

Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Training on Aggression and Risky Behavior in Male Orphan Adolescents

Nezampoor, R., Mashhadi, *A., Bigdeli, I.

اثربخشی گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پرخاشگری و رفتار پرخطر

نوجوانان پسر بی‌سرپرست

رضا نظام‌پور^۱، علی مشهدی^۲، ایمان ... بیگدلی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۳

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پرخاشگری و رفتار پرخطر نوجوانان پسر بی‌سرپرست انجام شد.

روش: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین مراکز نگهداری نوجوانان پسر بی‌سرپرست در سطح شهر مشهد، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. پرسشنامه‌های پرخاشگری و رفتار پرخطر از اعضای این دو مرکز اخذ شد. افرادی که یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ۱۶ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزینی شدند. گروه آزمایش گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی را به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون اخذ شد. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان بی‌سرپرست از نظر آماری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یک درمان مؤثر، می‌تواند برای نوجوانان بی‌سرپرستی که به علت عدم شبکه حمایتی خانواده به رفتارهای پرخطر مانند بزهکاری و پرخاشگری فیزیکی و کلامی دچار هستند، مفید واقع شود.

واژه‌های کلیدی: کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، پرخاشگری، رفتار پرخطر، نوجوانان بی‌سرپرست.

Abstract

Introduction: This research examined efficacy of mindfulness-based stress reduction group training on aggression and risky behavior in orphan male adolescents.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pre-test and post-test design with control group. Two centers were randomly selected among the orphan care centers for adolescent boys in Mashhad. Buss-Perry Aggression Questionnaire and Adolescent Risk-taking Questionnaire were collected from the members of these two centers. Those with a higher score on aggression and risk-taking behavior were studied. 16 person were selected as the experimental and control groups and randomly assigned to two groups. The experimental group received mindfulness-based stress reduction for eight 90-minute sessions and the control group was placed on the waiting list. Both groups received post-test and a Multivariate Analysis of Covariance applied on the collected dataset.

Results: Results of a MANCOVA analysis indicated that a group training mindfulness-based stress reduction significantly reduced average scores of adolescent's aggression and risky behaviors.

Conclusion: This study showed that mindfulness-based stress reduction group training as an effective treatment could be useful for orphan adolescents who are suffering from high risky behaviors such as delinquency and physical and verbal aggression due to lack of family support network.

Keywords: Mindfulness-based stress reduction, aggression, risky behavior, orphan adolescents.

مقدمه

می‌دهند که با خط مسیرهای منفی مشخص می‌شود و مسیری است که می‌تواند منجر به کارکرد کمتر از حد مورد انتظار شود (۳). مرور نظرات مختلف بیان‌کننده آن است که در زمینه رفتارهای پرخطر یک رویکرد قطعی ارائه نشده است، لیکن نظریه‌های مختلف در بروز رفتارهای پرخطر عوامل مختلفی را دخیل دانسته‌اند؛ گروهی بر استفاده نکردن از اوقات فراغت در این زمینه اشاره داشته‌اند و گروهی دیگر نقش عوامل اجتماعی را در این زمینه پررنگ‌تر جلوه داده‌اند (۴). برخی مطالعات به عوامل خانوادگی و ضعف نظارت والدین در این زمینه اشاره داشته‌اند، نظریه ویژگی‌های ذاتی، معتقد است تفاوت‌های میان افراد آن‌ها را به طور طبیعی مستعد رفتارهای پرخطر می‌کند (۵).

هسین (۶) عنوان می‌کند پرخاشگری رفتاری کلامی یا فیزیکی است که هدفش صدمه زدن به شخص دیگر یا موجود زنده می‌باشد و به همان اندازه خصوصیت انسانی است که ایثارگری نیز جز آن می‌باشد. توماس بیان می‌دارد روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگرانه را رفتار آگاهانه‌ای تعریف می‌کنند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی باشد (۷). پرخاشگری یک نوع سازوکار روانی است که در آن به طور ناخودآگاه فشارهای ناشی از محرومیت‌ها و ناکامی‌ها خود را به صورت واکنش حمله، تجاوز، رفتارهای کینه‌توزانه و پرخاشگرانه نشان می‌دهد. افرادی پرخاشگر به صورت فیزیکی یا کلامی به دیگران حمله می‌کنند و به‌طور کلی به مقررات احترام نگذاشته و خواسته‌هایشان را بر جمع ترجیح می‌دهند. همچنین جنگ‌جویی، بدخلقی و بدگمانی نسبت به اطرافیان و همچنین عدم اطاعت و زیر پا گذاشتن مقررات را دارند (۸). نتایج مطالعات مختلف شیوع پرخاشگری در کودکان را متفاوت از ۸ تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (۹). مطالعه‌ای در کرمانشاه نشان داده است که شیوع پرخاشگری در بین کودکان پسر ۷-۱۱ سال مقیم در مراکز نگهداری بهزیستی به طور معنادار بیشتر از گروه همسالان ساکن در خانواده است (۱۰). گزارش شده است که پرخاشگری دوران کودکی عامل پیش‌بینی کننده بزهکاری، افسردگی، افت تحصیلی و

نوجوانی، دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و دارای حساسیت‌های خاصی می‌باشد. در این دوره نوجوان از یک‌سو با تغییرات گسترده بدنی و شناختی روبرو شده و از سوی دیگر با مشکلات فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی مواجه می‌شود. بعضی از نوجوانان با شبکه حمایت والدین و حفظ یکپارچگی خانواده، از این مرحله می‌گذرند و در کنار خانواده وارد دوران جوانی می‌شوند؛ اما بعضی از نوجوانان که شبکه حمایت اجتماعی مناسبی در خانواده و محیط ندارند، از آسفتگی‌ها و اختلال‌های هیجانی و رفتاری رنج می‌برند و مهارت‌های مقابله‌ای^۱ مناسب را برای کاهش فشارها و مدیریت مشکلات زندگی کسب نمی‌کنند. عملکرد نامناسب خانواده و والدین در اثر جدایی یا فوت آن‌ها می‌تواند موجب سوق دادن نوجوان به مشارکت در رفتارهای پرخطر، افت کیفیت زندگی و کاهش رضایت‌مندی کلی او گردد. نوجوانانی که در خانه‌های تک‌والدی زندگی می‌کنند، نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست بیش از سایر نوجوانان در معرض رفتار غیر انطباقی و انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز قرار دارند (۱). حمایت والدین و اطرافیان در کسب سلامت و بهبود کیفیت زندگی فرزندان مؤثر است و دور شدن از محبت والدین، برآورده نشدن نیازهای مختلف دوره رشد مانند نیاز به تعلق، تحسین و محبت منجر به گزارش شیوع بالاتر بحران و آسیب‌های روانی، اختلال‌های رفتاری، اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و به ویژه تمایل به رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد مخدر و ناهنجاری‌های اجتماعی در بین نوجوانان محروم از والدین یا بدسرپرست شده است (۲، ۳). تعداد زیادی از رفتارهای پرخطر مثل بزهکاری^۲ مصرف مواد و الکل و رابطه‌ی جنسی آسیب‌پذیر، در طول این دوره از رشد آغاز می‌شوند. اگرچه تعداد زیادی از جوانان، نوجوانی را با موفقیت و بدون مواجه‌شدن با مشکلات مهم طی می‌کنند ولی تعدادی از آن‌ها، با وارد شدن به دهه‌ی دوم زندگی، با افزایش خطر بزهکاری و رفتار مخاطره‌آمیز برای سلامتی مواجه می‌شوند. درگیری در بزهکاری و رفتار مخاطره‌آمیز برای سلامتی، می‌تواند به‌طور بالقوه مانع از آن شوند که فرد در نوجوانی، یک مسیر مثبت و موفق داشته باشد و در عوض او را در یک مسیر از رشد قرار

1- coping styles

2- delinquency

و مواد و بهبود تعاملات اجتماعی دانش‌آموزان بود (۱۷). بنابراین با توجه به اینکه کودکان و نوجوانانی که در مراکز شبانه‌روزی نگهداری می‌شوند، از مشکلات روان‌شناختی و رفتاری گوناگون رنج می‌برند و تاکنون برخی روش‌های درمانی برای کاهش مشکلات این ارائه شده است (۱۸، ۱۹) همچنین با توجه به نقش ارزنده‌ی ذهن آگاهی بر سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی افراد، اهمیت انجام این پژوهش بیش از پیش مشخص می‌شود.

بیشاپ و همکاران ذهن آگاهی را به این صورت تعریف می‌کنند: " توجه به طریقی خاص معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری" دیدگاه غیر قضاوتی و بی‌طرفانه برای تمرین ذهن آگاهی بسیار مهم است؛ زیرا اجازه می‌دهد هر چیزی از قبیل افکار و حس‌های بدنی ایجاد شده، صرفاً همان‌طور که هستند درک شوند (۲۰). ذهن آگاهی یک فن درمانی نوظهور است که ترکیبی است از عناصر آرام‌سازی همراه با یک مؤلفه شناختی منحصر به فرد. ذهن آگاهی، همان‌طور که توسط محققانی مثل کابات-زین و راهبان بودائی همچون تایچ ناهات هان مفهوم‌سازی شده است، در ساده‌ترین شکل آن، عبارت است از آگاهی از هر لحظه همان‌گونه که اتفاق می‌افتد. بر اساس سنت‌های بودائی قدیمی آسیا، ذهن آگاهی یک فن درمانی جدید نیست؛ اما کاربرد نظام‌مند آن در درمان بیماری‌های روان‌شناختی و جسمی متعدد، پدیده‌های نسبتاً جدید است. متأسفانه، علاقه به ذهن آگاهی سریع‌تر از حمایت تجربی آن رشد کرده است و نظر عمومی یکسانی در این باره که چرا ذهن آگاهی مؤثر است، شکل نگرفته است (۲۰). هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام‌سازی نیست، اما مشاهده رویدادهای منفی بدون هیچ‌گونه قضاوتی درباره آن‌ها، یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز آرامش می‌شود (۲۱، ۲۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دربردارنده، اجزایی از درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط کابات زین و شناخت درمانی بک می‌باشد و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و در نتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است. هرچند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر

سوءمصرف مواد در سنین بالاتر است و مشکلات برخاسته از آن یکی از دلایل ارجاع کودکان و نوجوانان برای دریافت کمک‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود طیف روش‌های دارودرمانی، رفتاردرمانی و شناخت درمانی یا ترکیبی از روش‌های مختلف را در بر می‌گیرد (۱۱). از آنجایی که پرخاشگری یکی از اصلی‌ترین مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۱۲). در مطالعه دیگری که بر روی رانندگان انجام شد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش پذیرش و کاهش پرخاشگری بر روی رانندگان شد و طی مطالعات پیگیری بعدی زمینه جهت انجام مداخلات رفتاری و شناختی نیز تسهیل می‌شود پژوهشگران زیادی در این زمینه کار می‌کنند و در صدد ایجاد راهکارهایی برای مداخله در رفتار پرخاشگرانه‌اند (۱۳). از مدت‌ها قبل برخی از روان‌شناسان، مانند بندورا، بر مهار و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه تأکید می‌کنند. انحراف‌های شناختی راه‌های گوناگونی ارائه شده است که در مجموع می‌توان آن‌ها را تحت عنوان برنامه مدیریت خشم طبقه‌بندی کرد (۱۴).

روان‌شناسان اخیراً در بررسی اختلال‌های روانی و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از اختلال‌ها و آسیب‌ها، ریشه در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود، موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخص برای رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه‌ی مناسب دارد؛ بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روزافزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آماده‌سازی افراد به خصوص گروه نوجوان، برای رویارویی با موقعیت‌های دشوار، امری ضروری به نظر می‌رسد (۱۵). از سوی دیگر یافتن یک روش درمانی مناسب برای نوجوانان، از عمده‌ترین مشکلات در روان‌درمانی است. شکست تلاش‌های روان‌درمانی فردی در رابطه با افراد در این مقطع سنی به دفعات زیاد گزارش شده است. امروزه بیشتر پژوهشگران از درمان‌های گروهی نوجوانان به‌عنوان درمان منتخب این دوره سنی حمایت می‌کنند (۱۶). در مطالعه‌ای مشابه نوجوانان در معرض رفتار پرخطر تحت ۲۰ جلسه درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند این مطالعه که با ارزیابی توسط معلمان و خود ارزیابی دانش‌آموزان انجام گرفت حاکی از آثار مثبت جسمی و روحی کاهش گرایش به الکل

تحلیل روان‌سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ معتبر است بیان‌گر اعتبار مناسب این ابزار بوده است (۲۴).

در پژوهشی اعتبار پرسشنامه پرخاشگری از روش‌های آلفای کرونباخ، باز آزمایشی و دو نیمه کردن مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ضرایب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ به دست آمد. اعتبار این پرسشنامه نیز از راه شاخص‌های اعتبار همگرا، هم‌زمانی و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار همگرایی پرسشنامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل این پرسشنامه تأیید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند. اعتبار هم‌زمان نیز با به‌کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی برآورد شد که ضریب همبستگی (۰/۳۴) میان پرسشنامه پرخاشگری آسیب روانی عمومی معنادار بود. شیوه نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از (۱ کاملاً خلاف خصوصیات من است) تا (۵ کاملاً گویای خصوصیات من است) می‌باشد. نمره سؤالات ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره کل عبارت است از مجموع نمرات کل سؤالات و دامنه آن از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمره بالا نشانه پرخاشگری بیشتر است (۲۵).

۲- پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی: مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی^۱ (IARS): با کمک ابزارهای معتبر و مطرح در حوزه نوجوانان همچون پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ARQ (۲۶) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان YRBSS (۲۷) و در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی جامعه ایران مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی توسط محمدمزاده ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر (خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف و در چند سال گذشته با شیوع مصرف قلیان در کشور ما این مورد هم به این آزمون اضافه شد). است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از

می‌برند ارائه شده با این حال پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در اختلال‌های دیگر مثل اختلال‌های خوردن، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده‌خویی و اختلال‌های اضطرابی تأیید کرده‌اند (۲۳). اما در مورد اثربخشی این درمان بر روی اختلال‌های دیگر به جز افسردگی تحقیقات زیادی به اندازه اختلال افسردگی انجام نشده و نیاز به کار و تحقیق بیشتر در این زمینه هنوز وجود دارد. از این رو در این پژوهش با توجه به پژوهش‌های گذشته مبنی بر وجود مشکلات اضطرابی و رفتاری در این گروه پژوهشگران با به‌کارگیری روش ذهن آگاهی به صورت گروهی تأثیر آن را بر پرخاشگری و رفتار پرخطر نوجوانان بی‌سرپرست مورد ارزیابی قرار دادند.

روش

طرح پژوهش: با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های مورد بررسی و وجود پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای آن‌ها، این پژوهش یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه نوجوانان (سنین ۱۳-۱۸) بی‌سرپرست مشهد ساکن در خوابگاه‌های دولتی و خصوصی در شهر مشهد بودند. سعی شد افراد بد سرپرست حذف تا جمعیت یکدست شود و همچنین تنها نوجوانان پسر که بالای ۵ سال بود که در خوابگاه به سر می‌برند وارد مطالعه شوند. اغلب این نوجوانان در خوابگاه مشغول به تحصیل بودند و تنها یک نوجوان مشغول به کار بود که از جمعیت گروه حذف شد. پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی مشهد، جهت اجرای پژوهش از بین مراکز نگهداری نوجوانان پسر بی‌سرپرست در سطح شهر، دو مرکز به‌عنوان گروه آزمایش و کنترل به صورت خوشه‌ای انتخاب می‌شود و از اعضای این دو مرکز پرسشنامه‌های پرخاشگری و رفتار پرخطر به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته شد، اعضای گروه به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار

۱- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه پرخاشگری که توسط باس و پری ساخته شده دارای ۲۹ پرسش است. چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش) پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش) خشم (۷ پرسش) و خشونت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نتایج

1- Iranian Adolescents Risk-taking Scale

روند اجرای پژوهش: قبل از اجرای درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی از اعضای مرکز پرسشنامه پرخاشگری و رفتار پرخطر به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته شد و افرادی که در پرخاشگری و رفتار پرخطر یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه آزمایش را تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر تنیدگی در هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه قرار دادیم و سپس از هر ۲ گروه پس از آزمون اخذ شد. اعضای گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پروتکل درمانی زیر توسط جینا ام بیگل در سال ۲۰۰۹ میلادی طراحی شده است (۲۹).

کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان می‌کنند. آزمون کفایت نمونه‌گیری کایزر- مایر- اولکین KOM برابر با ۰/۹۵۲ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت‌بخش بود و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بود. این پرسشنامه در پژوهش محمدزاده هنجاریابی شده و میزان آلفای کرونباخ برای راندگی خطرناک ۰/۷۴، سیگار ۰/۹۳، مواد مخدر و روان‌گردان ۰/۹۰، الکل ۰/۹۰، خشونت ۰/۷۸، دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳ و رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷ درصد به دست آمد. در پژوهش محمدزاده از دو خرده مقیاس مصرف سیگار و الکل استفاده شده و ضریب آلفای کرونباخ این دو خرده مقیاس در پژوهش حاضر برای سیگار ۰/۹۴ و الکل ۰/۸۸ به دست آمده است (۲۸).

جدول ۱) طرح درمان گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۹)

ردیف	عنوان جلسه	اهداف و محتوای جلسه
۱	جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای پیش‌آزمون - آشنایی اعضا با همدیگر - آشنایی اعضا با ساختار کلی جلسات - مفهوم‌سازی مشکل - توضیحات کلی درباره روش آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی <p>بعد از اجرای پیش‌آزمون در مورد اهداف درمان و روش آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، تعریف تنیدگی و بررسی تنیدگی‌های خاص دوره نوجوانی توضیحاتی داده شد.</p>
۲	جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی عوامل تنیدگی‌زا - ارتباط ذهن و بدن - آموزش تن آرامی - نحوه نشستن در هنگام تن آرامی - مشخص کردن عضلاتی که در تن آرامی تحت تمرین قرار می‌گیرند و شروع تن آرامی <p>آموزش تن آرامی: در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، در مورد تن آرامی (تنش و آرامش دادن به عضلات) و نحوه نشستن در تن آرامی و عضلاتی که باید تحت تن آرامی قرار بگیرند، توضیحاتی داده شد. بعد از آن تن آرامی برای عضلات بدن شامل ساعد، بازو، ران، شکم، شانه و گردن و چشم‌ها با چشم‌های بسته و اجرا می‌شود.</p> <p>توضیح دادن درباره افکار احساسات و رفتارها و بحث در مورد آن‌ها با اعضای گروه لازم به ذکر است که بعد از اجرای تن آرامی برای هر گروه از عضلات آزمودنی‌ها به مدت ۲ دقیقه چشمان خود را باز می‌نمودند تا از خواب رفتنشان جلوگیری شود.</p>
۳	جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> - مرور کوتاهی بر برنامه جلسه قبل - توسعه بیشتر ذهن آگاهی - تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات به صورت چشم بسته <p>دست‌ها و بازوها (۱۰ دقیقه)، پاها و ران‌ها (۱۰ دقیقه)، شکم و سینه (۱۰ دقیقه)، گردن و شانه‌ها (۱۰ دقیقه)، آرواره‌ها و لب‌ها (۱۰ دقیقه)، پیشانی و چشم‌ها (۱۰ دقیقه)</p> <ul style="list-style-type: none"> - توجه به حواس پنج‌گانه - توسعه ذهن آگاهی در زندگی روزمره <p>در پایان این جلسه به آزمودنی‌ها یک تکلیف خانگی داده شد که تا جلسه قبل حداقل یک‌بار فن تن آرامی را از طریق تنش دادن و آرامش دادن به عضلات در مدت ۲۰ دقیقه انجام دهند و نحوه آموزش ساده آن بر روی یک برگه به هر کدام از آزمودنی‌ها داده شد.</p>

۴	جلسه چهارم	<p>- مروری کوتاهی بر جلسات قبل آموزش توجه به تنفس - آموزش راحت و آرام نشستن روی کف زمین و عمود نگاه داشتن ستون فقرات و تمرین و یادگیری آن - دم و بازدم معمولی همراه با دم بازدم عمیق‌تر از قبل (۱۵ دقیقه) -تنفس کوتاه - توجه به تنفس و بدن توأم با هم توجه به عبور و مرور خروج هوا هنگام دم و بازدم و کنترل کردن آن و توجه به حرکات قفسه سینه و شکم هنگام دم و بازدم (۱۵ دقیقه) - دادن تکالیف همراه با ذهن آگاهی (مراقبه در حال راه رفتن، غذا خوردن توأم با ذهن آگاهی...)</p>
۵	جلسه پنجم	<p>- مرور کوتاهی بر جلسات قبل - آموزش فن پوشش بدن^۱ - راه رفتن با ذهن آگاهی، توجه به گام‌ها، توجه به حوادث دلپذیر و تفاوت آن با لحظه‌های نگرانی - فن توجه به حرکات شکم و قفسه سینه هنگام تنفس (۱۵ دقیقه) - تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت آگاهی عمده از تمام اعضای بدن مانند دست‌ها، گوش‌ها، پوست و دهان (۱۵ دقیقه) - جستجوی حس شنوایی از طریق گوش دادن صداهای اطراف مخصوصاً صداهای که آموزش‌دهنده تولید می‌کند (۱۵ دقیقه) - جستجوی حس بویایی و چشایی از طریق بوییدن و چشیدن شیرینی</p>
۶	جلسه ششم	<p>از مروری بر جلسه قبل در این جلسه ذهن آگاهی افکار صورت می‌گیرد - قطار افکار - توقف افکار - متمرکز کردن توجه به ذهن بدون تفکر در مورد چیز دیگر، مثل متمرکز شدن به یک نقطه ذهنی یا یک نقطه رو تخته‌سیاه (۱۵ دقیقه) - به فکر منفی توسط آموزش‌دهنده القا می‌شود و از افراد می‌خواهد که روی تصور بد تمرکز کنند، مانند خستگی البته باید به صورت عمیق روی این افکار توجه کنند. آموزش‌دهنده دستور می‌دهد که به فکر خاتمه دهند. در این مرحله بدون قضاوت افراد فقط و فقط باید رو این افکار تمرکز کنند و درباره آن‌ها قضاوت نکنند. - روی یک فکر مثبت در مورد خود که توسط آموزش‌دهنده القاء می‌شود تمرکز می‌کنند؛ مانند مرحله قبل افراد نباید روی فکر قضاوت بکنند فقط و فقط به آن توجه (البته نه توجه عمیق) کنند.</p>
۷	جلسه هفتم	<p>ذهن آگاهی کامل معمولاً در این مرحله مراحل چهار، پنجم و ششم به صورت مناسبی تکرار می‌شود. - آموزش دم و بازدم و کنترل کردن آن و توجه به حرکات قفسه سینه و شکم، نشستن طولانی مدت - فن پوشش بدن از طریق توجه به حرکات شکم و قفسه سینه هنگام تنفس (۸ دقیقه) تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت آگاهی عمده از اعضای بدن مانند دست‌ها، چشم‌ها، گوش‌ها و پوست (۱۰ دقیقه). توجه به صداهای که آموزش‌دهنده از خود تولید می‌کند. - ارزیابی از نقاط قوت و ضعف خویش - نحوه ارتباط‌گیری و ایجاد ارتباط مؤثر با دیگران</p>
۸	جلسه هشتم	<p>- انجام خلاصه‌ای از تمام فنون که در جلسات قبل آموزش داده شده بود - مشخص کردن برنامه آینده و طرح زندگی - حضور ذهن به‌عنوان برنامه روزمره -آموزش به شرکت‌کننده برای به‌کارگیری این فنون در زندگی روزمره خود و هنگام روبرو شدن با تنیدگی و مدیریت رفتار و مقابله با رویدادهای زندگی - تشکر و قدردانی از شرکت‌کننده‌ها و پر کردن پرسشنامه‌ها نیم ساعت اختصاص داده شد.</p>

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا به توصیف داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی پرداخته شده است. داده‌های مربوط به گروه آزمایش شامل (۸ آزمودنی با میانگین سنی ۱۴) و گروه کنترل شامل (۸ آزمودنی با میانگین

سنی ۱۵/۴) مورد تحلیل قرار گرفت؛ و بر اساس خلاصه‌ای از نتایج توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف معیار نمرات) پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان دو گروه در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری و خطرپذیری نوجوانان ایرانی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری بدنی	پیش‌آزمون	۲۶/۳۷	۸/۰۱	۲۴/۲۵	۶/۹۶
	پس‌آزمون	۱۹/۱۲	۵/۴۶	۲۳/۱۲	۷/۲۱
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	۲۱/۱۲	۴/۱۸	۲۰/۱۲	۳/۳۵
	پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۲/۹۷	۲۰/۲۵	۳/۴۹
خشم	پیش‌آزمون	۲۳/۲۵	۲/۴۳	۲۲/۱۲	۴/۲۲
	پس‌آزمون	۱۹/۶۲	۳/۹۹	۲۳/۶۲	۲/۶۶
خصومت	پیش‌آزمون	۲۷/۵۰	۴/۵۹	۲۷/۱۲	۴/۷۰
	پس‌آزمون	۲۴/۷۵	۴/۴۶	۲۸/۵۰	۲/۲۰
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	۱۸/۲۵	۳/۲۸	۱۴/۲۵	۲/۸۶
	پس‌آزمون	۱۰/۶۲	۴/۰۳	۱۳/۶۲	۲/۹۲
گرایش به الکل	پیش‌آزمون	۲۰/۷۵	۴/۴۹	۱۷/۵۰	۳/۱۶
	پس‌آزمون	۱۳/۱۲	۵/۷۹	۱۵/۲۵	۴/۳۹
گرایش به سیگار	پیش‌آزمون	۱۹/۵۰	۷/۷۰	۱۵/۱۲	۵/۷۶
	پس‌آزمون	۱۰/۷۵	۷/۶۲	۱۵/۲۵	۴/۵۲
گرایش به خشونت	پیش‌آزمون	۲۳/۲۵	۳/۶۹	۲۰/۵۰	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۱۴/۳۷	۳/۵۴	۲۱/۵۰	۳/۲۵
گرایش به رابطه جنسی	پیش‌آزمون	۲۲/۵۰	۲/۷۷	۲۲	۵/۵۰
	پس‌آزمون	۱۸/۷۵	۲/۳۲	۲۲/۸۷	۴/۲۲

با توجه به اینکه پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود در تحلیل کوواریانس با کنترل آماری پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تعدیل و مقایسه می‌شوند. قبل از اجرای آزمون به بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس پرداخته شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف نشان داد که این آزمون برای متغیرهای این پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نشد و بنابراین نتیجه گرفته شد که توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد. به منظور اثربخشی درمان بر میزان پرخاشگری از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض تحلیل کوواریانس شامل یکسانی واریانس‌ها بررسی شد، به منظور بررسی

همگنی واریانس‌های دو گروه، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده، از لحاظ آماری معنادار نبود ($F=0/07$ ، $P=0/78$). فرض همگونی واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P>0/05$). نتایج تحلیلی کوواریانس تک متغیری در جدول ۳ ارائه شده است. در تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت زیر مقیاس‌های پرخاشگری ابتدا پیش‌فرض تحلیل کوواریانس شامل یکسانی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون M باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس - کوواریانس حاکی از این است که برابری واریانس و کوواریانس بین متغیرهای این پژوهش وجود دارد ($F=0/72$ ، $P=0/70$)، بنابراین برای تحلیل فرضیه‌ها از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد و به بررسی استنباطی فرضیات این پژوهش پرداخته شد. شاخص

کلی لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه در ترکیب خطی متغیرهای چندگانه معنادار بود. $(F_{(۴,۷)} = ۵/۲۶, p < ۰/۰۰۱)$ ؛ بنابراین $(۰/۲۵ = \lambda)$ لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۰۱$ ؛ بنابراین

می‌توان استنباط کرد که آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور کلی اثربخش بوده و باعث بهبود پرخاشگری نوجوانان شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در نمره کل متغیر پرخاشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۱۰۹/۱۰	۱۰۹/۱۰	۱/۸۹	۰/۶	۰/۱۲
گروه	۱۱۸۱/۶۴	۱۱۸۱/۶۴	۲۰/۵۰	۰/۰۱	۰/۶۱
خطا	۷۴۹/۲۷	-	-	-	-
کل	۱۹۳۰/۹۳	-	-	-	-

جدول ۴) نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در زیر مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
بدنی	۱۷۲/۸۲	۱	۱۷۲/۸۲	۵/۲۴	۰/۰۴	۰/۳۴
کلامی	۹۶/۰۳	۱	۹۶/۰۳	۲۳/۵۳	۰/۰۲	۰/۷۰
خشم	۱/۸۴	۱	۱/۸۴	۰/۹۰	۰/۳۶	۰/۰۸
خصوصیت	۲۱/۹۲	۱	۲۱/۹۲	۲/۱۰	۰/۱۷	۰/۱۷

جدول ۵) نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گرایش به مواد	۴۷/۲۲	۱	۴۷/۲۲	۶/۰۹	۰/۰۳	۰/۴۳
گرایش به الکل	۳۵/۵۱	۱	۳۵/۵۱	۱۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵
گرایش به سیگار	۲۱۰/۶۴	۱	۲۱۰/۶۴	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴
گرایش به خشونت	۷۲/۶۳	۱	۷۲/۶۳	۱۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
گرایش به رابطه جنسی	۸۸/۰۶	۱	۸۸/۰۶	۱۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴

بحث

شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد. در پژوهشی درمان ذهن آگاهی بر روی افراد با معلولیت که نمی‌توانند خشم خود را کنترل کنند صورت گرفت. این نوجوانان اغلب مانند نوجوانان بی‌سرپرست توسط همسالان مورد تمسخر قرار می‌گیرند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش پرخاشگری و افزایش خودکنترلی گروه آزمایش شد. ذهن آگاهی با ایجاد تمرینات در جهت آشنایی با همین لحظات فرد را در جهت گرفتن تصمیم درست و خودکنترلی یاری می‌رساند (۳۲). همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش فیکس همخوانی دارد. اغلب نوجوانان بی‌سرپرست بر اثر مشکلات اجتماعی فراوان به پرخاشگری کلامی و فیزیکی در جهت مقابله با عوامل بیرونی روی می‌آورند و ذهن آگاهی با تن

به طور کلی یافته‌ها نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در کاهش پرخاشگری مؤثر بود. فرآیند اثرگذاری بالا در گروه‌درمانی کاهش تنیدگی متمرکز بر ذهن آگاهی بدین صورت قابل تبیین می‌باشد نظریه ذهن آگاهی بیشتر بر روی هیجانات کار می‌کند. یکی از جنبه‌های مهم درمان متمرکز بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی کنار بیایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۰). بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مرجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (۳۱). به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند پرخاشگری را کاهش دهد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی،

کنترل توجه و نظم‌جویی هیجانی مرتبط است و از این رو می‌تواند با افزایش کنترل بر سرخ‌های دیداری مصرف الکل و مواد، در درمان این اختلالات، مؤثر واقع شود (۴۰). بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مرجع برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (۴۱). به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی متمرکز بر کاهش تنیدگی بر روی مبانی و مؤلفه‌های بنا شده‌ای کار می‌کند که مستقیماً با مؤلفه نظم‌جویی هیجان و کاهش تنیدگی و در نتیجه کاهش رفتارهای پرخطر، در ارتباط است.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشی دیگری که به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره بر کاهش آسیب پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر و کاهش آسیب ایدز و میل مصرف مواد انجام شده بود، همسو می‌باشد (۴۱). در تبیین همسو بودن این تحقیق می‌توان به نکات زیر اشاره نمود: ذهن آگاهی با انجام تمرینات وارسی بدن فرد را با احساسات و هیجان‌های خود در لحظات اضطراب‌آور آشنا کرده و به علت ایجاد توجه و تمرکز به درون، فرد فرصت خواهد یافت با تمایلات و امیال واقعی خود مواجه شود و تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار نگیرد. در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی متمرکز بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود خودکشی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که خودکشی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های افراد افسرده و رفتار پرخطر در یک دوره پیگیری میزان عود کمتری داشت (۴۲). همچنین آموزش ذهن آگاهی منجر به بهبود تمرکز و کاهش حواس‌پرتی جوانانی شد که در هنگام راندگی عدم تمرکز حواس داشته و توجه آن‌ها به عوامل بیرونی در طی راندگی جلب می‌شده است (۴۳). در پژوهشی که در مدارس آمریکا انجام گرفت دانش‌آموزان در درمان ذهن آگاهی طی یک ماه و هر هفته ۲ جلسه قرار گرفتند. نتایج نشانگر اثربخشی این درمان در کاهش مشکلات دانش‌آموزان در زمینه اضطراب، خودکنترلی و مصرف مواد و الکل، تجاوز و مشکلات اجتماعی بود. ذهن آگاهی با افزایش تمرکز و توجه و درک دنیای پیرامون در لحظه، می‌تواند نوجوانان را در

آرامی و تمرینات یوگا و ترکیب آن با درمان‌های شناختی سعی دارد توجه فرد را از عوامل بیرون به درون خود متوجه سازد (۳۳).

همچنین در این زمینه می‌توان به پژوهشی بر روی نوجوانان افسرده اشاره کرد که نشان داد سوگیری توجه یکی از مبانی اصلی نشانه‌های عصبانیت و پرخاشگری است و افزایش کنترل توجه و کاهش سوگیری توجه بر کاهش عصبانیت مؤثر باشد. فنون آموزش کنترل توجه به طور اساسی در درمان افراد مبتلا به مشکلات روان‌شناختی مفید واقع می‌شوند (۳۴). به نظر کابات-زین آموزش کنترل توجه در جهت روشن بودن و روشن دیدن است که به صورت غیر عادت یافته و متعالی عمل می‌کند. توجه فراگیر به این معنی است که ما در همه لحظات به صورت گسترده متوجه باشیم که چه کسی هستیم، چه کاری انجام می‌دهیم و چرا آن کار را انجام می‌دهیم. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و ما از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنیم، آگاه می‌شویم. همچنین در می‌یابیم زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنمان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبمان افزایش می‌یابد و تنفسمان تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود. با انجام تمرین‌های یوگا، توجه به بدن را هر چه بیشتر تجربه می‌کنیم و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند (۳۵). نتایج این پژوهش همسو با یک پژوهشی دیگر است که نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش پرخاشگری افراد (نوجوانان) مبتلا به اختلال سلوک مؤثر است و باعث بهبود نشانه‌های احساس، افکار و رفتار پرخاشگری می‌شود (۳۶). از آنجا که در میان جمعیت نوجوانان بی‌سرپرست اختلال‌هایی از جمله سلوک و اختلال نارسایی توجه فزون‌کنشی بسیار مشاهده می‌شود (۳۷) نتایج این پژوهش همسو با نتایج دیگر در حوزه اثربخش بودن درمان‌های ذهن آگاهی می‌باشد.

درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات مثبت جسمانی و روان‌شناختی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (۳۸). در این درمان افراد یاد می‌گیرند که با هیجان‌ات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۹). همچنین ذهن آگاهی با

of origin & adult children subsequent intimate relationships. International association for relationship research conference. 2004.

3- Lee L, Chen PC, Lee K, Kaur J. Violence-related behaviours among Malaysian adolescents: a cross sectional survey among secondary school students in Negeri Sembilan. *Annals-Academy of Medicine Singapore*. 2007; 36(3): 169-85.

4- Rolison MR, Scherman A. Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*. 2002; 37(147): 585.

5- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

6- Hosin AA. Children of traumatized and exiled refugee families: Resilience and vulnerability a case study report. *Medicine, Conflict and Survival*. 2001; 17(2): 137-45.

7- Thomas SP. Teaching healthy anger management. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2001;37(2):41-8.

8- Ghorbani S, Mohammadzadeh H, Tartibian B. Effects of video games on adolescents' aggression and motivation. *Harkat*.34: 199-208.

9- Sajadi SF, Zargar Y, Honarmand MM, Arshadi N. Designing and testing a model of some precedents and outcomes of borderline personality disorder in high school students of Shiraz. *International Journal of School Health*. 2015; 2(3).

10- Khazaie H, Asadi M, Mohammadi H. Influence of reinforcement behavioral therapy and Ellis cognitive therapy on derelict children's aggression. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2012;15(6).

11- Vaziri S, Lotfi Azimi A. The effect of empathy training in decreasing adolescents aggression. *Journal of Developmental Psychology (Iranian Psychologist)*. 2012; 8(30): 167-75.

12- Devine J, Gilligan J, Miczek KA, Shaikh R, Pfaff D. Youth violence. Scientific approaches to prevention. Prologue. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1036:ix-xii.

13- Deffenbacher J, Stephens A, Sullman M. Driving anger as a psychological construct: Twenty years of research using the Driving Anger Scale. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*. 2016; 42: 236-47.

14- Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009; 77(5): 855-66.

15- Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1994; 62(2): 366.

16- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2): 125-43.

جهت تصمیم‌گیری در لحظات حساس و تحت فشار گروه همسالان یاری رساند(۴۴).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که تمرینات ذهن آگاهی آرامش را القا کرده و تنیدگی را کاهش می‌دهد و این امر می‌تواند به روشی برای مقابله با هیجان‌های منفی و رفتارهای پرخطر تبدیل گردد. درمان کاهش تنیدگی متمرکز بر ذهن آگاهی با آگاهی‌دادن و شناخت به نوجوانان بی‌سرپرست به نوجوانان بی‌سرپرست کمک نمود تا با کاهش پرخاشگری خود در راه بهبودی بیشتر خود تلاش کنند. علاوه بر تمرینات با روش ذهن آگاهی، خود شناخت منتج از فرآیند درمان بیشترین سهم را در پیشرفت درمان‌جویان داشته و پرخاشگری و رفتار پرخطر را کاهش، کیفیت زندگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. در این پژوهش مشخص گردید که ذهن آگاهی متمرکز بر تنیدگی به‌عنوان یک درمان مؤثر، می‌تواند به ویژه برای نوجوانان که به علت عدم شبکه حمایتی خانواده به رفتارهای پرخطر مانند بزهکاری و پرخاشگری فیزیکی و کلامی دچار هستند مفید واقع شود و به آن‌ها در جهت بهزیستی روان‌شناختی یاری رساند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اجرای آن تنها بر روی پسران اشاره کرد که باعث عدم تعمیم به جمعیت دختران بی‌سرپرست می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کم نمونه بود. همچنین عدم وجود سنجش در مرحله پیگیری نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی انجام بررسی مقایسه‌ای گروه‌درمانی کاهش تنیدگی متمرکز بر ذهن آگاهی بر نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام شود و همچنین با توجه به نتایج مثبت درمان حاضر در کنترل پرخاشگری و رفتار پرخطر پیشنهاد می‌شود در مورد این جمعیت خاص به صورت یک برنامه مدون و با توجه به فرهنگ ایرانی عناصر آن مفهوم‌سازی و متناسب با نوجوانان ایرانی یکپارچه شود. همچنین افزایش نمونه و داشتن مرحله پیگیری تعمیم نتایج را گسترش خواهد داد.

منابع

- 1- Okorodudu GN. Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*. 2010; 3(1): 58-86.
- 2- Koerner AF, Maki L, editors. Family communication patterns & social support in families

- 30- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 68(6): 539-44.
- 31- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2): 144-56.
- 32- Singh NN, Lancioni GE, Karazsia BT, Winton AS, Myers RE, Singh AN, et al. Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: a waiting list control study. *Mindfulness*. 2013; 4(2): 158-67.
- 33- Fix RL, Fix ST. The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*. 2013; 18(2): 219-27.
- 34- Beckerman NL, Corbett L. Mindfulness and cognitive therapy in depression relapse Prevention: A case study. *Clinical Social Work Journal*. 2010; 38(2): 217-25.
- 35- Kabat-Zinn J WE, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, Hosmer D, Bernhard JD. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med*. 1998; 60(5): 625-32.
- 36- Singh NN, Lancioni GE, Singh Joy SD, Winton AS, Sabaawi M, Wahler RG, et al. Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2007; 15(1): 56-63.
- 37- Sajedi Z, Zarabian M, Sadeghian E. Prevalence Behavior Disorders in 3 to 6 Years' Children in Hamadan City. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2010; 18(1): 11-21.
- 38- Mace C. Mindfulness and the future of psychotherapy. *European Psychotherapy*. 2008; 8(1): 123-39.
- 39- Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic oncology*. 2012; 125(2): 320-5.
- 40- Chambers R, Lo BCY, Allen NB. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive therapy and research*. 2008; 32(3): 303-22.
- 41- Kaviani H, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2011; 11(2).
- 42- Williams JM DD, Crane C, Fennell MJ. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 2006; 62(2): 201-10.
- 17- Fishbein D, Miller S, Herman-Stahl M, Williams J, Lavery B, Markovitz L, et al. Behavioral and psychophysiological effects of a yoga intervention on high-risk adolescents: a randomized control trial. *Journal of Child and Family Studies*. 2016; 25(2): 518-29.
- 18- Hesarsorkhi, R, Tabibi, Z, Asghari-Nekah, S.M., Bagheri, N. Effectiveness of Emotional Competence Training on Improving Emotional Knowledge, Emotional Regulation and Decreasing Aggression in Orphans and Abandoned Children. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(3): 37-48.
- 19- Makvand-Hosseini S, Rezaei AM, Ezzedin M. Effectiveness of Schema-Focused Cognitive Group Therapy on Early Maladaptive Schemas of Homeless and Difficult Parents Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(2): 1-11.
- 20- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004; 11(3): 230-41.
- 21- Brown KW, Ryan RM, Loverich TM, Biegel GM, West AM. Out of the armchair and into the streets: Measuring mindfulness advances knowledge and improves interventions: Reply to Grossman (2011). *Psychological Assess*. 2011; 23(4): 1041-6.
- 22- Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003; 2(2): 85-101.
- 23- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004; 35(1): 35-54.
- 24- Buss AH, T PM. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63(3): 452-9.
- 25- Mohammadi NA. Preliminary study psychometric standards-Perry Aggression Questionnaire. *Soc Hum Sci J* 2006; 25(5): 135-51.
- 26- Moore S, Gullone E, McArthur C. Risk taking and HIV/AIDS among young people in Cameroon: Prediction of vulnerability using the adolescent Risk-Taking Questionnaire. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2004; 32(3): 209-21.
- 27- Brener ND, Kann L, Kinchen SA, Grunbaum JA, Whalen L, Eaton D, et al. Methodology of the youth risk behavior surveillance system. *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports/Centers for Disease Control*. 2004; 53(RR-12): 1-13.
- 28- Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, M. H. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011; 17(3): 218-25.
- 29- Biegel GM. The stress reduction workbook for teens: Mindfulness skills to help you deal with stress: New Harbinger Publications. 2009.

- 43- Feldman G, Greeson J, Renna M, Robbins-Monteith K. Mindfulness predicts less texting while driving among young adults: Examining attention- and emotion-regulation motives as potential mediators. *Personality and individual differences*. 2011; 51(7): 856-61.
- 44- Parker AE KJ, Mathis ET, Scull TM, Sims C. The impact of mindfulness education on elementary school students: Evaluation of the Master Mind Program. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2014; 7(3): 184-204.

