

بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال شهر گرگان

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، صدیقه میرزایی^۲

۱. استادیار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

dr_aghili1398@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

Mirzaee_s2024@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۳/۱۳]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۰/۲۲]

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال شهر گرگان انجام شد. روش پژوهش اثربخشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه کلیه دانش‌آموزان سنین ۸ تا ۱۲ سال ساکن شهر گرگان بودند. حجم نمونه در نرم‌افزار Stata برابر با ۴۴ نمونه (۲۲ نفر در هر گروه) تعیین شد. ابزار پژوهش پرسشنامه اختلال‌های رفتاری آخنباخ بود. گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، اما گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس یک متغیره توسط نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال اثربخش است ($p < 0/05$). نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده، کودکان.

۱- مقدمه

سلامت روان هر فرد دارای ابعاد ذهنی، عاطفی و اجتماعی بوده و مانند سلامت جسم، در مراحل مختلف و شرایط گوناگون زندگی، در طیفی از وضعیت خوب تا ضعیف قرار می‌گیرد (Bitsko, 2022). شخصیت انسان‌ها از دوران نوزادی تا نوجوانی با کسب مهارت‌های گوناگون در زمینه‌های عاطفی و ادراکی با محیط‌های مختلف از جمله خانواده، مدرسه و جامعه شکل می‌گیرد. این برهمکنش اساس رسیدن کودکان و نوجوانان به بلوغ و خودمختاری است (Maddux & Winstead, 2004). تحقیقات نشان داده‌اند مشکلات رفتاری و عاطفی شدید ریشه در طی دوران کودکی و نوجوانی فرد دارند (Solmi, Radua, Olivola, Croce, Soardo, 2015; Salazar de Pablo et al., 2022; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). اختلالات روانی شایع در کودکان شامل اضطراب، افسردگی، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ و اختلالات رفتاری هستند (Li, Ren, Zhang, Liu, Zhao, Zhan et al., 2023). بر اساس پژوهش‌های تجربی صورت گرفته دو دسته اختلالات روان‌شناختی شامل اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده در کودکان شناسایی شده است. اختلالات درون‌سازی شده با اختلالات خلقی و رفتاری همچون گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی یا شکایات جسمی بروز می‌کنند درحالی‌که اختلالات برون‌سازی شده با اختلالات رفتاری همچون قانون‌شکنی و سندرم‌های رفتاری پرخاشگرانه مشخص می‌گردند (Sánchez Hernández, Hologado Tello & Carrasco Ortiz, 2023).

اضطراب و افسردگی که جزو شایع‌ترین اختلالات روانی در دوران کودکی و نوجوانی هستند در دسته اختلالات درون‌سازی شده، طبقه‌بندی می‌شوند. میانگین شیوع جهانی اضطراب و افسردگی در کودکان برابر با ۳/۲۱ درصد تخمین زده شده است. در ایران بر اساس مصاحبه با والدین، شیوع اختلالات رفتاری و عاطفی در کودکان برابر با ۱۵/۸ درصد گزارش شده است. همچنین نشان داده شده است که مشکلات درون‌سازی شده با بالا رفتن سن رو به افزایش می‌گذارند (Pezeshki, Doos Ali Vand, Aslzaker & Jafari, 2019). اختلالات رفتاری برون‌سازی شده از قبیل بیش‌فعالی، مخالفت جویی، بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اخلاقلگری، پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی، نیز جزو اختلالات چند مؤلفه‌ای هستند که وقتی در دوران کودکی، شکل پایدار و معمول به خود گیرند، ممکن است منبع آسیب‌های دوران نوجوانی و بزرگسالی گردند. عوامل متعددی همچون فقدان روابط مثبت بین والدین، دل‌بستگی‌های نایمن، خشونت، مقررات انضباطی ناپایدار، مشکلات زناشویی و آسیب‌های روان‌شناختی والدین می‌توانند سبب افزایش خطر ایجاد مشکلات عاطفی و رفتاری برون‌سازی شده در کودکان شوند (بهرامی‌پور، ۱۳۹۸). بین خشونت خانگی در دوران کودکی و مشکلات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده در سال‌های بعدی زندگی ارتباط وجود دارد. خشونت خانگی به‌ویژه خشونت روان‌شناختی بین والدین، با مشکلات سلامت روان کودک رابطه معنی‌داری نشان داده است (Xiang & Han, 2020).

از آنجایی‌که کودکان در زمینه اختلالات روان‌شناختی دارای روش‌های تشخیصی، طبقه‌بندی و ارزیابی متفاوتی می‌باشند از بین درمان‌هایی که برای درمان اختلالات روانی در دوران کودکی و نوجوانی معرفی شده‌اند آن روش‌هایی که مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی و آموزش روانشناسی هستند به‌عنوان اولین خط درمان برای کودکان در نظر گرفته می‌شوند (Bekker, Griffiths & Barrett, 2017). یکی از روش‌های درمان شناختی، روش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. نشان داده شده است که برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند باعث بهبود مهارت‌های ادراکی، رفتاری و سلامت روان در کودکان و نوجوانان گردند (Dunning, Tudor, Radley, 2022; Dalrymple, Funk, Vainre et al., 2022). در مطالعه مروری ساختاریافته نشان داده شد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته است باعث کاهش اضطراب در کودکان گردد ولی این اثر درمانی برای نوجوانان مشاهده نشد (Odgers, Dargue, Creswell, Jones & Hudson, 2020). همچنین در مطالعه مروری ساختاریافته دیگر هیچ اثر درمانی معنی‌داری ناشی از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی در

1 attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

مطالعات صورت گرفته، مشاهده نگردید و مطالعات مختلف نتایج به شدت متفاوتی را گزارش کردند. در مطالعات بررسی شده در این پژوهش، نویسندگان پیشنهاد کردند که برای اثبات اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی اختلالات روانی دوران کودکی، نیاز به پژوهش‌های بیشتری است (Ruiz Íñiguez, Santed German, Burgos Julián, Díaz Silveira & Carralero, 2020). در راستای اهداف پژوهش نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی ذهن‌آگاهی بر اضطراب کودکان (آرزومانیان، اسدی و صابری، ۱۴۰۱؛ وصالی محمود، احدی، کجیاف و نشاط‌دوست، ۱۳۹۶)، مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی کودکان (Ghiroldi, Scafuto, Montecucco, Presaghi & Iani, 2020)، کاهش اختلالات رفتاری (عبدالله زاده، مشهدی و طیبی، ۱۳۹۴) بود.

با توجه به جستجوی صورت گرفته در پایگاه‌های معتبر داخلی، مطالعات متعددی در زمینه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان صورت گرفته است. وصالی و همکاران در قالب مطالعه نیمه تجربی، اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی سلامت روان کودکان مورد بررسی قرار دادند (وصالی محمود و همکاران، ۱۳۹۶). ولی پور و همکاران نیز تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی مشکلات رفتاری کودکان ارزیابی کردند (ولی پور، حسینیان و پورشهریاری، ۱۳۹۶). همچنین آرزومانیان و همکاران (۱۴۰۱) در قالب مطالعه‌ای نیمه تجربی، اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری مادران و آموزش ذهن‌آگاهی کودکان را بر اضطراب کودکان ۹ تا ۱۲ سال مطالعه کردند؛ اما مطالعه‌ای که با استفاده از رویکرد ذهن‌آگاهی به درمان اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان پرداخته باشد یافت نشد. لذا مطالعه حاضر به دنبال پاسخ این سؤال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی شده کودکان ۸ تا ۱۲ سال اثربخش است؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

کودکان و نوجوانانی که اختلال‌های هیجانی یا رفتاری^۱ دارند، معمولاً در ایجاد دوستی مشکل دارند. آشکارترین مشکلات آن‌ها، عدم توانایی در برقراری ارتباط نزدیک و روابط هیجانی رضایت‌بخش با دیگر افرادی است که می‌توانند به آن‌ها کمک کنند. برای این افراد، پنهان شدن هم از لحاظ جسمانی و هم هیجانی آسان‌تر است. اگر دوستی‌هایی نیز ایجاد کنند، اغلب با هم‌سالان منحرفشان است (بلنده و بنیسی، ۱۳۹۹). بعضی از این کودکان گوشه‌گیرند. کودکان یا بزرگ‌سالان دیگر سعی می‌کنند که به آن‌ها نزدیک شوند، اما این تلاش‌ها معمولاً با ترس یا بی‌علاقگی مواجه می‌شود. در بسیاری از موارد، طرد آرام ادامه می‌یابد تا اینکه کسانی که سعی می‌کنند با آن‌ها دوستی برقرار کنند، از این کار منصرف می‌شوند. از آنجاکه روابط هیجانی پاسخ‌های اجتماعی متقابلی را ایجاد می‌کند، مردم به افرادی که به‌پیش درآمدهای اجتماعی پاسخی نمی‌دهند، علاقه کمتری دارند (میرزا آقاسی، بهبودی و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۸).

ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (Kabat-Zinn & University of Massachusetts Medical Center/Worcester, 1990). ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (Segal, Williams & Teasdale, 2012). این فرآیند شامل ایجاد روش خاصی از بذل توجه به تجربیات ما است که کم‌وبیش با روش متداول و روزمره بذل توجه ما به زندگی خود تفاوت دارد. ذهن‌آگاهی، بیانگر نوعی مشاهده متمرکز، انعطاف‌پذیر و لحظه‌به‌لحظه آشکار شدن جریان افکار، احساسات و حس‌های جسمانی است که خود را در حیطه هوشیاری ما عرضه می‌کند. از دیدگاه فرد ناظر آگاه و بردبار، ما افکار را به‌صورت افکار، هیجان‌ها را به‌صورت هیجان، حس‌های جسمانی را به‌صورت حس‌های جسمانی تجربه می‌کنیم. در ذهن‌آگاهی از ما خواسته می‌شود

1 Emotional or behavioral disorders

تا اولاً قضاوت خود درباره این تجربیات را به حالت تعلیق درآوریم و ثانیاً آگاهی خود را برای چندمین بار با جدیت و درعین حال به‌آرامی، به جریان رویدادهایی معطوف داریم که در حیطه هوشیاری ما قرار دارند (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000).

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش اثربخشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه، کلیه دانش‌آموزان سنین ۸ تا ۱۲ سال، ساکن شهر گرگان بودند. حجم نمونه با لحاظ نمودن این نتایج، توان آزمون ۸۰ درصد، فاصله اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با مقایسه میانگین دو گروه، در نرم‌افزار Stata برابر با ۴۴ نمونه (۲۲ نفر در هر گروه) تعیین شد. ملاک ورود: از دانش‌آموزان ابتدایی در شهر گرگان باشند. رضایت شرکت در طرح پژوهش داشته باشند. همچنین رضایت کتبی از والدین دانش‌آموزان اخذ می‌گردد. معیار خروج: از نمونه‌گیری هم این خواهد بود که عدم رضایت برای شرکت در پژوهش و ناقص بودن پرسشنامه‌ها یا معیارهای ورود ذکر شده در مورد آن‌ها صدق نکند. برای رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، ضمن بیان هدف کلی پژوهش و آزادی مشارکت در آن، به آزمودنی‌ها از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده خواهد شد. عدم تمایل افراد نمونه به ادامه همکاری.

الف) سیاهه مشکلات رفتاری کودکان^۱: این ابزار که توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ به منظور ارزیابی شایستگی و رفتار کودک از طریق والدین و یا مراقبین اصلی طراحی شده است. این مقیاس از ۱۱۳ ماده با دامنه امتیازدهی صفر تا سه تشکیل شده است که یک نمره کلی (مشکلات کلی) به دست می‌دهد و شامل دو بعد وسیع مشکلات برونی و درونی است. بر اساس تحلیل‌های آخنباخ و ریسکولا^۲ (۲۰۱۴) مشکلات درونی‌سازی سه مقیاس اضطراب / افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی را در بر می‌گیرد. مشکلات برونی‌سازی، شامل مقیاس نشانگان رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه است. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۹ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت نادرست (صفر)؛ تا حدی یا گاهی درست (یک)؛ و کاملاً یا غالباً درست (دو) درجه‌بندی می‌کند. روایی سازه این سیاهه از طریق محاسبه همبستگی بین این سیاهه و پرسشنامه والد کانرز نیز بین ۰/۸۶ تا ۰/۵۹ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این سیاهه در دامنه ۰/۹۳ تا ۰/۴۶ به دست آمده است (Gleissner, Fritz, Von Lehe, Sassen, Elger & Helmstaedter, 2008). در مطالعه رستمی، فراهانی و دهقانی‌آرانی (۱۳۹۹)، ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه ۰/۷۵ محاسبه شد.

ب) پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی کابات زین: محتوای آموزش ذهن‌آگاهی بر اساس رویکرد کابات زین در سال ۱۹۹۲ معرفی شده است، این مداخله در قالب ۸ جلسه و در هر جلسه سه مرحله طراحی شده است:

جلسه اول: آشنایی

جلسه دوم: مقابله با موانع

جلسه سوم: ذهن‌آگاهی بر روی تنفس و بر بدن در زمان حرکت

1 List of children's behavioral problems

2 Achenbach & Rescorla

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال

جلسه پنجم: پذیرش و اجازه/ مجوز حضور

جلسه ششم: فکرها نه حقایق

جلسه هفتم: چگونه می‌توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم؟

جلسه هشتم: استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با مشکلات رفتاری در آینده

۳-۱- روند اجرای پژوهش

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چندمرحله‌ای خواهد بود. برای این منظور ابتدا لیستی از دبستان‌های ابتدایی شهر گرگان تهیه کرده و با استفاده از روش تصادفی ساده، یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه انتخاب می‌کنیم. سپس در هر مدرسه دو کلاس ابتدایی به روش تصادفی انتخاب خواهد شد. با توجه به حجم نمونه لازم از هر کلاس تعداد ۱۱ نفر انتخاب می‌کنیم. در این مرحله معیارهای ورود و خروج بررسی خواهد شد و چنانچه دانش‌آموز دارای معیارهای مذکور باشد وارد مطالعه خواهد شد. همچنین رضایت کتبی از والدین دانش‌آموزان اخذ می‌گردد. به منظور تخصیص دانش‌آموزان به گروه‌های آزمایش و گواه، با توجه به اینکه بایستی متغیر جنسیت در هر دو گروه برابر باشد. ابتدا یک گروه دختر و یک گروه پسر تشکیل می‌دهیم و در درون گروه‌ها بلوک‌های دوتایی درست می‌کنیم. در گروه پسران در هر بلوک یک دانش‌آموز با حرف A و دانش‌آموز دوم با حرف B نام‌گذاری می‌گردد. برای گروه دختران نیز به همین ترتیب بلوک‌های دوتایی تشکیل داده و در هر بلوک با حرف A و B نام‌گذاری می‌کنیم. سپس به صورت تصادفی، از هر یک از بلوک‌ها، افراد را انتخاب کرده و در گروه‌های آزمایش و گواه وارد می‌کنیم.

۴- یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان ۱۱/۴ بود. از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۳/۳ پدران تحصیلات لیسانس، ۲۶/۷ کارشناسی ارشد، ۲۶/۷ دیپلم و ۱۳/۳ زیر دیپلم بودند. همچنین ۶۶/۱ شرکت‌کنندگان پسر و ۳۳ درصد دختر بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار مشکلات درون و برون‌سازی کودکان در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر کرده است اما این نمرات در گروه گواه تغییر محسوسی نداشته است. جهت مشخص کردن این که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، فرضیه‌های پژوهش در قسمت یافته‌های استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است. از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نیست ($P > 0.05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|---------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| مشکلات برون-ساز شده | ۳۲/۷۳ | ۶/۴۵ | ۳۲/۲۰ | ۶/۲۳ |
| پیش‌آزمون | | | | |
| پس‌آزمون | ۲۵/۳۰ | ۵/۱۱ | ۳۱/۷۵ | ۵/۴۲ |
| مشکلات درون‌ساز شده | ۳۱/۴۹ | ۶/۳۹ | ۳۱/۵۱ | ۶/۵۵ |
| پیش‌آزمون | | | | |
| پس‌آزمون | ۲۴/۰۲ | ۴/۱۸ | ۳۱/۶۲ | ۵/۶۱ |

جدول ۲: نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس

| آزمون | ضریب | F | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | سطح احتمال | اندازه اثر | توان آماری |
|-------------------|------|------|----------------|----------------|------------|------------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۸۸ | ۳۹/۲ | ۳ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰۰ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۱ | ۳۹/۲ | ۳ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰۰ |
| اثر هتلینگ | ۷/۴ | ۳۹/۲ | ۳ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰۰ |
| بزرگترین ریشه روی | ۷/۴ | ۳۹/۲ | ۳ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰۰ |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد که مقدار F معنی‌دار بوده است (۳ و $df=19$ و $F=39/2$ و $p<0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میان گروه آزمایش و گواه از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات اختلالات درون‌سازی

| مرحله | مجموع | df | میانگین | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|-----------|---------|----|---------|-------|---------------|------------|
| پیش‌آزمون | ۲۶۴۱/۳۵ | ۱ | ۲۶۴۱/۳۵ | ۳۹/۱۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ |
| گروه | ۷۵۲/۴۴ | ۱ | ۷۵۲/۴۴ | ۱۲/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ |
| خطا | ۳۸۲/۹۸ | ۲۵ | ۱۵/۳۱ | | | |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در اختلالات درون‌سازی کودکان ($F=12/67, p<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). ضریب اتا به‌دست‌آمده بیانگر این است که ۳۶ درصد از واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از تأثیر درمان ذهن‌آگاهی است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تأثیر متغیر مستقل بر میزان نمرات اختلالات برون‌سازی شده

| مرحله | مجموع | df | میانگین | F | سطح | اندازه اثر |
|-----------|---------|----|---------|-------|-----------|------------|
| | مجذورات | | مجذورات | | معنی‌داری | |
| پیش‌آزمون | ۸۴۲/۴۷ | ۱ | ۸۴۲/۴۷ | ۵۱/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ |
| گروه | ۴۹۶/۵۳ | ۱ | ۴۹۶/۵۳ | ۱۳/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ |
| خطا | ۸۸۵/۲۴ | ۲۵ | ۳۵/۴۰ | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در اختلالات برون‌سازی شده کودکان ($F=13/89, p<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). ضریب اتا به‌دست‌آمده بیانگر این است که ۲۹ درصد از واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از تأثیر درمان ذهن‌آگاهی است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال بود. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال اثربخش است. نتایج این یافته با مطالعات آرزومانیان و همکاران (۱۴۰۱)، وصالی محمود و همکاران، (۱۳۹۶)، عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۹۴) و گیرولدی و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته و همچنین در مورد این‌که چگونه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اختلالات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده در کودکان مؤثر است می‌توان گفت ذهن‌آگاهی تکنیکی عملی برای بودن در زمان حال است. هزاران سال است که پیروان ادیان مختلف تمرینات ذهن‌آگاهی را انجام می‌دهند و از فواید فوق‌العاده آن بهره‌مند می‌شوند. در علم روانشناسی حدوداً ۴۰ سال است که ذهن‌آگاهی مورد استفاده قرار می‌گیرد و تاکنون هزاران تحقیق درباره فواید آن انجام شده است. شرط اول ذهن‌آگاهی این است که به چیزی توجه کنیم. حتماً می‌پرسید به چه چیزی توجه کنیم؟ پاسخ این است که در ذهن‌آگاهی فرقی نمی‌کند منبع توجه چه چیزی باشد (وصالی محمود و همکاران، ۱۳۹۶). یکی از مهم‌ترین مشکلات اکثر افرادی که تمرین ذهن‌آگاهی می‌کنند این است که فکر می‌کنند ذهن‌آگاهی به معنی ماندن در زمان حال است و اکثراً پس از چند جلسه تمرین ذهن‌آگاهی کلافه می‌شوند و می‌گویند من نمی‌توانم در لحظه حال باشم و تمرینات را رها می‌کنند؛ اما واقعیت این است که هیچ‌کس نمی‌تواند کاملاً در لحظه حال باشد به این دلیل که ذهن ما ذاتاً متمایل به تحلیل و بررسی در هر لحظه است و ما کنترلی بر این عملکرد ذهن خود نداریم اما می‌توانیم هر بار که این اتفاق افتاد توجه آن را به زمان حال معطوف کنیم. به عبارت دیگر طبیعی است که حواس ما در حین انجام تمرین ذهن-

آگاهی پرت شود و این اتفاق اجتناب‌ناپذیر است؛ اما می‌توانیم هر بار که متوجه حواس‌پرتی خود شدیم مجدداً روی انجام تمرین تمرکز کنیم (آرزومانیان و همکاران، ۱۴۰۱). کودکان در خلال جلسات آموزشی ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که با همه افکار، احساسات و حواس بدنی برانگیزاننده‌ی هیجانی، عاطفی؛ در زمان حال بمانند و بدون قضاوت به مشاهده آن‌ها بپردازند. ماندن در زمان حال و بدون قضاوت، باعث می‌شود که فرد به‌طور مناسب به‌جای رفتار اجتنابی یا واکنشی، با رفتار ذهن آگاه پاسخ دهد. کودکان با افزایش آگاهی از تجارب، ممکن است یک ارتباط متفاوت با افکار و موقعیت‌ها برقرار کنند که به آن‌ها آزادی بیشتری برای انتخاب رفتارهایشان می‌دهد (عبداله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین به آن‌ها کمک می‌کند از تفکر مبتنی بر گذشته که ویژگی خلق افسرده است و تفکر مبتنی بر آینده که ویژگی اضطراب است دست بردارند، مهارت‌های حل مسئله را در خود پرورش دهند و راهبردهای مقابله‌ای کارآمدی را در مواجهه با رویدادها به کار برند؛ بدین‌صورت کودکان می‌آموزند فقط به مشاهده روی داده‌ها پرداخته و از واکنش خودکار و عادت‌ی به رویدادها دست بردارند و همچنین از جنبه‌های گوناگون به اکتشاف یک روی داد، موقعیت و یا شیء بپردازند و تمام جنبه‌های آن را بررسی کنند و بهترین راه‌حل را انتخاب کرده و با حل مسئله مؤثر به‌گونه‌ای مناسب واکنش نشان دهند. بدین ترتیب می‌توانند هیجان‌های خود را بهتر مهار کنند و در نتیجه اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده آن‌ها کاهش می‌یابد (Ghiroldi et al., 2020).

از آنجایی‌که جامعه آماری این پژوهش محدود به مقطع ابتدایی است، در تعمیم نتایج به سایر مقاطع و گروه‌های سنی دیگر باید احتیاط شود. عدم وجود آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر دیگری مانند سطح تحصیلات والدین، موقعیت اجتماعی. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی، بر روی کودکان دارای اختلالات مختلف مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود ارزیابی‌هایی از والدین صورت بگیرد و اثربخشی ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی والدین و شیوه‌های تربیتی آن‌ها نیز بر روی مداخلات درمانی بررسی شود. نتایج تحقیق حاضر هم از منظر تئوری می‌تواند دانش پایه ما را در خصوص چگونگی اثرگذاری این مداخلات بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده کودکان بسط دهد و هم از نقطه نظر کاربردی می‌تواند خطوط راهنمایی را برای مربیان، معلمان و افرادی که با کودکان سر و کار دارند ترسیم کند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و اثربخش بودن مداخله درمانی، پیشنهاد می‌شود؛ معلمان، مربیان و درمانگران حوزه کودک و مشاوران مدارس از این روش درمانی در جهت کاهش اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان استفاده نمایند.

۶-منابع

- ۱- آرزومانیان، کریستینه؛ اسدی، جوانشیر؛ و صابری، هایده (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری مادران و آموزش ذهن آگاهی کودکان بر اضطراب کودکان ۹ تا ۱۲ سال فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی، ۳(۳)، ۱-۱۲.
- ۲- بلنده، فرناز؛ و بنیسی، پریناز (۱۳۹۹). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بر اختلالات درونی سازی شده و نگرش نسبت به مواد در کودکان کار در شهر تهران ۱۳۹۹. رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۲(۴)، ۳۵-۴۳. doi:10.22034/naes.2020.243029.1051
- ۳- بهرامی‌پور، منصوره (۱۳۹۸). فراتحلیل اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت سه‌گانه بر کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان و مشکلات فرزندپروری. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰(۳)، ۱-۱۰. doi:10.30486/jsrp.2019.547968
- ۴- رستمی، رضا؛ فراهانی، سمانه؛ و دهقانی آرانی، فاطمه (۱۳۹۹). مقایسه مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دو زیرگروه بی‌توجه و مرکب اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مجله علوم روان‌شناختی، ۱۹(۹۶)، ۱۵۴۷-۱۵۵۶. dor:20.1001.1.17357462.1399.19.96.5.3

- ۵- عبداله‌زاده، زینب؛ مشهدی، علی؛ و طیبی، زهرا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۲)، ۱۵۱-۱۳۶. doi:10.22067/ijap.v5i2.43035
- ۶- میرزاآقاسی، روح‌اله؛ بهبودی، معصومه؛ و دوکانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۸). پیش‌بینی مشکلات رفتاری درونی سازی شده کودکان بر اساس کارکرد خانواده با واسطه‌گری سبک دلبستگی. علوم روان‌شناختی، ۱۸(۸۴)، ۲۳۱۱-۲۳۱۸. doi:20.1001.1.17357462.1398.18.84.6.3
- ۷- وصالی محمود، روشنک؛ احدی، حسن؛ کجباف، محمدباقر؛ و نشاط‌دوست، حمیدطاهر (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویژه کودکان بر ذهن‌آگاهی و سلامت روان آن‌ها. مجله مطالعه ناتوانی، ۷، ۸-۱. doi:20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8
- ۸- ولی‌پور، مورینا؛ حسینیان، سیمین؛ و پورشهریاری، مهسینا (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۴)، ۴۵-۳۴.
- 9- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2014). The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 179-213). Routledge.
- 10- Bekker, M. J., Griffiths, K. M., & Barrett, P. M. (2017). Improving accessibility of cognitive behavioural therapy for children and adolescents: Review of evidence and future directions. *Clinical Psychologist*, 21(3), 157-164. doi:10.1111/cp.12099
- 11- Bitsko, R. H. (2022). Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. *MMWR supplements*, 71. doi:10.15585/mmwr.su7102a1
- 12- Dunning, D., Tudor, K., Radley, L., Dalrymple, N., Funk, J., Vainre, M., ... & Dalgleish, T. (2022). Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Ment Health*, 25(3), 135-142. doi:10.1136/ebmental-2022-300464
- 13- Ghiroldi, S., Scafuto, F., Montecucco, N. F., Presaghi, F., & Iani, L. (2020). Effectiveness of a school-based mindfulness intervention on children's internalizing and externalizing problems: The Gaia project. *Mindfulness*, 11(11), 2589-2603. doi:10.1007/s12671-020-01473-9
- 14- Gleissner, U., Fritz, N. E., Von Lehe, M., Sassen, R., Elger, C. E., & Helmstaedter, C. (2008). The validity of the Child Behavior Checklist for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 12(2), 276-280. doi:10.1016/j.yebeh.2007.10.013
- 15- Kabat-Zinn, J., & University of Massachusetts Medical Center/Worcester. Stress Reduction Clinic. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- 16- Li, K., Ren, L., Zhang, L., Liu, C., Zhao, M., Zhan, X., ... & Feng, Z. (2023). Social anxiety and depression symptoms in Chinese left-behind children after the lifting of COVID-19 lockdown: a network analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 916-927. doi:10.1177/00207640221141784
- 17- Maddux, J. E., & Winstead, B. (2004). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Routledge.
- 18- Odgers, K., Dargue, N., Creswell, C., Jones, M. P., & Hudson, J. L. (2020). The limited effect of mindfulness-based interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23, 407-426. doi:10.1007/s10567-020-00319-z
- 19- Pezeshki, P., Doos Ali Vand, H., Aslzaker, M., & Jafari, M. (2020). Program in Iranian Preschool Children With Internalizing Disorders. *Practice in Clinical Psychology*, 8(3), 203-216. doi:10.32598/jpcp.8.3.676.2
- 20- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- 21- Ruiz Íñiguez, R., Santed German, M. A., Burgos Julián, F. A., Díaz Silveira, C., & Carralero Montero, A. (2020). Effectiveness of mindfulness based interventions on anxiety for children and adolescents: A systematic review and meta analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(3), 263-274. doi:10.1111/eip.12849
- 22- Sánchez Hernández, M. O., Holgado Tello, F. P., & Carrasco Ortiz, M. Á. (2023). Network analysis of internalizing and externalizing symptoms in children and adolescents. *Psicothema*. 6. doi:10.7334/psicothema2022.17
- 23- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.

- 24- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281-295. doi:10.1038/s41380-021-01161-7
- 25- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
- 26- Xiang, X., & Han, M. (2020). The link between family violence in childhood and internalizing and externalizing problems in later life among college students in China: attachment as a mediator. *Social Work in Mental Health*, 18(1), 39-54. doi:10.1080/15332985.2019.1676365



Investigating the Effect of Cognitive Therapy based on Mindfulness on the Improvement of Internalized and Externalized disorders in Children aged 8 to 12 years in Gorgan city

Seyed Mojtaba Aghili^{1*}, Seddigheh Mirzaei²

1- Assistant Professor, Payam Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

dr_aghili1398@yahoo.com

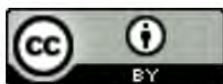
2- Master of Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran.

Mirzaee_s2024@gmail.com

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the effect of cognitive therapy based on mindfulness on the improvement of internalized and externalized disorders of children aged 8 to 12 years in Gorgan city. The effectiveness research method is pre-test-post-test with control group. The studied population were all students aged 8 to 12 years living in Gorgan city. The sample size in Stata software was determined equal to 44 samples (22 people in each group). The research tool was the Achenbach Behavioral Disorders Questionnaire. The experimental group received cognitive therapy based on mindfulness in 8 sessions of 60 minutes, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. In order to analyze the data, descriptive indices and univariate analysis of variance were used by SPSS software. The findings showed that cognitive therapy based on mindfulness is effective in improving internalized and externalized disorders of children aged 8 to 12 years ($p < 0.05$). The results indicate that cognitive therapy based on mindfulness leads to the reduction of internalized and externalized disorders in children aged 8 to 12 years.

Keywords: cognitive therapy based on mindfulness, internalizing and externalizing disorders, children.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)