



«نشریه علمی آموزش و ارزشیابی»

سال دوازدهم - شماره ۴۸ - زمستان ۱۳۹۸

ص. ۸۳-۶۳

## اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک

نسرین محدث<sup>۱</sup>

زینب خانجانی<sup>\*۲</sup>

علی نقی اقدسی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۰۵

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک دوره متوسطه اول انجام شد. این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقاطع اول تا سوم دوره متوسطه اول شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) و مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته از طریق روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و مبتنی بر هدف انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه مشکل در نظم بخشی هیجانی (DERS) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مشکل در تنظیم هیجانی به میزان ۷۶٪ و مؤلفه‌های آن شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۱۶٪، مشکل در کنترل تکانه ۳۸٪، فقدان آگاهی هیجانی ۴۴٪، و دسترسی محدود به راهبردها ۶۲٪ شده است ( $p < 0/05$ ). با توجه به یافته‌ها، می‌توان مطرح کرد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش مشکل در تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌شود.

**واژگان کلیدی:** اختلال سلوک، مشکل در تنظیم هیجانی، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲ - استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*- نویسنده مسئول E-mail: zeynabkhanjaani@tabrizu.ac.ir

۳ - استادیار گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

## The Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention on the Emotion Regulation Difficulties Components of Students with Conduct Disorder

Nasrin Mohades  
Zeinab Khanjani  
Ali Naghi Aqdasi

Data of receipt: 2019.11.02  
Data of acceptance: 2020.02.24

### Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based intervention on emotion regulation difficulties in the middle school students with conduct disorder. The present study is a semi-experimental study with pretest-posttest and control group design. The statistical population consisted of all male students from first to third grade of the first secondary school in Tabriz city in the academic years of 2018-2019. From this population, were selected a sample size of 40 people using children symptom inventory (CSI-4) and structured diagnostic and clinical interview by multi-stage cluster sampling and purposeful sampling method and were randomly assigned to the experimental and control groups. Data were collected during pre-test and post-test stage of the difficulties in emotion regulation scale (DERS). Data analysis was performed using covariance analysis in spss version 25. Data analysis showed that mindfulness-based intervention resulted in a significant difference between groups in difficulty in emotion regulation 76% And its components included non-acceptance of emotional responses 16%, impulse control difficulties 38%, lack of emotional awareness 44%, limited access to emotion regulation strategies 62% ( $p < 0.05$ ). According to the findings, it can be suggested that mindfulness-based intervention reduces the problem of emotional regulation and its components in students with conduct disorder.

**Keywords:** Conduct Disorder, Emotion Regulation Difficulties, Mindfulness-Based Intervention

## مقدمه

اختلال سلوک<sup>۱</sup> (CD) یکی از رایج‌ترین اختلال‌های تحولی تشخیص داده شده در دوران کودکی است که سلامت روانی کودک را تهدید می‌کند (نوردرمیر، لومان و اوسترلان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). اختلال سلوک با مجموعه‌ای از الگوهای تکراری و مزمن رفتاری مشخص می‌شود که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قوانین اجتماعی نقض می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در ایران بالا بوده است، به طوری که شیوع کلی این اختلال را ۵ درصد اعلام کرده اند (به نقل از رهبر کرباسدهی، حسین خانزاده و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۶). شواهد نشان می‌دهد که اگر آغاز آن در کودکی باشد با یک دوره اختلال سلوک پایدارتر و شدیدتر همراه است تا زمانی که آغاز آن در نوجوانی باشد (لوبر، بورکه، داستین و پاردینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

در این راستا، علل مختلفی برای رفتارهای مخرب کودکان مبتلا به اختلال سلوک مطرح شده است که می‌توان به تاریخچه تعاملی فرد با خانواده و برخی از عوامل فردی همچون مشکل در تنظیم هیجانی<sup>۵</sup> اشاره نمود. تنظیم هیجانی برای عملکرد اجتماعی ضروری است. نقص در تنظیم هیجانات نقش مهمی در رفتارهای بزهکاری بازی می‌کند (پیپت، ساتر، هالفون و استفان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). در موقعیت‌های روزمره افراد به طور مرتب با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که موجب درگیری با هیجانات می‌گردد. لذا تنظیم هیجانات به آنها کمک می‌کند تا به این احساسات با روشی قابل قبول و انعطاف پذیر پاسخ دهند (اسکورل، ون ریجن، دوید، ون گوزن و سواب<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). مشکلات تنظیم هیجان به عنوان نارسایی‌هایی در آگاهی، درک و پذیرش هیجانات، ناتوانی در رفتارکردن سازگاران در طول تجربه هیجانات منفی، ناتوانی در بکارگیری راهبردهای مناسب برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی با توجه به شرایط و اهداف محیطی مفهوم سازی شده است (تای و فرانسیس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). اگر تنظیم احساسات دچار شکست شود خودتنظیمی در دیگر زمینه هم مانند کنترل بر روی رفتار اجتماعی نیز می‌تواند با شکست مواجه شود (گارفالو، نیومن و ولوتی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). مشکل در تنظیم هیجانی نشان دهنده انواع روش‌های مشکل‌سازی است که افراد در پاسخ به وضعیت‌های عاطفی خود همچون عدم درک یا پذیرش تجربیات هیجانی و همچنین داشتن مجموعه‌ای از راهبردهای نسبتاً محدود برای تنظیم هیجانات تجربه کنند (چشور، زیگلر-هیل، سائول، ورابل و لمتن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). مشکل در تنظیم هیجانی یک شاخص فراتشخیصی سطح

- 
- 1- Conduct disorder
  - 2- Noordermeer, Luman & Oosterlaan
  - 3- American psychiatric association
  - 4- Loeber, Burke, Dustin & Pardini
  - 5- Emotion regulation difficulties
  - 6- Pihet, Suter, Halfon & Stephan
  - 7- Schoorl, Van Rijn, De Wied, Van Goozen & Swaab
  - 8- Ty & Francis
  - 9- Garofalo, Neumann & Velotti
  - 10- Cheshire, Zeigler-Hill, Sauls, Vrabel, & Lehtman

بالا برای آسیب پذیری در دوره های اولیه رشد کودک است (بیوپچین و تایر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). اختلال در تنظیم هیجان به عنوان ویژگی هسته ای بسیاری از شرایط روانی، طیف گسترده ای از اختلالات درونی سازی و برونی سازی را در برمی گیرد (کائوفمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اختلال سلوک که با رفتارهای تهاجمی شدید و ضداجتماعی مشخص می شود، با پردازش های هیجانی و نقص در تنظیم هیجانی مرتبط است (راسکل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تعداد قابل توجهی از مطالعات نشان داده اند که مشکل در تنظیم هیجانی با آسیب شناسی اشکال مختلف اختلالات کودکی همچون اختلال سلوک مرتبط است (دبورده، ون والگم مائوری و آیتل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ طاهری، ۱۳۹۶). همچنین برخی از تحقیقات نشان داده اند که مشکل در تنظیم هیجانی با مشکلات مرتبط با خودجرحی، افسردگی، آشفتگی هویت، مشکلات سلوک و اضطراب مرتبط است (کاپادوسیا، دسروش، پپلر و شرودر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ فولک، زمان، پون و دالایر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

برای رهایی از اثرات مخرب اختلال سلوک بر خود فرد، خانواده، مدرسه و در نهایت جامعه گونه های متنوعی از روش های مداخله ای عرضه شده است. یکی از روش های مداخله ای در این حوزه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۷</sup> (MBCT) است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک رویکرد درمانی برخاسته از نظریه ای است که توسط تیزدل، سگال و ویلیامز<sup>۸</sup> (به نقل از هیلگار<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱)، براساس مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> (MBSR) کابات-زین<sup>۱۱</sup> و با اضافه کردن اصول درمان شناختی به آن، با هدف جایگزینی هیجانات منفی با هیجانات خوشایند ایجاد شده است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) ترکیبی از آموزش مراقبه ذهن آگاهانه و مداخلاتی از شناخت درمانی را شامل می شود. در طول تمرین های ذهن آگاهی، توانایی های خودتنظیمی از طریق تمریناتی با تمرکز بر توجه داخلی مانند آگاهی از تنفس، یا تمرکز بر اشیاء خارجی مانند صداها آموزش داده می شود که در هر دو شیوه توجه تاکید اصلی بر تجربیات زمان حال است (دیکنسون، برکمن، آرچ و لیبرمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲)، و با یک دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به افکار، احساسات و رفتارها در طول تمرینات ذهن آگاهی، می تواند منجر به تغییر بی درنگ توجه از افکار نگران کننده غیرمرتبط در لحظه حال گردد (زیدان، جانسون، دایموند، دیوید و گولکاسیان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰؛ هاسنکامپ، ویلسون-مندنهال، دانکن و بارسالو<sup>۱۴</sup>،

1- Beauchaine and Thayer

2- Kaufman

3- Raschle

4- Deborde, Vanwalleghem Maury, &amp; Aitel

5- Cappadocia, Desrocher, Pepler &amp; Schroeder

6- Folk, Zeman, Poon &amp; Dallaire

7- mindfulness- based cognitive therapy (MBCT)

8- Teasdale, Segal &amp; Williams

9- Hillgaar

10- Mindfulness-based stress reduction (MBSR)

11- Kabat-Zinn

12- Dickenson, Berkman, Arch &amp; Lieberman

13- Zeidan, Johnson, Diamond, David &amp; Goolkasian

14- Hasenkamp, Wilson-Mendenhall, Duncan &amp; Barsalou

(۲۰۱۲). شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک منجر به بهبود تنظیم هیجانی (هانگ، ژانگ، آن و ایکس یو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ دیپلوس، بیلثوکس، شارف و فیلیپوت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ پیرسینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) می‌گردد. بطوری که، تانگ، تانگ و پوسنر<sup>۴</sup> (۲۰۱۶)، سانگر و دورجی<sup>۵</sup> (۲۰۱۵)، برمال، صالحی فدردی و طبیعی (۱۳۹۷) و چیودلی، ملو، جیسوس و آندرتا<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) خاطر نشان ساختند که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی منجر به بهبود مشکلات تنظیم هیجانی در کودکان و نوجوانان و همچنین بزرگسالان می‌گردد. لوبرتو، کاتن و مک لیش<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) خاطر نشان ساخت که مهارت ذهن آگاهی پذیرش بدون قضاوت منجر به بهبود تنظیم هیجانی از طریق ارتقای خودکارآمدی برای مقابله با استرسور می‌گردد.

در بین اختلالات روان پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال سلوک از وخیم ترین اختلالات و نیز از عمده ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است (برقی ایرانی، بختی و بگیان کوله مرز، ۱۳۹۴). میزان شیوع بالای اختلال سلوک در بین کودکان و نوجوانان، روند شدت یافتن آن در طول زمان و هزینه‌های سنگینی که در صورت عدم درمان به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند، آن را به یکی از چالش‌های اساسی در حوزه اختلال‌های کودکان تبدیل نموده است (فارینگتون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). با توجه به این موضوع، با تشخیص به موقع این اختلال در کودکان و تلاش برای درمان آن می‌توان تا حد زیادی از مشکلات و عواقب بعدی جلوگیری کرده و یا آن را تا حد زیادی کاهش داد. همچنین، با توجه به اینکه در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرایندهای تنظیم هیجانی دانش‌آموزان بخصوص فراگیران دارای اختلال سلوک تاکنون پژوهشی بی نهایت اندکی صورت نگرفته، بنابراین با در نظر گرفتن خلأ پژوهشی موجود انجام چنین پژوهشی بمنظور روشن سازی بیشتر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در راستای غنی سازی بدنه پژوهشی و بالینی از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکل در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک دوره متوسطه اول انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقاطع اول تا سوم دوره متوسطه اول شهر تبریز در سال

- 
- 1- Huang, Zhang, An, & Xu
  - 2- Deplus, Billieux, Scharff, & Philippot
  - 3- Pirsig
  - 4- Tang, Tang, & Posner
  - 5- Sanger & Dorjee
  - 6- Chiodelli, Mello, Jesus & Andretta
  - 7- Luberto, Cotton, & Mcleish
  - 8- Farrington

تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و مبتنی بر هدف استفاده شد. گزینش نمونه به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای به این طریق صورت گرفت که ابتدا از بین تمامی مدارس پسرانه دوره متوسطه اول شهر تبریز، به طور تصادفی ۱۰ مدرسه انتخاب و در مرحله دوم از هر مدرسه یک کلاس از پایه هفتم، یک کلاس از پایه هشتم و یک کلاس از پایه نهم به عنوان نمونه اولیه جهت غربالگری در نظر گرفته شدند. در ادامه به این مدارس مراجعه و با مسئولین این مراکز در ارتباط با هدف پژوهش و ویژگی‌های دانش‌آموزان مشکوک به اختلال سلوک گفتگو و سپس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه، پرسشنامه علایم مرضی کودکان (فرم معلم) توسط معلمین گروه نمونه تکمیل و ۴۰ دانش‌آموز که در شاخص اختلال سلوک پرسشنامه علایم مرضی کودکان نمره بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند، انتخاب شدند. همچنین، به منظور تایید نظر معلمین، بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدارس، والدین دانش‌آموزان انتخابی به مدرسه دعوت و پرسشنامه علایم مرضی کودکان (فرم والد) را تکمیل کردند. بنابراین، دانش‌آموزانی که در هر دو ابزار نمره بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه از طریق پرسشنامه‌های مذکور، برای تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه بالینی و تشخیصی ساختاریافته که در یکی از مراکز انجام شد شرکت کنند. سپس با مادران هر یک از دانش‌آموزان براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) برای اختلال سلوک مصاحبه‌ای انجام گردید تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها با مصاحبه‌بمنظور تشخیص دقیق اختلال سلوک تطبیق داده شود. در نهایت ۴۰ دانش‌آموز با استفاده از پرسشنامه علایم مرضی کودک (فرم معلم و فرم والد) و مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته به صورت هدفمند انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در مورد انتخاب این تعداد نمونه باید اشاره کرد که معمولاً در تحقیقات آزمایشی و شبه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال<sup>۱</sup>، بورگ<sup>۲</sup> و گال، ۱۳۹۱). لذا، با توجه به اهمیت حجم نمونه برای تعمیم‌پذیری نتایج در حیطه علوم رفتاری و به جهت اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی برخوردار گردد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود: دارا بودن اختلال سلوک با شروع از کودکی، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۳ و ۱۵ سال، جنسیت پسر.

ملاک‌های خروج: استفاده از دارودرمانی، ابتلا به سایر اختلالات روانشناختی همراه همچون نافرمانی، مقابله‌ای، افسردگی دوقطبی، اختلال انفجاری متناوب، ابتلا به بیماری‌های جسمانی، تحت درمان بودن یا سایر درمان‌های روانشناختی همزمان.

1- Gall  
2- Borg

ملاحظات اخلاقی: بعد از انتخاب گروه نهایی، ابتدا هدف از اجرای تحقیق برای شرکت کنندگان شرح داده شد و رضایت والدین برای شرکت دانش‌آموز در مطالعه جلب و به والدین شرکت کنندگان اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها با در نظر گرفتن اصل رازداری به صورت گروهی و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل و تصریح گردید که شرکت کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند. همچنین، اشاره شد که ارزیابی‌های مربوطه هیچ گونه ضرر یا هزینه‌ای برای شرکت کنندگان ندارد.

### ابزار اندازه‌گیری:

مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V): مصاحبه ساختاریافته شامل معاینه دانش‌آموزان به همراه والدین بود که توسط روانشناس در حدود یک ساعت انجام شد. بررسی شامل گرفتن شرح حال، تاریخچه و بررسی علائم تشخیصی حال و گذشته است. گزارش اولیه از مصاحبه تشخیصی شامل چگونگی تحول کودک و نحوه عملکرد وی در مدرسه، تاریخچه پزشکی (شامل جزئیاتی درباره داروهای مصرفی، خواب، ورزش و رژیم غذایی) و وضعیت خانوادگی (شامل بررسی شغل والدین، همشیره‌ها و بررسی وجود علایم روانپزشکی در کل خانواده و بررسی نوع اختلال سلوک و سایر اختلالات روانشناختی دوره کودکی مانند اختلالات عصبی، رشدی و اختلالات نافرمانی، انفجاری متناوب، افسردگی دوقطبی، اختلالات شخصیت ضداجتماعی) است. در این پژوهش آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) نمره‌های بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند، مورد مصاحبه بالینی و تشخیصی ساختاریافته قرار گرفتند. این مصاحبه بمنظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال سلوک انجام شد. آزمودنی‌هایی که دارای ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) برای اختلال سلوک (با شروع از دوره کودکی) بودند و معیار خروج نداشتند به عنوان نمونه نهایی پژوهش در نظر گرفته شدند.

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): از این پرسشنامه برای تشخیص اولیه اختلال سلوک و عدم وجود سایر اختلالات روانپزشکی ذکر شده در ملاک‌های خروج استفاده شد. پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup> (CSI-4) یکی از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است. فرم والدین این مقیاس دارای ۱۱۲ سوال است که ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهد و فرم معلم نیز دارای ۸۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی‌گیرد. در پژوهش حاضر از هر دو فرم والد و معلم و ۴۱ عبارت اول این دو فرم (گروه A، B و C) استفاده شده است که به ترتیب

اختلالات نقص توجه/بیش فعالی<sup>۱</sup> (سوالات ۱ تا ۱۸)، نافرمانی مقابله ای<sup>۲</sup> (۱۹ تا ۲۶) و اختلال سلوک (۲۷ تا ۴۱) را مورد سنجش قرار می دهند. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه ای از هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می شود (نجفی، فولاد چنگ، علیزاده، محمدی فر، ۱۳۸۸). در این پژوهش از روش غربال کننده استفاده شد. شیوه نمره برش غربال کننده به صورت هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب=۱ و بیشتر اوقات=۱ نمره گذاری می شود (سلامی، عشایری، استکی، فرزاد و کوچک انتظار، ۱۳۹۵). محمداسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) در پژوهشی با بررسی دانش آموزان ۶ تا ۱۴ ساله، نقطه برش بهینه را برای اختلال نقص توجه/بیش فعالی برابر با ۸ و برای هر کدام از اختلال های نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک نیز برابر با نمره ۳ تعیین نمودند. روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش محمداسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) مورد تایید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفته است. پژوهش های انجام شده در ایران بر روی فرم معلم این مقیاس با روش بازآزمایی ضریب اعتبار آن را در دامنه ای از ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده اند (به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴). کلاتری و همکاران (به نقل از سهرابی، اسدزاده و عرب زاده کوپانی، ۱۳۹۳) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ گزارش کردند. نجفی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه ای پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آوردند.

مقیاس مشکل در نظم بخشی هیجانی (DERS): این مقیاس یک ابزار ۳۶ سوالی است که توسط گراتز و روثمر (۲۰۰۴) ساخته شده و توسط خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادیسی (۱۳۹۱) در نمونه های ایرانی هنجاریابی شده است. این مقیاس سطح معمول دشواری در نظم بخشی هیجانی افراد را در شش حوزه شامل: ۱. عدم پذیرش پاسخ های هیجانی<sup>۳</sup> (سوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹)، ۲. مشکل در درگیر شدن در رفتار هدفمند<sup>۴</sup> (سوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳)، ۳. مشکل در کنترل تکانه<sup>۵</sup> (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲)، ۴. فقدان آگاهی هیجانی<sup>۶</sup> (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴)، ۵. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۷</sup> (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶) و ۶. فقدان وضوح هیجانی<sup>۸</sup> (۱، ۴، ۵، ۷ و ۹) اندازه گیری می کند. نمره گذاری گویه ها در این مقیاس از طریق یک درجه بندی لیکرت ۵ درجه ای صورت می گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری های بیشتر در نظم بخشی هیجانی است. ضرایب پایایی کل مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۹۳ درصد و برای هر کدام از شش زیر مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ درصد بدست آمده است. ضریب پایایی

1- Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

2- Oppositional defiant disorder (ODD)

3- Non-acceptance of emotional responses (Non Accept)

4- Difficulties engaging in goal directed behaviour (Goals)

5- Impulse control difficulties (Impulse)

6- Lack of emotional awareness (Aware)

7- Limited access to emotion regulation strategies (Strategies)

8- Lack of emotional clarity (Clarity)



بازآزمایی در یک دوره ۴ تا ۸ هفته ای ۰/۸۸ درصد بدست آمده است (گراتز و رومئر، ۲۰۰۴). خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) پایایی زیرمقیاس های پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، در دامنه بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی زیر مقیاس های پرسشنامه را پس از یک هفته از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش کرده اند. همچنین خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی ساختار عاملی و روایی سازه مقیاس، ساختار ۶ عاملی مقیاس را تأیید و روایی ملاکی زیر مقیاس های پرسشنامه را با سیاهه های افسردگی (BDI) و اضطراب (BAI) بک از ۰/۱۱ تا ۰/۵۱ بدست آورده اند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: برای اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از برنامه مداخله ای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) تیزدل و همکاران (به نقل از هیلگار، ۲۰۱۱) استفاده شد. این برنامه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی برگزار گردید. شرح مختصر جلسه‌های درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول (۱) پکیج مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی

Table 1

Mindfulness-Based Intervention Package

جلسات	محتوا
اول (معارفه و آشناسازی) First (introductions and acquaintance)	پذیرش و خوشامدگویی به هر مراجع، بیان قوانین و هنجارهای درمان، تعریف و تشریح مداخله ذهن آگاهی، انجام یک مراقبه کوتاه تنفس و بدن و گرفتن بازخورد.
دوم (هدایت خودکار) Second (automatic pilot)	معرفی مراقبه خوردن با عنوان خوردن کشمش به طور عملی، اجرای مراقبه تنفس و بدن، معرفی عادت شکن به عنوان تمرینی برای از بین بردن تدریجی الگوهای فکری منفی در فرد برای ترک وضعیت هدایت خودکار و عادت های ریشه دار و ناخودآگاه تفکری.
سوم (رابطه بدن و ذهن و مراقبه واریسی بدن) Third (body-mind relationship and body-meditation)	بحث در مورد تأثیر متقابل ذهن و بدن بر قضاوت ها، نحوه تفکر، احساس و رفتار با داستانی کوتاه و پژوهش های مستند، اعضا تجربه های خود را در این مورد بیان می کنند، مراقبه واریسی بدن آموزش و به طور عملی در گروه اجرا و بازخورد گرفته می شود.
چهارم (ذهن آگاهی بر روی تنفس) Fourth (mindfulness on breathing)	الف) انجام دادن تمرین تامل بر تنفس در وضعیت نشسته: تمرین تنفس و انجام حرکات کششی و تنفس با حالت ذهن آگاهی و به دنبال تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین ها می توانند با یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند.
پنجم (ماندن در زمان حال) Fifth (stay in the present)	الف) پنج دقیقه ذهن آگاهی دیداری با شنیداری، تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار و آگاهی های بدون جهت گیری خاص. ب) فضای سه دقیقه ای تنفس: معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که شرایط احساسات دشوار را بر می انگیزاند پیشنهاد می شود. پ) شناسایی آن چه تجربیات ناخوشایند محسوب می شوند.
ششم (پذیرش و مجوز حضور) Sixth (admission and attendance)	تامل در وضعیت نشسته: فضای سه دقیقه ای تنفس طبق روال قاعده ای (سه بار در یک روز) فضای سه دقیقه ای تنفس به عنوان راهبردی مقابله ای (هر زمان که شما پی به وجود احساسات ناخوشایند بردید)، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادت و واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های ذهن آگاهی برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه زمان حال.
هفتم (مدیریت زمان) Seventh (Time Management)	چشمها کاملاً بسته از زمان شروع تا زمانی که احساس کردید یک دقیقه شده چشمها را باز نموده آنهایی که خیلی عجولند کار زیاد دارند و آنهایی که از یک دقیقه می گذرد. معمولاً کارشان با تأخیر انجام می دهند مشکل اینکه در تخمین زمان اشتباه می کنند و یا با زمان مسابقه گذاشته اند
هشتم (مرور و جمع بندی) Eighth (Review and Summary)	تمرین واریسی بدن، بازنگری تالیف خانگی، بازنگری و مرور کل برنامه، بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در هفته های گذشته چه در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیرمنظم ایجاد شده ادامه یابد. واریسی و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به برنامه با آخرین مراقبه.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش شرکت کنندگان دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه مشکل در نظم بخشی هیجانی (DERS) را تکمیل و سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش‌های مربوط به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط پژوهشگر قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

### یافته‌ها

با توجه به نتایج، ۴۰ درصد از شرکت کنندگان در رده سنی ۱۳ سال، ۲۲/۵ درصد در رده سنی ۱۴ سال و ۳۷/۵ درصد نیز در رده سنی ۱۵ سال قرار دارند. میانگین سنی برای گروه آزمایش (۱۳/۹۰)، برای گروه کنترل (۱۴/۰۵) و میانگین سنی کل شرکت کنندگان (۱۳/۹۷) بود. همچنین، ۳۰ درصد از شرکت کنندگان در پایه اول، ۲۵ درصد در پایه دوم و ۴۵ درصد نیز در پایه سوم متوسطه مشغول تحصیل هستند.

جدول (۲) آماره‌های توصیفی ابعاد مشکل در تنظیم هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

Table 2

Descriptive statistics of dimensions of difficulty in emotion regulation in the experimental and control groups						
متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
variables	group	stage	Min	Max	mean	SD
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	16	25	20.35	2.52
		پس‌آزمون	15	22	18.30	2.32
Non Accept	کنترل	پیش‌آزمون	16	26	20.75	3.23
		پس‌آزمون	14	24	20.10	2.75
مشکل در رفتار هدفمند	آزمایش	پیش‌آزمون	14	21	16.60	2.04
		پس‌آزمون	12	20	15.30	2.23
Goals	کنترل	پیش‌آزمون	14	21	17.35	2.06
		پس‌آزمون	14	22	16.75	2.12

2.26	19.80	24	16	پیش‌آزمون pretest	آزمایش	
2.06	17.55	21	15	پس‌آزمون posttest	experimental	مشکل در کنترل تکانه
2.39	20.45	25	16	پیش‌آزمون pretest	کنترل	Impulse
2.23	19.95	23	16	پس‌آزمون posttest	control	
2.02	15.90	19	12	پیش‌آزمون pretest	آزمایش	
1.62	13.70	17	11	پس‌آزمون posttest	experimental	فقدان آگاهی هیجانی
2.09	15.45	19	12	پیش‌آزمون pretest	کنترل	Aware
1.32	14.80	17	12	پس‌آزمون posttest	control	
2.46	28.05	32	23	پیش‌آزمون pretest	آزمایش	
2.37	24.55	28	20	پس‌آزمون posttest	experimental	دسترسی محدود به راهبردها
2.48	27.65	33	24	پیش‌آزمون pretest	کنترل	Strategies
2.80	26.80	31	22	پس‌آزمون posttest	control	
2.13	16.85	21	13	پیش‌آزمون pretest	آزمایش	
1.60	15.40	18	13	پس‌آزمون posttest	experimental	فقدان وضوح هیجانی
1.60	16.65	19	14	پیش‌آزمون pretest	کنترل	Clarity
1.99	15.80	19	12	پس‌آزمون posttest	control	

چنانکه در جدول (۲) مشاهده می‌شود شرکت کنندگان هر دو گروه در پیش‌آزمون ابعاد مشکل در تنظیم هیجانی دارای سطح میانگین مشابهی هستند ولی در پس‌آزمون مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی شرکت کنندگان گروه آزمایش دارای سطح میانگین پایین تری نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل می‌باشند. در ادامه، پیش فرض های همگنی واریانس ها با آزمون لون و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون M باکس مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۳).

جدول (۳) نتایج همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی در دو گروه

Table 3

Results of variance homogeneity and variance-covariance matrix homogeneity for the components of difficulty in emotion regulation in the two groups

متغیر وابسته dependent variable	آزمون لون Leven Test			F	معنی داری Sig.	آزمون M باکس برای مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی M-Box Test
	df2	df1				
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی Non Accept	38	1		0.304	0.585	
مشکل در رفتار هدفمند Goals	38	1		0.013	0.911	M=۲۵/۷۳۹
مشکل در کنترل تکانه Impulse	38	1		3.18	0.083	M box=25.739 F=۱/۰۱۶
فقدان آگاهی هیجانی Aware	38	1		0.009	0.825	F=1.016 معنی داری =۰/۴۳۹
دسترسی محدود به راهبردها Strategies	38	1		5.37	0.026	Sig=0.439
فقدان وضوح هیجانی Clarity	38	1		2.76	0.105	

با توجه به نتایج جدول (۳) پیش فرض همگنی واریانس‌ها و پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس (۳) برای مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی برقرار بود. با این وجود، پیش فرض همگنی واریانس برای مؤلفه دسترسی محدود به راهبردها برقرار نبود. در این خصوص، صاحب نظران اشاره نموده اند که در صورت برابر بودن حجم نمونه در دو گروه، تاثیر ناهمگنی واریانس‌ها قابل چشم پوشی است و در چنین شرایطی، خطای نوع اول واقعی به خطای نوع اول فرض شده در اول تحقیق نزدیک است (تاباچیک و فیدل، ۲۰۱۳). در ادامه، پیش فرض عدم تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی (عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، مشکل در رفتار هدفمند، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردها و فقدان وضوح هیجانی) از طریق آزمون چند متغیری لاندای ویلکز نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود ندارد (F=۰/۵۰۹, p=۰/۰۸۵). همچنین، پیش فرض های همگنی شیب خط رگرسیونی و رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۴) حاکی از برقراری این پیش فرض‌ها برای مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی بود. با توجه به نتایج آزمون های چندمتغیری، با کنترل اثر پیش‌آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۷۶ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی مربوط به تاثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد (F=۱۴/۳۴, p=۰/۰۰۰۱,  $\eta^2=۰/۷۶۱$ ).

جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی میانگین مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی

Table 4

Results of Covariance Analysis of Intergroup Effects of Mean Component Problems in Emotion Regulation

متغیرها variables	منبع تغییرات source	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	معنی داری Sig.	ضریب اتا Eta <sup>2</sup>
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.085	1	0.085	0.038	0.848	0.001
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	پیش‌آزمون pretest	132.36	1	132.36	57.00	0.0001	0.640
Non Accept	گروه group	14.33	1	14.33	6.17	0.018	0.162
	خطا error	74.30	32	2.32			
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.013	1	0.013	0.007	0.936	0.0001
مشکل در رفتار هدفمند	پیش‌آزمون pretest	108.42	1	108.42	52.18	0.0001	0.620
Goals	گروه group	4.87	1	4.87	2.35	0.135	0.068
	خطا error	66.48	32	2.09			
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.284	1	0.284	0.129	0.722	0.005
مشکل در کنترل تکانه	پیش‌آزمون pretest	96.94	1	96.94	49.57	0.0001	0.608
Impulse	گروه group	38.33	1	38.33	19.61	0.0001	0.380
	خطا error	62.57	32	1.95			
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.413	1	0.413	0.537	0.470	0.020
فقدان آگاهی هیجانی Aware	پیش‌آزمون pretest	54.94	1	54.94	71.94	0.0001	0.692
	گروه group	19.24	1	19.24	25.21	0.0001	0.441
	خطا error	24.42	32	0.763			
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.508	1	0.508	0.396	0.535	0.015
دسترسی محدود به راهبردها	پیش‌آزمون pretest	183.75	1	183.75	130.86	0.0001	0.804
Strategies	گروه group	72.84	1	72.84	51.87	0.0001	0.618
	خطا error	44.93	32	1.40			
	گروه*پیش‌آزمون group*pretest	0.023	1	0.023	0.007	0.933	0.0001
فقدان وضوح هیجانی Clarity							

0.196	0.009	7.78	21.75	1	21.75	پیش‌آزمون pretest
0.030	0.328	0.989	2.76	1	2.76	گروه group
			2.79	32	89.44	خطا error

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، و دسترسی محدود به راهبردها شده است. اما بین میانگین نمرات مؤلفه‌های مشکل در رفتار هدفمند و فقدان وضوح هیجانی در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میزان تاثیر برای مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۱۶ درصد، مشکل در کنترل تکانه ۳۸ درصد، فقدان آگاهی هیجانی ۴۴ درصد و دسترسی محدود به راهبردها نیز ۶۲ درصد بود. لذا، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها نسبت به گروه کنترل شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های مشکل در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک دوره متوسطه اول انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مشکل در تنظیم هیجانی و در مؤلفه‌های آن شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، و دسترسی محدود به راهبردها شده است. با این وجود، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مؤلفه‌های مشکل در رفتار هدفمند و فقدان وضوح هیجانی در بین دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد. بنابراین، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش میانگین نمرات مشکل در تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. از این رو می‌توان مطرح کرد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش مشکل در تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکل در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌شود. این یافته با یافته‌های پیرسینگ (۲۰۱۷)، بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۶)، رومر و همکاران (۲۰۱۵)، فرهادمنش و همکاران (۱۳۹۶)، واتفورد (۲۰۱۴) و دیپلوس

و همکاران (۲۰۱۶) همسو و با یافته جانسون، بورکه، بریکمن و واید<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) ناهمسو است. در این راستا، هانگ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای اشاره کردند که ذهن آگاهی رابطه معنی داری با تنظیم هیجان دارد و تنظیم هیجان نیز رابطه بین ذهن آگاهی و علایم اختلال استرس پس از سانحه را به طور معنی داری میانجیگری می‌کند. لوبرتو و همکاران (۲۰۱۲) خاطر نشان ساخت که مهارت ذهن آگاهی پذیرش بدون قضاوت منجر به بهبود تنظیم هیجانی از طریق ارتقای خودکارآمدی برای مقابله با استرسور می‌گردد. مطابق با پژوهش‌های مطرح شده، تانگ و همکاران (۲۰۱۶)، سانگر و دورجی (۲۰۱۵)، برمال و همکاران (۱۳۹۷) و چپودلی و همکاران (۲۰۱۸) خاطر نشان ساختند که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی منجر به بهبود مشکلات تنظیم هیجانی در کودکان و نوجوانان و همچنین بزرگسالان می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه ذهن آگاهی ضعیف با گرایش‌های تهاجمی بیشتر در مجرمان مرتبط است (ولوتی و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارتی، آگاهی ضعیف از عواطف خود، مانند ناگویی هیجانی، راهی برای تنظیم ضعیف هیجانات است که عامل خطر مهمی برای پرخاشگری در اختلال سلوک محسوب می‌شود (گاروفالو، ولوتی و زاواتینی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). با آگاهی ضعیف از هیجانات فردی، افراد ممکن است در زمان‌های پریشانی اطلاعاتی درباره اینکه چه نوع احساسی را تجربه می‌کنند و چگونه به بهترین وجه می‌توانند آن را تسکین دهند، نداشته باشند (ولوتی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، این افراد به دلیل سطح همدلی پایین علاقه و ظرفیت لازم برای درک اینکه دیگران ممکن است از عواقب عمل آنها رنج بکشند ندارند تا از تجاوز و پرخاشگری خودداری کنند. به عبارتی، کسانی که همدلی ضعیفی دارند نمی‌توانند چشم انداز دیگری را در نظر بگیرند و تصور کنند که دیگران نمی‌خواستند آنها را آزار دهند، تحقیر کنند یا رها کنند، و همچنین آنها نمی‌توانند درباره رنجی که آنها در نتیجه اقدامات ضد اجتماعی خود برای دیگران وجود آورند نگران باشند (شونین، ون گوردون، کمپیر، زنگنه و گریفیتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). بنابراین، آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش حس ارتباط و همدلی نسبت به دیگران و در نتیجه بهبود مشکل در تنظیم هیجانی در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌گردد.

در تبیین ناهمسویی یافته این مطالعه با پژوهش جانسون و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه برنامه ذهن آگاهی تاثیر قابل توجهی بر بهزیستی روانشناختی و مشکلات تنظیم هیجان نوجوانان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نداشت، می‌توان به نقش عوامل مختلفی در این ناهمسویی اشاره کرد. با توجه به اینکه پژوهش جانسون و همکاران (۲۰۱۶) با استفاده از برنامه محقق ساخته ذهن آگاهی مبتنی بر برنامه‌های مدرسه ای انجام شده و با درمان‌های مورد استفاده در این مطالعه و پژوهش‌های دیگر که اکثراً از رویکردهای کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

1- Johnson, Burke, Brinkman & Wade

2- Garofalo & Zavattini

3- Shonin, Van Gordon, Compare, Zangeneh & Griffiths

(MBCT) استفاده کرده اند متفاوت است، لذا این تفاوت در نوع مداخله می تواند دلیلی بر ناهمسوایی با یافته پژوهش بود. همچنین، تفاوت های فرهنگی در بین نمونه های ایرانی با نمونه های استرالیایی و استفاده از ابزارهای متفاوت برای سنجش فرایندهای تنظیم هیجان از دیگر علل ناهمسوایی محسوب می شود.

اجرای برخی از فنون مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی دانش آموزان دارای اختلال سلوک به دلیل دشواری در برقراری ارتباط با آنها و نبود مرحله پیگیری جهت بررسی تداوم اثرات درمانی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی از دیگر محدودیت های مطالعه بود. پیشنهاد می گردد بمنظور بررسی تداوم اثرات درمانی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش های آتی دوره های پیگیری بلند مدت در نظر گرفته شود. با در نظر گرفتن تاثیر ذهن آگاهی بر مشکلات تنظیم هیجان، پیشنهاد می شود مداخله ذهن آگاهی به عنوان رویکردی اثربخش در بهبود فرایندهای تنظیم هیجان دانش آموزان با تشخیص اختلال سلوک و سایر دانش آموزان مستعد مورد استفاده قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان پژوهش بخاطر همکاری صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

## References

## منابع

- بابایی نادینلویی، کریم؛ میکاییلی منیخ، فرزانه؛ پزشکی، هانا؛ بافنده، حسن و عبدی، حنا (۱۳۹۶). رابطه ذهن آگاهی و فراهیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی - شناختی پرستاران تازه کار. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰(۱۰۵)، ۱۱-۲۲.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بختی، مجتبی و بگیان کوله مرز، محمدجواد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و کاهش نشانه های کودکان دارای اختلال سلوک. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۴(۱)، ۱۷۵-۱۵۷.
- برمال، فرید؛ صالحی فدردی، جواد و طیبی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی، شیوه حل مساله و تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به افسردگی. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲)، ۹۱-۱۰۷.
- خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادیسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۸۷-۹۶.
- رهربر کرباسدهی، ابراهیم؛ حسین خانزاده، عباسعلی و رهربر کرباسدهی، فاطمه (۱۳۹۶). تاثیر آموزش شناختی رفتاری مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش آموزان با اختلال سلوک. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۷(۳)، ۹-۱۴.



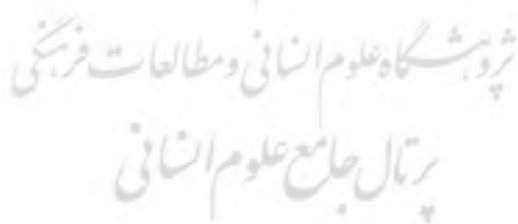
- سلامی، فاطمه؛ عشایری، حسن؛ استکی، مهناز؛ فرزاد، ولی اله و کوچک انتظار، رویا (۱۳۹۵). آموزش تلفیقی مادر-محور و تاثیر آن بر نشانگان کمبود توجه و بیش فعالی کودکان. *فصلنامه عصب روانشناسی*، ۲(۱)، ۳۰-۴۴.
- سهرابی، فرامرز؛ اسدزاده، حسن و عربزاده کوپانی، زهره (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدین بار کلی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳(۲)، ۸۲-۱۰۳.
- طاهری، مرجان (۱۳۹۶). مقایسه کارکردهای اجرایی و مهارت های تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و عادی. *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۸)، ۱-۱۵.
- فرهادمنش، نگین؛ طاهری، الهام و امیری، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان. *مجله پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۲)، ۱۰۵-۱۲۲.
- گال، دامین. مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۱). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی* (جلد اول)، ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت.
- محمداسماعیل، الهه و علی پور، احمد (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۲(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- نجفی، محمود؛ فولاد چنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمید؛ محمدی فر، محمدعلی (۱۳۸۸). میزان شروع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Babaei Nadinluye, K., Mikaeli Manee, F., Pezeshki, H., Bafande, H., & Abdi, H. (2017). Relationship between mindfulness and meta-emotion on predicting emotional adjustment of novice nurses. *Iran Journal of Nursing*, 30(105), 11-22 [In Persian].
- Barghi Irani, Z., bakhti, M., & bagiyan kulemars, M. (2015). The effectiveness of a cognitive processing-based social skills training on the effectiveness of cognitive processing based training of social skills on, emotional, psychological well-being and reducing the symptoms of children with conduct disorder. *Social Cognition*, 4(1), 157-175 [In Persian].
- Barmal, F., Salhi Fadardi, J., & Tabibi, Z. (2018). Effectiveness of mindfulness training on rumination, problem-solving styles, and cognitive emotion regulation persons with depression. *Journal of Psychological Studies*, 14(2), 91-107 [In Persian].

- Beauchaine, T. P., & Thayer, J. F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*, 98 (2), 338-350.
- Cappadocia, M., Desrocher, M., Pepler, D., & Schroeder, J. H. (2009). Contextualizing the neurobiology of conduct disorder in an emotion dysregulation framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 506-518.
- Cheshure, A., Zeigler-Hill, V., Sauls, D., Vrabel, J. K., & Lehtman, M. J. (2020). Narcissism and emotion dysregulation: Narcissistic admiration and narcissistic rivalry have divergent associations with emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 154 (Article In Press), 1-5.
- Chiodelli, R., Mello, L. T. N., Jesus, S. N., & Andretta, I. (2018). Effects of a brief mindfulness-based intervention on emotional regulation and levels of mindfulness in senior students. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(21), 1-10. doi:10.1186/s41155-018-0099-7
- Deborde, A. S., Vanwallegem Maury, S., & Aitel, S. (2015). Emotion regulation in adolescents with conduct disorder and controls. *Encephale*, 41(1), 62-69.
- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016). A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 775-790. doi:10.1007/s11469-015-9627-1
- Dickenson, J., Berkman, E.T., Arch, J., & Lieberman, M. D. (2012). Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction. *Soc Cognit Affect Neurosci*, 8 (1), 40-47.
- Farhadmanesh, N., Taheri, E., & Amiri, M. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety sensitivity and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology Research & Counseling*, 7(2), 122-105 [In Persian].
- Farrington, D. P. (2013). *Conduct Disorder, Aggression, and Delinquency*. In Handbook of Adolescent Psychology (eds R. M. Lerner and L. Steinberg).
- Folk, J. B., Zeman, J. L., Poon, J. A., & Dallaire, D. H. (2014). A longitudinal examination of emotion regulation: Pathways to anxiety and depressive symptoms in urban minority youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(4), 243-250.
- Gall, D. M., Borg, W., & Gall, J. (2012). *Qualitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology*, translated by ahmad reza nasr et al. Tehran: samt publications [In Persian].
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. *Journal of Criminal Justice*, 57(4), 116-125.
- Garofalo, C., Velotti, P., & Zavattini. (2018). Emotion regulation and aggression: the incremental contribution of alexithymia, impulsivity, and emotion dysregulation facets. *Psychology of Violence*, 8(4), 470-483.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and validation of

- the Difficulties with Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C. D., Duncan, E., & Barsalou, L. W., 2012. Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage*, 59(1), 750–760.
- Hillgaar, S. D. (2011). *Mindfulness and Self-Regulated Learning*. Master's Thesis in Social and Community Psychology. Trondheim.
- Huang, Q., Zhang, Q., An, Y., & Xu, W. (2019). The relationship between dispositional mindfulness and PTSD/PTG among firefighters: The mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 151(16), 1–6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.002>
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., & Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81(6), 1-11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002><https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.002>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455.
- Khanzadeh, M., Saeedian, M., Hossein Chari, M., Idrisi, F. (2012). Factor structure and psychometric properties of difficulty scale in emotion regulation. *Journal of Behavioral Sciences*, 6 (1), 96-87 [In Persian].
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, A. D. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50 (1-2), 133-142.
- Luberto, C., Cotton, S., & McLeish, A. (2012). P02.107. Mindfulness and emotion regulation: the mediating role of coping self-efficacy. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 163-164. doi:10.1186/1472-6882-12-S1-P163
- Mohamadesmaiel, E., & Alipour, A. (2002). A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of children symptom inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*, 2(3), 239-254 [In Persian].
- Najafi, M., Foladchang, M., Alizadeh, H., & Mohammadifar, M. (2009). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Exceptional Children*, 9(3), 239-254 [In Persian].
- Noordermeer, S. D., Luman, M., & Oosterlaan, J. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychology review*, 1(26), 44-72.
- Pihet, S., Suter, M., Halfon, O., & Stephan, P. (2012). Profile of male adolescents with conduct disorder on intellectual efficacy, cognitive flexibility, cognitive coping, impulsivity and alexithymia: A comparison with high-risk controls. *The European Journal of Psychiatry*, 26(4), 215-226.

- Pirsig, S. J. (2017). *Evaluation of a Mindfulness Intervention for Children with Emotion Regulation Difficulties*. All Theses, Dissertations, and Other Capstone Projects. 737. <http://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/737>
- Rahbar Karbasdehi, E., Hossein Khanzadeh, A., & Rahbar Karbasdehi, F. (2017). The effect of cognitive-behavior anger management training on response inhibition in students with conduct disorder. *Exceptional Education*, 3(146), 9-14 [In Persian].
- Raschle, N. M., Fehlbaum, L. V., Menks, W. M., Martinelli, A., Prätzlich, M., Bernhard, A., & Stadler, C. (2019). Atypical Dorsolateral Prefrontal Activity in Female Adolescents with Conduct Disorder during Effortful Emotion Regulation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(11), 984-994.
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52-57.
- Salami, F., Ashayeri, H., Estaki, M., Farzad, V., & Koochak Entezar, R. (2016). Mother-based combined training and its effect on the symptoms attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychology*, 2(4), 31-44 [In Persian].
- Sanger, K. L., & Dorjee, D. (2015). Mindfulness training for adolescents: A neurodevelopmental perspective on investigating modifications in attention and emotion regulation using event-related brain potentials. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 15(3), 696-711. doi:10.3758/s13415-015-0354-7
- Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., van Goozen, S., & Swaab, H. (2016). *Emotion Regulation Difficulties in Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and the Relation with Comorbid Autism Traits and Attention Deficit Traits*. *PLoS ONE*, 11(7), e0159323.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. D. (2015). Buddhist-Derived Loving-Kindness and Compassion Meditation for the Treatment of Psychopathology: a Systematic Review. *Mindfulness*, 6(5), 1161-1180. doi:10.1007/s12671-014-0368-1
- Sohrabi, F., Asadzadeh, H., & Arabzadeh, Z. (2014). Effectiveness of barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *Journal of School Psychology*, 3(2), 82-103 [In Persian].
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA Pearson.
- Taheri, M. (2017). Comparison of executive functions and cognitive emotion regulation skills in adolescents with conduct disorder and normal. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 2(8), 15-1 [In Persian].
- Tang, Y.-Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163(1), 13-18. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041>

- Ty, M., & Francis, A. J. P. (2013). Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The Mediating Processes of Social Comparison and Emotion Dysregulation. *Eating Disorders*, 21(2), 154-174.
- Velotti, P., Garofalo, C., Callea, A., Bucks, R., Robertson, T., & Daffern, M. (2017). Exploring anger among offenders: the role of emotion dysregulation and alexithymia. *Psychiatry, Psychology and Law*, 28(1), 128–138.
- Velotti, P., Garofalo, C., D'Aguzzo, M., Petrocchi, C., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2016). Mindfulness moderates the relationship between aggression and Antisocial Personality Disorder traits: Preliminary investigation with an offender sample. *Comprehensive Psychiatry*, 64(1), 38-45. doi:10.1016/j.comppsy.2015.08.004 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.002>
- Watford, T. S. (2014). *The Impact of Mindfulness on Emotion Dysregulation and Psychophysiological Reactivity under Emotional Provocation*. Theses and Dissertations. Paper 6.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Conscious Cognit*, 19 (2), 597–605.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی