بر بچه‌هایی می‌گردد که در درس، درست می‌کنند.		
۴۰	صداهایی می‌شوند که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به شنیدن آنها نیستند). (توضیح دهید: _____)		
۴۱	بدون فکر عمل می‌کند.		
۴۲	تنهایی را دوست دارد.		
۴۳	دروغ می‌گوید، حيله گری و تقلب می‌کند، دیگران را گول می‌زند.		
۴۴	عادت به ناخن جویدن دارد.		
۴۵	زیاد حساس است، زود عصبی و هیجان زده می‌شود.		
۴۶	حرکات و پرش‌های غیرارادی در اندام بدن خود دارد. (توضیح دهید: _____)		
۴۷	خواب‌های وحشتناک می‌بیند.		
۴۸	بچه‌های دیگر او را دوست ندارند.		
۴۹	یبوست دارد.		
۵۰	بسیار ترسوست و مضطرب می‌شود.		
۵۱	احساس سرگیجه می‌کند.		
۵۲	زیاد احساس گناه می‌کند.		
۵۳	زیاد غذا می‌خورد (پر خور است).		
۵۴	بیش از اندازه احساس خستگی می‌کند.		
۵۵	اضافه وزن دارد.		
۵۶	از مشکلات و ناراحتی‌های جسمی زیر در خود شکایت دارد (مشکلاتی که به نظر پزشکان جسمی نبوده و علت عصبی دارد)		
(الف)	درد در نقاط مختلف بدن		
(ب)	سر درد		
(ج)	حالت تهوع، احساس حال به هم خوردن		
(د)	ناراحتی چشمی (اگر با عینک برطرف نمی‌شود) (توضیح دهید: _____)		
(ه)	جوش یا دیگر مشکلات پوستی		
(و)	دل درد یا دل پیچه		
(ز)	استفراغ یا بالا آوردن		
(ح)	سایر ناراحتی‌ها (قید گردد: _____)		
۵۷	بی دلیل با دیگران کت‌ککاری می‌کند.		
۵۸	با بینی، پوست یا دیگر قسمت‌های بدنش ور می‌رود و آن‌ها را زخم می‌کند. (توضیح دهید: _____)		
۵۹	با آلت تناسلی خود در حضور دیگران ور می‌رود و بازی می‌کند.		
۶۰	با آلت تناسلی خود زیاد بازی می‌کند.		
۶۱	در درس خواندن ضعیف است.		
۶۲	دست و پا چلفتی است.		
۶۳	ترجیح می‌دهد با بچه‌های بزرگ تر از خودش باشد.		
۶۴	ترجیح می‌دهد با بچه‌های کوچک تر از خود باشد.		
۶۵	از صحبت کردن با افراد غریبه خودداری می‌کند.		

۶۶	خودش را مجبور به بعضی اعمال می‌بیند (اعمال وسواسی). (توضیح دهید: _____)
۶۷	از منزل فرار می‌کند.
۶۸	زیاد جیغ می‌کشد.
۶۹	مرموز و تودار است، مطالب را توی خودش نگه می‌دارد.
۷۰	چیزهایی را می‌بیند که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به دیدن آنها نیستند). (توضیح دهید: _____)
۷۱	کمر و خجالتی است.
۷۲	آتش افروزی می‌کند.
۷۳	مشکلات جنسی دارد. (توضیح دهید: _____)
۷۴	خودنمایی یا دلک بازی می‌کند.
۷۵	بیش از حد ترسوست طوری که زهر ترک می‌شود.
۷۶	کمتر از بچه‌های دیگر می‌خوابد.
۷۷	در طول روز و یا شب بیشتر از دیگر بچه‌ها می‌خوابد. (توضیح دهید: _____)
۷۸	بی توجه است یا به راحتی حواسش پرت می‌شود.
۷۹	در صحبت کردن و در بیان کلمات مشکل دارد (مثلاً لگنت زبان دارد). (توضیح دهید: _____)
۸۰	بدون هدف به جایی خیره می‌شود.
۸۱	در منزل بدون اجازه وسایل را برمی‌دارد (دزدی می‌کند).
۸۲	خارج از منزل بدون اجازه وسایل را برمی‌دارد (دزدی می‌کند).
۸۳	چیزهایی را که احتیاج ندارد جمع می‌کند. (توضیح دهید: _____)
۸۴	رفتارهای عجیب و غریب دارد. (توضیح دهید: _____)
۸۵	ایده‌های عجیب و غریب دارد. (توضیح دهید: _____)
۸۶	کله شق و یک دنده، عبوس و زودرنج است.
۸۷	در خلق و یا احساساتش تغییرات ناگهانی دارد.
۸۸	زیاد قهر می‌کند و اخمو است.
۸۹	بدگمان و شکاک است.
۹۰	فحش می‌دهد یا در صحبت هایش، کلمات زشت و وقیحانه به کار می‌برد.
۹۱	می‌گوید از زندگی سیر شده است و حرف‌های مأیوس کننده می‌زند.
۹۲	در خواب راه می‌رود یا صحبت می‌کند. (توضیح دهید: _____)
۹۳	زیاد صحبت می‌کند.
۹۴	دیگری را مسخره و اذیت می‌کند.
۹۵	بدخلق یا تند مزاج است.
۹۶	راجع به مسائل جنسی زیاد فکر می‌کند.
۹۷	مردم را تهدید می‌کند.
۹۸	انگشت شست خود را می‌مکد.
۹۹	سیگار می‌کشد، یا توتون و تنباکو را می‌جود یا بو می‌کشد.
۱۰۰	در خواب رفتن مشکل دارد.

			(توضیح دهید: _____)	
			از مدرسه گریزان است و فرار می‌کند.	۱۰۱
			کم فعالیت و کم انرژی است.	۱۰۲
			غمگین، ناراحت و دل گرفته (افسرده) است.	۱۰۳
			بیش از حد پر سر و صدا است.	۱۰۴
			برای مقاصد غیردارویی مواد مخدر مصرف می‌کند (به غیر از الکل و تنباکو). (توضیح دهید: _____)	۱۰۵
			از نظر اجتماعی ناهنجار است و دست به تخریب اموال عمومی می‌زند.	۱۰۶
			در روز شلوارش را خیس می‌کند.	۱۰۷
			شب ادراری دارد.	۱۰۸
			ناله می‌کند.	۱۰۹
			اگر کودک یا نوجوان پسر است «آرزو می‌کند دختر باشد» اگر کودک یا نوجوان دختر است «آرزو می‌کند پسر باشد»	۱۱۰
			با دیگران ارتباط برقرار نمی‌کند و گوشه گیر است.	۱۱۱
			نگران است.	۱۱۲
			چنانچه کودک یا نوجوان مشکلات دیگری دارد که در فهرست بالا نیامده آنها را بنویسید. _____ _____ _____	۱۱۳

The effectiveness of the program based on mentalization and mindfulness (mother and child) in behavioral and emotional problems of primary school children

Mostafa. Darabi¹, Davood. Manavipour^{2*} & Akbar. Mohammadi³

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the program based on mindfulness and mentalization (mother and child) in behavioral and emotional problems of primary school children. **Methods:** This quasi-experimental research was pre-test-post-test and follow-up with a control group. The sampling method was voluntary. The volunteers of the experimental group were given a pre-test before the implementation of mentalizing interventions, and after the intervention, a post-test and the control group did not receive any intervention, but they also took a pre-test and a post-test. The sample group of first and second year primary school students had behavioral problems. The experimental group was trained in mindfulness sessions in eight sessions (Burdick, 2014). The research tool included the Achenbach-Child Behavior Inventory (Achenbach and Rescorella, 2007). In this research, analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test were used to check the difference in means and data analysis was done with the help of SPSS 24 software. **Results:** The results showed that mentalization-based treatment on children's behavioral problems in the areas of anxiety/depression ($F=78.35, P<0.001$), withdrawal/depression ($F=16.95, P<0.001$), physical complaints ($F=19.65, P<0.001$), thinking problems ($F=60.34, P<0.001$), law-breaking behavior ($F=12.86, P<0.001$) and aggressive behavior ($F=79.61, P<0.001$) were effective. **Conclusion:** It can be concluded that the program based on mindfulness and mentalization (mother and child) can be used to reduce the behavioral and emotional problems of primary school children.

Keywords: mentalization, behavioral problems, emotion, children.

1. PhD student in educational psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

2. *Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Azad University, Garmsar, Iran
Email: iraniandistdp@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Paramedical Sciences and Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran