

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم دانش آموزان پسر

خالد بادپا^۱، محمودشیرازی*^۲، علی عرب^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۵/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: خشم در کودکان و نوجوانان یکی از هیجانات شایع و مخرب است که باعث بروز مشکلات شناختی و رفتاری گوناگونی در آنان می‌شود و تهدیدی برای سلامت روان کودکان و نوجوانان است. هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم دانش آموزان پسر بود.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون^۱ پس‌آزمون و گروه گواه انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از دانش آموزان پسر ۱۰ تا ۱۴ ساله شهر چابهار در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود که در پرسشنامه بیان حالت^۲ صفت خشم اسپیلبرگر (۱۹۹۹)، نمرات بالاتری کسب کرده بودند. این افراد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم قرار گرفتند و گروه گواه در این فاصله، هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مؤلفه‌های مهار خشم، اثربخشی معناداری دارد؛ بدین معنا که میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به خاطر تأکید ویژه‌ای که بر تجربه و برون‌ریزی مستقیم هیجان‌ها دارد، می‌تواند باعث مهار و کاهش مؤلفه‌های خشم شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی، مهار خشم

*نویسنده مسئول: محمودشیرازی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

مقدمه

کودکی میانه یکی از مراحل مهم تحول انسان به شمار می آید که با عوامل تنش آور فراوانی همراه هست. این دوره معرف تغییر عمیقی است که کودک را از بزرگ سالی جدا ساخته و دگرگونی های مختلفی در او به وجود می آید (۱). دوره کودکی میانه را زمان تغییر هویتی نیز نامیده اند. قهرمان سازی و شکست ناپذیری از ویژگی های مهم دوران کودکی دوم یا میانه است که ممکن است برای دانش آموزان، عوارض ناگواری به همراه داشته باشد (۲). این دوره از زندگی به دلیل اتفاقاتی که در ساختار جسمانی، روانی، و عاطفی کودکان می افتد در ارتباط با مدرسه و خانواده تأثیر فراوانی به جای می گذارد که کمتر به آن توجه می شود (۳) این دوره همچنین با تغییرات فیزیکی، ژنتیکی، شناختی، و هویتی خاص نیز همراه است که باعث کاهش سطح آستانه تحمل و بالا رفتن سطح میزان خشم در کودکان می شود. خشم، سلامت روان و کیفیت زندگی دانش آموزان را تحت تأثیر قرار می دهد. گاهی مفاهیم خشم، تندخویی، و پرخاشگری به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می گیرند؛ با این وجود خشم را می توان یک حالت هیجانی با احساس درونی ناشی از برانگیختگی جسمانی و شناخت افکار مربوط به کینه توزی، تعریف کرد (۴). همچنین خشم دارای مبانی نظری، عملی، و مولفه های گوناگونی است (۵).

خشم، یکی از پرشورترین هیجان های خطرناک دوره کودکی و نوجوانی در عصر حاضر است که باعث بروز احساسات ضداجتماعی و در نتیجه ترک تحصیل در کودکان می شود (۶) و از هیجان های شایع و مخرب دوران کودکی است (۷ و ۸) که می تواند به همدلی کودکان با اولیاء و هم کلاسی ها، آسیب جدی وارد کند (۹). ناگفته نماند خشم نیز می تواند یک هیجان ارضاکنده باشد که ما را برای مواجهه شدن با خطرهای بالقوه پیرامون، آماده می کند (۱۰).

پیامدهای مهار خشم برحسب صفات شخصیتی در کودکان، متفاوت است (۱۱). مهار هیجان خشم، سبب افزایش سلامت روانی و کاهش نشخوار ذهنی، سطوح پرخاشگری، و

باعث از بین رفتن افسردگی و اضطراب در کودکان و نوجوانان می شود (۱۲). چهار عامل موقعیتی یعنی الکل، محل سکونت، مدرسه، و سطح تنیدگی در بروز و مهار میزان خشونت در نوجوانان تأثیرگذار هستند (۱۳) و همچنین یکی از مهم ترین نشانه های تحریک پذیری و اختلال تنیدگی پس از ضربه در کودکان است (۱۴).

در میان نظریه های مختلف درمانی، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از نظریه های کارآمد در زمینه مدیریت خشم به شمار می رود. این نظریه، به بازسازی شناختی و مدیریت خشم تأکید می کند که تاکنون توجه چندانی به آن نشده است (۱۵). مطالعات انجام شده نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم تأثیر دارد (۱۶). این درمان ها تأکید ویژه ای بر تقویت بین امید در بیماران دارند (۱۷). همچنین اعتقاد بر این است که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر تجربه و برون ریزی مستقیم این هیجان ها تأکید دارند و جایگزین مناسبی برای استفاده از دارودرمانی هستند (۱۸). داشتن اعتماد به خود و تعهد که امروزه در بین کودکان و نوجوانان بسیار کم رنگ هستند از فاکتورهای مهم مهار خشم به حساب می آید (۱۹). همچنین مداخلات شناختی رفتاری می توانند در فعالیت های عملی نظیر کار و تحصیل، میزان خشم را کاهش دهند (۲۰). نتایج مطالعات نشان داده اند که آموزش های مستقیم شناختی رفتاری می تواند میزان خشم را در نوجوانان مهار کند (۲۱). ناتوانی در مدیریت خشم، افزون بر ناراحتی های جسمی و اختلال در سلامت عمومی می تواند روابط میان فردی و سازش یافتگی در کودکان را کاهش دهد (۲۲). درمان های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، تأکید ویژه ای به تنظیم هیجان ها و بروز تجربه مستقیم آنها دارند (۲۳) و (۲۴). آگاهی از رویدادها، یکی از مولفه های ذهن آگاهی است که میزان خشم کودکان را کاهش می دهد (۲۵). استفاده از تکنیک های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی مانند تجربه کردن و برون ریزی، در مهار و کاهش خشم کودکان

پرسشنامه بیان حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم اسپیلبرگر: پرسشنامه بیان حالت^۰ صفت خشم در موقعیت‌های بالینی و پژوهش‌های ناظر بر خشم، به‌طور وسیع مورد استفاده قرار گرفته است. مقیاس بیان خشم از سه خرده‌مقیاس (برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم، و مهار خشم) تشکیل شده است. فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه خشم اسپیلبرگر حدود ۱۰ سال بعد از نسخه اولیه آن در سال ۱۹۹۹ منتشر شد. این نسخه نهایی، اندازه‌های مفید و مختصر از تجربه بیان و مهار خشم فراهم می‌کند. پرسشنامه ۵۷ گویه‌ای خشم اسپیلبرگر شامل شش مقیاس، پنج خرده‌مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که اندازه کلی از بیان و مهار خشم را فراهم می‌کند. اجرای پرسشنامه، آسان و نمره‌گذاری آن عینی است. این پرسشنامه از روایی و اعتبار کافی برخوردار بوده است و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفا برای مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم برابر با ۰/۸۴ یا بالاتر (به‌طور متوسط ۰/۸۸) و برای مقیاس‌های ناظر بر بیان خشم و مهار خشم برابر ۰/۷۳ یا بالاتر (به‌طور متوسط ۰/۸۲) بوده است. همچنین در بررسی‌های مختلف، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های حالت‌های خشم و صفت خشم به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵؛ برای خرده‌مقیاس‌های دو مقیاس یادشده، به‌طور متوسط برابر ۰/۷۶، برای مقیاس‌های بیان خشم و مهار خشم و شاخص بیان کلی خشم به‌طور متوسط ۰/۷۱ بود. علاوه بر محاسبه ضریب آلفا، در پژوهش حاضر از روش بازآزمایی برای بررسی پایایی مقیاس‌های ابزار مورد بحث استفاده شد و برای داده‌های حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه بر روی ۲۷ نفر از دانش‌آموزان، ضریب همبستگی محاسبه شد که متوسط این ضرایب برابر ۰/۷۶ و همه ضرایب بالاتر از ۰/۷۰ بودند. با توجه به مجموعه شواهد فراهم شده می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه یادشده از پایایی کافی برخوردار است (۳۱).

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه حاضر یک مداخله مدیریت خشم ۱۰ جلسه‌ای است. تکمیل تمام برنامه بین ۸ تا ۱۰ جلسه

پیش‌دبستانی بسیار تأثیرگذار هستند (۲۶-۲۸). آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های اجتماعی، به ایجاد رفتارهای مثبت، مهار و اداره کردن هیجانات جسمی و ذهنی، و افزایش اعتماد به خود می‌شود (۲۹ و ۳۰)؛ بنابراین با توجه به عوارض منفی و مخرب فردی و اجتماعی خشم، مهار آن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. در این رابطه پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم دانش‌آموزان پسر مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر ۱۰ تا ۱۴ ساله شهرستان چابهار، در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که مبتلا به میزان بالای خشم بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود؛ به این صورت که نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از دانش‌آموزان که در پرسشنامه خشم اسپیلبرگر (۱۹۹۹) نمره بالای ۶۵ گرفته بودند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۱ تا ۱۴ سال، نداشتن هیچ‌گونه مشکل جسمی، و رضایت کتبی برای شرکت در آزمون. ملاک‌های خروج عبارت بود از: دریافت همزمان روان‌درمانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات. در این طرح قبل از اجرای برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم، از هر دو گروه، پیش‌آزمون در متغیر مهار خشم گرفته شد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه آموزش‌ها و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر مدیریت خشم را دریافت کردند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. پس از اتمام برنامه درمانی بلافاصله از هر دو گروه آزمایش و گروه گواه، پس‌آزمون گرفته شد.

ب) ابزار

اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه به صورت گروهی تحت آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم قرار گرفتند. در هر جلسه ابتدا مطالب نظری و سپس تمرینات لازم به صورت عملی و فعالیت‌های منزل به گروه آزمایش ارائه شد. تکالیف و فعالیت‌های منزل برای جلسات بعدی نیز به صورت دقیق مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول ۱ محتوای جلسات آموزش ارائه شده است (۳۲).

طول می‌کشید. هدف این برنامه کمک به افرادی است که دارای مشکلات مربوط به خشم هستند که بدین منظور از راهبردهای شناختی رفتاری استفاده می‌کند. این برنامه نوعی آموزش روانی است که به افراد جنبه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی، و فیزیولوژیک خشم را آموزش می‌دهند. با استفاده از فعالیت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی رفتاری، افراد مهارت‌ها و روش‌های لازم برای کنار آمدن مؤثر با خشم را فرا می‌گیرند. روش انجام پژوهش به این صورت بود که بعد از

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم

جلسات آموزشی	محتوا
جلسه اول	ارائه کلیات و آشنایی با تعریف‌ها
جلسه دوم	آموزش جنبه‌های فیزیولوژیک و شناختی رفتاری
جلسه سوم	تمرکز و انجام تمرینات شناختی رفتاری
جلسه چهارم	برقراری ارتباط با احساسات
جلسه پنجم	انجام مراقبه‌های کوچک
جلسه ششم	انجام تمرینات و فن‌های مقابله‌ای
جلسه هفتم	تمرینات نگرشی
جلسه هشتم	تنظیم تمرینات خلقی
جلسه نهم	فضای تنفسی و پیوند ذهنی
جلسه دهم	مدیریت خشم
	مقدمه و معارفه، رهنمودهای مشاوره، بحث باز، تکلیف خانگی
	مرور قبلی و تکالیف، تمرین آموزشی مدل شناختی رفتاری
	بررسی خلق، مرور جلسه قبل تکالیف خانگی؛ تمرین واریسی بدن
	تمرین افکار، احساسات و رفتارها، تمرین مراقبه نشسته، بحث آزاد و تعیین تکلیف
	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث آزاد، دادن تکلیف خانگی، و مرور و خلاصه
	مرور تکالیف خانگی، تمرین مراقب نشسته و معرفی تمرین راهبردهای کنار آمدن
	مرور تکالیف، تمرین مراقب، معرفی تمرین عوامل نگرشی، بحث آزاد
	معرفی تمرین حل مسئله، بحث آزاد، اختصاص دادن تکلیف، و مرور و خلاصه‌برداری
	تمرین پیوند بین مدل شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و بحث آزاد
	موضوع رسیدن به هدف، بحث درباره موانع و محدودیت‌هایی که بر آنها غلبه شد

گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند و نیز به آنها گفته شد که در هر مرحله از آموزش اگر بخواهند می‌توانند جلسات را ترک کنند و شرکت در برنامه آموزشی برای آنها اجباری نیست.

یافته‌ها

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (k-S) Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

(د) روش اجرا: برای اجرای پژوهش در تیرماه ۱۳۹۷ ابتدا مجوز کتبی از اداره کل آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان اخذ و سپس به اداره آموزش و پرورش شهرستان چابهار مراجعه شد. سپس با هماهنگی مدیران مدارس، افراد مورد مطالعه انتخاب شدند و از آزمودنی‌های پژوهش، مصاحبه اولیه صورت گرفت و بعد از بیان اهداف پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی، آزمودنی‌ها رضایت کتبی خود را برای حضور در پژوهش اعلام کردند. سپس از آنها خواسته شد که پرسشنامه مهار خشم اسپیلیبرگر (۱۹۹۹) را تکمیل کنند. همچنین به آزمودنی‌ها و والدین آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. برای گروه آزمایش، به مدت ده جلسه آموزش‌های لازم درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم ارائه شد و

جدول ۲: شاخص توصیفی نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰)

متغیر	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	Z کالموگروف اسمیرنوف	P
حالت خشم	پیش آزمون	۵۴/۷۳	۴/۰۵	۰/۸۸	۰/۴۱
	پس آزمون	۵۰/۸۶	۸/۴۷	۰/۹۰	۰/۳۸
احساس خشم	پیش آزمون	۱۷/۳۳	۱/۷۴	۰/۷۸	۰/۵۶
	پس آزمون	۱۵/۹۶	۵/۱۹	۱/۰۲	۰/۲۴
نیاز شدید به بیان کلامی خشم	پیش آزمون	۱۷/۶۶	۲/۵۶	۰/۸۱	۰/۵۲
	پس آزمون	۱۶/۱۶	۴/۵۷	۰/۹۹	۰/۲۷
نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم	پیش آزمون	۱۶/۷۳	۲/۰۱	۰/۷۴	۰/۶۴
	پس آزمون	۱۶/۴۳	۴/۸۶	۱/۰۵	۰/۲۲
صفت خشم	پیش آزمون	۲۶/۷۶	۶/۵۸	۰/۸۰	۰/۵۴
	پس آزمون	۲۱/۲۳	۵/۶۷	۰/۶۵	۰/۷۸
خلق و خوی خشمگین	پیش آزمون	۱۱/۰۰	۲/۰۶	۰/۸۳	۰/۴۸
	پس آزمون	۱۰/۱۳	۳/۳۱	۰/۹۵	۰/۲۸
واکنش خشمناک	پیش آزمون	۸/۳۳	۲/۱۵	۰/۸۸	۰/۴۱
	پس آزمون	۹/۷۳	۵/۲۵	۰/۹۱	۰/۳۷
برونریزی خشم	پیش آزمون	۲۶/۳۶	۴/۵	۰/۵۴	۰/۹۳
	پس آزمون	۲۶/۰۰	۶/۳۵	۰/۹۲	۰/۳۵
درونریزی خشم	پیش آزمون	۲۶/۲۳	۳/۶۸	۰/۷۱	۰/۶۸
	پس آزمون	۲۴/۵۶	۷/۰۴	۰/۹۲	۰/۳۵
مهار برونریزی خشم	پیش آزمون	۲۷/۱۰	۳/۷۹	۰/۸۰	۰/۵۳
	پس آزمون	۲۴/۶۰	۷/۵۰	۰/۸۹	۰/۳۹
مهار درونریزی خشم	پیش آزمون	۲۶/۸۳	۳/۵۱	۰/۶۹	۰/۷۱
	پس آزمون	۲۴/۸۳	۶/۸۲	۰/۸۹	۰/۴۰
شاخص بیان خشم	پیش آزمون	۶۷/۹۳	۷/۷۶	۰/۶۲	۰/۸۳
	پس آزمون	۶۹/۴۶	۱۸/۳۴	۱/۲۹	۰/۰۷

برای بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار مؤلفه‌های خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهرستان چابهار از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین نتایج شیب خط رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های شاخص بیان خشم نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس‌ها متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه خشم در بعد حالت خشم $F_{1,28} = 1/59$ و $P = 0/21 < 0/05$ در بعد احساس خشم $F_{1,28} = 0/03 < 0/05$ در بعد نیاز شدید به بیان کلامی خشم $F_{1,28} = 0/33$ و $P = 0/98 < 0/05$ در بعد نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم $F_{1,28} = 0/79 < 0/05$ و $P = 0/07$ در بعد صفت خشم پس آزمون $F_{1,28} = 0/08$ و $P = 0/93 < 0/05$ در بعد خلق و خوی خشمگین $F_{1,28} = 2/77$ و $P = 0/10 < 0/05$ در بعد واکنش خشمناک $F_{1,28} = 2/22$ و $P = 0/14 < 0/05$ در بعد برونریزی خشم $F_{1,28} = 2/03$ و $P = 0/16 < 0/05$ در بعد درونریزی خشم $F_{1,28} = 1/14$ و $P = 0/29 < 0/05$ در بعد مهار برونریزی خشم $F_{1,28} = 1/94$ و $P = 0/17 < 0/05$ در بعد مهار درونریزی خشم $F_{1,28} = 1/30$ و $P = 0/20 < 0/05$ در بعد شاخص بیان خشم $F_{1,28} = 1/68$ و $P = 0/17 < 0/05$ استفاده شد. نتایج نشان داد این شاخص‌ها در

برای بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار مؤلفه‌های خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهرستان چابهار از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین نتایج شیب خط رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های شاخص بیان خشم نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس‌ها متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه خشم در بعد حالت خشم $F_{1,28} = 1/59$ و $P = 0/21 < 0/05$ در بعد احساس خشم $F_{1,28} = 0/03 < 0/05$ در بعد نیاز شدید به بیان کلامی خشم $F_{1,28} = 0/33$ و $P = 0/98 < 0/05$ در بعد نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم $F_{1,28} = 0/79 < 0/05$ در بعد صفت خشم پس آزمون $F_{1,28} = 0/08$ و $P = 0/93 < 0/05$ در بعد خلق و خوی خشمگین $F_{1,28} = 2/77$ و $P = 0/10 < 0/05$ در بعد واکنش خشمناک $F_{1,28} = 2/22$ و $P = 0/14 < 0/05$ در بعد برونریزی خشم $F_{1,28} = 2/03$ و $P = 0/16 < 0/05$ در بعد درونریزی خشم $F_{1,28} = 1/14$ و $P = 0/29 < 0/05$ در بعد مهار برونریزی خشم $F_{1,28} = 1/94$ و $P = 0/17 < 0/05$ در بعد مهار درونریزی خشم $F_{1,28} = 1/30$ و $P = 0/20 < 0/05$ در بعد شاخص بیان خشم $F_{1,28} = 1/68$ و $P = 0/17 < 0/05$ استفاده شد. نتایج نشان داد این شاخص‌ها در

معنی داری وجود دارد ($F = 60/1, P < 0/05, \eta^2 = 0/3$)، Wilks (Lambda= برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مولفه های خشم تفاوت معناداری دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی دار نبودند بنابراین مفروضه همگونی واریانس ها نیز تأیید شد و برابر هستند. پس از بررسی پیش فرض ها تحلیل کوواریانس چندمتغیری نتایج نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه های خشم تفاوت

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مؤلفه های خشم

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	
	حالت خشم	۳۰۴/۰۴	۱	۳۰۴/۰۴	۲۴/۶۴	۰/۰۵	۰/۶۰	
گروه	احساس خشم	۱۴۹/۷۳	۱	۱۴۹/۷۳	۹۴/۳۵	۰/۰۵	۰/۸۵	
	نیاز شدید به بیان کلامی خشم	۱۴۲/۹۳	۱	۱۴۲/۹۳	۷۹/۳۵	۰/۰۵	۰/۸۳	
	نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم	۱۴۷/۹۰	۱	۱۴۷/۹۰	۹۵/۵۳	۰/۰۵	۰/۸۵	
	صفت خشم	۳۴۹/۹۲	۱	۳۴۹/۹۲	۲۴/۴۰	۰/۰۵	۰/۶۰	
	خلق و خوی خشمگین	۴۹/۷۴	۱	۴۹/۷۴	۲۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۵۵	
	واکنش خشمناک	۱۵۸/۹۲	۱	۱۵۸/۹۲	۵۹/۱۷	۰/۰۵	۰/۷۸	
	برونریزی خشم	۱۲۲/۸۳	۱	۱۲۲/۸۳	۱۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۳۸	
	درونریزی خشم	۱۴۹/۲۳	۱	۱۴۹/۲۳	۴۰/۷۲	۰/۰۵	۰/۷۱	
	مهار برونریزی خشم	۱۰۸/۰۳	۱	۱۰۸/۰۳	۶/۵۷	۰/۰۵	۰/۲۹	
	مهار درونریزی خشم	۳۴۱/۶۶	۱	۳۴۱/۶۶	۴۶/۷۱	۰/۰۵	۰/۷۴	
	شاخص بیان خشم	۱۳۰۹/۲۴	۱	۱۳۰۹/۲۴	۲۳/۳۰	۰/۰۵	۰/۵۹	
	خطا	حالت خشم	۱۹۷/۳۹	۱۶	۱۲/۳۳	-	-	-
		احساس خشم	۲۵/۳۹	۱۶	۱/۵۸	-	-	-
نیاز شدید به بیان کلامی خشم		۲۸/۸۱	۱۶	۱/۸۰	-	-	-	
نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم		۲۴/۷۷	۱۶	۱/۵۴	-	-	-	
صفت خشم		۲۲۹/۴۳	۱۶	۱۴/۲۴	-	-	-	
خلق و خوی خشمگین		۳۹/۳۴	۱۶	۲/۴۵	-	-	-	
واکنش خشمناک		۴۲/۹۶	۱۶	۲/۶۸	-	-	-	
برونریزی خشم		۱۹۴/۳۶	۱۶	۱۲/۱۴	-	-	-	
درونریزی خشم		۵۸/۶۳	۱۶	۳/۶۶	-	-	-	
مهار برونریزی خشم		۲۶۳/۰۹	۱۶	۱۶/۴۴	-	-	-	
مهار درونریزی خشم	۱۱۷/۰۳	۱۶	۷/۳۱	-	-	-		
شاخص بیان خشم	۸۹۸/۸۴	۱۶	۵۶/۱۷	-	-	-		

($\eta^2 = 0/60, F = 24/64, P < 0/05$) احساس خشم
 ($\eta^2 = 0/85, F = 94/35, P < 0/05$) نیاز شدید به بیان کلامی
 خشم ($\eta^2 = 0/83, F = 79/35, P < 0/05$) نیاز شدید به بیان

نتایج به دست آمده در جدول (۳) نشان می دهد که پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضریب F بدست آمده در زیر مقیاس حالت خشم

مدیریت خشم به طور معناداری موجب بهبود مهار مؤلفه های خشم در مرحله پس آزمون شده است.

این نتیجه با یافته های دیگر پژوهشگران همسو است. در یک مطالعه (۶) مشخص شد که درمان های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان سوء مصرف مواد مخدر، الکل و در بهبود تحول شناختی تأثیر بسزایی دارند. در پژوهش دیگر (۱۴) با استفاده از درمان های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به عواملی که مربوط به مهار خشم می شوند پرداخته شد؛ نتایج نشان داد که بالا بودن نمرات در هر کدام از پنج عامل صفات شخصیت (خشم، ذهن آگاهی، رضایت مندی روان شناختی، تنظیم هیجانات، و مهار شخصی) باعث مهار مؤلفه های خشم می شود. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های دیگری (۱۸ و ۲۶) که نشان دادند مهار خشم با سلامت روان ارتباط دارد؛ بیان خشم و تنظیم هیجانات، مهار نشخوار فکری و تحول مهارت های شخصی و شناختی مثبت، باعث افزایش سلامت و کیفیت ارتقای زندگی در کودکان می شوند؛ همسو است. در همه این پژوهش ها، تأثیر مثبت و معناداری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر خشم تأیید شد و نشان داده شد که استفاده از تکنیک های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله تجربه کردن و برون ریزی، در مهار و کاهش خشم کودکان پیش دبستانی تأثیر گذار هستند. آموزش درمان های شناختی رفتاری می تواند در افزایش میزان یادگیری اجتماعی افراد دارای اختلال هیجانی و خشم، موثر واقع شود؛ نکته ای که در همه این پژوهش ها تأیید شد و تأثیر گذاری انواع درمان های شناختی رفتاری بر مهار هیجانات مورد تأکید قرار گرفته است.

بدین ترتیب مطالعه حاضر نسبت به سایر درمان های شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به مطالعه کاهش مؤلفه های مهار خشم در دانش آموزان پرداخت. این بررسی نیز مانند سایر مطالعات درمان های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی اثر معنادار و خاص این نوع درمان روان شناختی را نسبت به سایر درمان ها تأیید کرده است و یافته های آن گویای

فیزیکی خشم ($F=95/53, P<0/05, \eta^2=0/85$)، صفت خشم ($F=24/40, P<0/05, \eta^2=0/60$)، خلق و خوی خشمگین ($F=20/23, P<0/05, \eta^2=0/55$)، واکنش خشمناک ($F=59/17, P<0/05, \eta^2=0/78$)، برون ریزی خشم ($F=10/11, P<0/05, \eta^2=0/38$)، درون ریزی خشم ($F=40/72, P<0/05, \eta^2=0/71$)، مهار برون ریزی خشم ($F=6/57, P<0/05, \eta^2=0/29$)، مهار درون ریزی خشم ($F=46/71, P<0/05, \eta^2=0/74$) و شاخص بیان خشم ($F=23/30, P<0/05, \eta^2=0/59$) بین میانگین های تعدیل شده نمرات شرکت کننده گان در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود و می توان نتیجه گرفت در گروه آزمایش تغییر معناداری در متغیرهای مذکور در پس آزمون نسبت به گروه گواه تحت تأثیر مداخله به وجود آمده است. بر اساس ضرایب اتا بیشترین اثربخشی روی زیرمقیاس احساس خشم بوده است که میزان تأثیر و تفاوت برابر با ۰/۸۵ درصد است؛ یعنی ۰/۸۵ درصد تفاوت در نمرات پس آزمون زیر مقیاس احساس خشم مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم است.

بحث و نتیجه گیری

مشکلات مربوط به خشم شایع ترین شکل مشکلات روان شناختی در کودکان و نوجوانان هستند. کودکان و نوجوانان مبتلا به خشم به طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را نسبت به کودکان فاقد خشم در طول زندگی تجربه می کنند. برنامه های درمانی زیادی برای درمان خشم در کودکان وجود دارند که اغلب آنها پایه شناختی دارند. بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم دانش آموزان پسر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت

تنش آور با مهارگری و حفظ آرامش و آگاهی بیشتری با مشکلات مقابله کند. به نظر می‌رسد مؤلفه اصلی ذهن آگاهی با تأکید بر خودمهارگری است، زیرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مانند تنفس، محیط توجهی مناسبی به وجود می‌آورد و فرد را از اشتغال ذهنی و یا از افکار تهدیدکننده، باز می‌دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و عدم بررسی همه متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر وابسته مورد مطالعه اشاره کرد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم تأثیر معناداری دارد، پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاورانی که در حیطه مهار خشم کار می‌کنند از این برنامه درمانی برای در کنار سایر درمان‌ها استفاده کنند. همچنین در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات بعدی در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب افراد نمونه استفاده کنند و تفکیک جنسیتی نیز در برنامه درمانی صورت گیرد تا تفاوت‌های تأثیرپذیری در هر دو جنس مشخص شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی آقای خالد بادپا در رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان با راهنمایی دکتر محمود شیرازی و مشاورت دکتر علی عرب با کد ۱۰۹۲۰۷۰۲۹۶۱۰۰۵ است. همچنین مجوز اجرای آن بروی افراد نمونه از سوی اداره کل آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان، شهرستان چابهار با شماره نامه ۹۷۴۲۲۰/۹۰۱ مورخ ۹۷/۰۴/۰۱ صادر شده است. بدین وسیله از مدیریت و کارکنان اداره آموزش و پرورش شهرستان چابهار و از زحمات استاد‌های راهنما و مشاور این پژوهش، و تمامی کودکان شرکت‌کننده و والدین آنها که در اجرا و انجام این پژوهش کمک کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نتایج این پژوهش به صورت شفاف بیان شده است برای نویسنده‌گان هیچ‌گونه تضاد منافی به دنبال نداشته است.

این واقعیت است که پروتکل‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور گسترده برای بیشتر مشکلات روانی کاربردی مطلوب دارند (۲۵ و ۲۸)؛ بنابراین در تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مهار خشم تأکید ویژه‌ای بر تجربه و برون‌ریزی مستقیم این هیجان‌ها دارند. موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مهار خشم که بعد از درمان‌های روان تحلیل‌گری روان‌درمانی و درمان‌های رفتاری، پدید آمدند در کاهش میزان اختلالات روانی از جمله خشم، افسردگی، پرخاشگری، تنیدگی، و اضطراب و... مؤثر هستند.

مؤلفه‌های ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم از نظریه‌های مختلف روان‌شناسی و روان‌درمانی از جمله روان‌تحلیلگری، رفتارگرایی، شناخت‌گرایی، و روان‌شناسان انسان‌گرا نشأت گرفته‌اند؛ به همین دلیل علاوه بر کاهش بیشتر بیماری‌ها و مشکلات روانی بر توسعه جنبه‌های مثبت شخصیتی نیز تأثیرگذار هستند. تأکید اصلی این درمان‌ها بر بهبود توسعه مهارت‌های فردی، استقلال، تصمیم‌گیری، داشتن اعتماد به خود، تعهد و مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی فردی، خودمهارگری، پذیرش واقعیت، و مراقبت است که از مؤلفه‌های اصلی فرایند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی هستند. در طی فرایند مداخله درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، مهار و اداره کردن هیجانات مربوط به ابعاد جسمی و ذهنی همزمان مورد توجه قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی داشته باشد و آنها را بدون قضاوت پذیرفته و با دیدی گسترده‌تر به آنها نگاه کند. زمانی که فرد علاوه بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آنها در یک وضعیت کاملاً آرام و با تمرکز قرار می‌گیرد و توانایی مهار افکار و احساساتش را به دست می‌آورد، کسب این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس مهار بیشتری در همه امور زندگی داشته باشد و به جای ارائه پاسخ‌های منفی در موقعیت‌های

References

1. Barghandan S, Tarkhan M, Ghaemi Khomami N. Efficacy of anger management training on social adjustment of high school female students in Rasht city. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 2(8): 140° 165. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Weng X, Chui WH, Liu L. Bullying Behaviors among Macanese Adolescents Association with Psychosocial Variables. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(8): 887. [\[Link\]](#)
3. Barahimi N, Khosravi S, Samimi R. Estimation of variance of students' anger and maladaptive schemas through family communication patterns. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2017; 3(1): 41-56. [Persian]. [\[Link\]](#)
4. Ashouri A, Torkman Malayeri M, Fadaee Z. The Effectiveness of assertive training group therapy in decreasing aggression and improving academic achievement in high school students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15;14(4):389-93. [Persian]. [\[Link\]](#)
5. Walters GD, Espelage DL. From victim to victimizer: Hostility, anger, and depression as mediators of the bullying victimization° bullying perpetration association. *J Sch Psychol*. 2018; 68: 73-83. [\[Link\]](#)
6. Kim J. The effects of collective anger and fear on policy support in response to terrorist attacks. *J Soc Psychol*. 2016; 156(5): 455-468. [\[Link\]](#)
7. Taher M, Abolghasemi A, Hajloo N, Narimani M. The comparison of efficacy of empathy and anger management trainings on social cognition and symptoms of students with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 2(4): 59-74. [Persian]. [\[Link\]](#)
8. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. Investigating the causal relationship of parents physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with oppositional defiant disorder mediated by parent-child relationship and empathy. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(3): 43-58. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Kaji Isfahani S, Arefi M, Aqaei Joshaghani A, Asli Azad M, Farhadi T. Comparison of cognitive empathy in students with relational and explicit aggression. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(2): 116-124. [\[Link\]](#)
10. Sharma MK, Suman LN, Murthy P, Marimuthu P. Relationship of anger with alcohol use treatment outcome: follow-up study. *Indian J Psychol Med*. 2017; 39(4): 426-429. [\[Link\]](#)
11. Kashdan TB, Goodman FR, Mallard TT, DeWall CN. What triggers anger in everyday life? Links to the intensity, control, and regulation of these emotions, and personality traits. *J pers*. 2016; 84(6): 737-749. [\[Link\]](#)
12. Katsumata Y. [The effects of self-anger on rumination and on mental health]. *Shinrigaku Kenkyu*. 2015; 86(4): 313° 322. [\[Link\]](#)
13. Edwards P, Mortel T van de, Stevens J. Perceptions of anger and aggression in rural adolescent Australian males. *Int J Ment Health Nurs*. 2019; 28(1): 162° 170. [\[Link\]](#)
14. Durham TA, Byllesby BM, Lv X, Elhai JD, Wang L. Anger as an underlying dimension of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2018; 267: 535° 540. [\[Link\]](#)
15. Sohrabi F, Karami H, Barati sadeh F, Khakbaz H. Effectiveness of anger management cognitive-behavioral therapy based on Reilly & Shopshire model in the reduction of aggression and improvement of marital satisfaction in patients with substance abuse. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2014; 9(35): 99° 116. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. Chan TO, Lam S-F. Mediator or moderator? The role of mindfulness in the association between child behavior problems and parental stress. *Res Dev Disabil*. 2017; 70: 1° 10. [\[Link\]](#)
17. Zhang D, Yang Y, Wu M, Zhao X, Sun Y, Xie H, et al. The moderating effect of social support on the relationship between physical health and suicidal thoughts among Chinese rural elderly: A nursing home sample. *Int J Ment Health Nurs*. 2018; 27(5): 1371° 1382. [\[Link\]](#)
18. Romero-Martínez Á, Moya-Albiol L. High anger expression is associated with reduced cortisol awakening response and health complaints in healthy young adults. *Span J Psychol*. 2016; 29(19): E19. [\[Link\]](#)

19. Jackson AT, Howes SS, Kausel EE, Young ME, Loftis ME. The reciprocal relationships between escalation, anger and confidence in investment decisions over time. *Front Psychol.* 2018; 9: 1136. [\[Link\]](#)
20. Møller M, Hausteijn S. Road anger expression-Changes over time and attributed reasons. *Accid Anal Prev.* 2018; 119: 29-36. [\[Link\]](#)
21. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology.* 2016 Feb 1;26(1):58-64. [Link\]](#)
22. Hawes SW, Perlman SB, Byrd AL, Raine A, Loeber R, Pardini DA. Chronic anger as a precursor to adult antisocial personality features: The moderating influence of cognitive control *J Abnorm Psychol.* 2016; 125(1): 64° 74. [\[Link\]](#)
23. Burns JW, Bruehl S, Chont M. Anger regulation style, anger arousal and acute pain sensitivity: evidence for an endogenous opioid triggering model. *J Behav Med.* 2014; 37(4): 642° 653. [\[Link\]](#)
24. ZZarshenas L, Baneshi M, Sharif F, Sarani EM. Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study. *BMC psychiatry.* 2017; 17(1): 375. [\[Link\]](#)
25. Zhu R, Xu Z, Tang H, Liu J, Wang H, An Y, et al. The effect of shame on anger at others: awareness of the emotion-causing events matters. *Cogn Emot.* 2018; 1° 13. [\[Link\]](#)
26. Jun WH, Lee G. Comparing anger, anger expression, life stress and social support between Korean female nursing and general university students. *J Adv Nurs.* 2017; 73(12): 2914° 2922. [\[Link\]](#)
27. Leonhardt BL, Lysaker PH, Vohs JL, James AV, Davis LW. The experience and expression of anger in posttraumatic stress disorder: the relationship with metacognition. *J Ment Health.* 2018; 27(5): 432° 437. [\[Link\]](#)
28. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Mental Health.* 2015; 2(2): 93-100. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Movallali G, Barati R, Taheri M. Efficacy of social skills training on the reduction of verbal and nonverbal aggression in male students with intellectual disability. *Journal of Child Mental Health.* 2015; 1(1): 57-66. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Sadri M, Zare Bahramabadi M, Ghiasi M. Effectiveness of attachment-oriented therapy on the quality of attachment and social skills in children with oppositional defiant disorder. *Journal of Child Mental Health.* 2016; 3(2): 21-30. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Del Barrio V, Aluja A, Spielberger C. Anger assessment with the STAXI- CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Pers Individ Dif.* 2004; 37(2): 227-244. [\[Link\]](#)
32. Segal Z, Vincent P, Levitt A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatry Neurosci.* 2002; 27(4): 281° 90. [\[Link\]](#)

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Anger Control of Male Students

Khaled Badpa¹, Mahmoud Shirazi*², Ali Arab³

1. Ph.D. Student of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Received: July 31, 2018

Accepted: December 21, 2018

Abstract

Background: Anger in children and adolescents is one of the most common and destructive excitement that causes various cognitive and behavioral problems in them and is a threat to the mental health of children and adolescents. This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on mindfulness on anger control of male students.

Method: This semi-experimental study was conducted with pre-test, post-test and control group design. The sample consisted of 30 students aged 10-14 years old in Charbahar city in the academic year of 2017-2018, who had higher scores in the *Spielberger state-trait anger expression inventory* (1999). They were selected by convenient sampling method and randomly assigned into two experimental and control groups (15 students in each group). The experimental group received 90 minutes of instructional cognitive-behavioral therapy based on anger management, and the control group did not receive any training at that time. Covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The results of this study showed that cognitive-behavioral therapy based on anger management has a significant effect on the components of anger control; that is, the mean scores of the experimental group in the post-test were significantly reduced compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results obtained, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy based on mind-fullness due to the special emphasis on experiencing and direct discharge of excitements can inhibit the components of anger.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, mindfulness, anger control

Citation: Badpa K, Shirazi M, Arab A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on mindfulness on anger control of male students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(4): 159-168.

***Corresponding author:** Mahmoud Shirazi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

Email: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Tel: (+98) 09153404219