

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران بر مشکلات برون نمود کودکان پرخاشگر

□ افسانه شکری*، دکتر روان شناسی عمومی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۲۷ - ۳۶

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از اختلال‌های کودکان از جمله اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری و هیجانی تحت تأثیر آشفتگی هیجانی مادران به وجود می‌آیند. این مادران در مقابله با ایفای نقش والدینی از خود ضعف نشان می‌دهند که باعث افزایش اختلال‌های رفتاری در کودک خواهد شد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران بر مشکلات برون نمود کودکان انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع مطالعات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. از جامعه دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهرستان نمین در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ (تعداد ۵۴۰ نفر)، نمونه‌ای به تعداد ۴۰ نفر بر اساس نمره‌های بالا در مقیاس پرخاشگر به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند. هر دانش‌آموزی که به این شیوه انتخاب می‌شد، مادر وی نیز به عنوان نمونه در پژوهش انتخاب می‌شد. از مقیاس پرخاشگری و سیاهه رفتاری کودک برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایشی، ۸ جلسه ۲ ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری (مانکوا) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: مقادیر محاسبه شده نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران در کاهش مشکلات برون نمود در کودکان تأثیر دارد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را می‌توان مداخله‌ای مؤثر در کاهش مشکلات برون نمود در کودکان، در نظر گرفت. ذهن آگاهی مادران باعث بهبود عملکرد سازشی آنان در آگاهی و توجه به تعامل با فرزندان، پذیرش نامشروط و بدون قضاوت رفتارهای فرزندان و توانایی نظم دادن به واکنش‌های خود در قبال فرزندان می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود سلامت روان مادران و کاهش مشکلات برون نمود کودکان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: پرخاشگری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مشکلات برون نمود

مقدمه

بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات هیجانی و رفتاری هستند که در طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد. یکی از این مشکلات، پرخاشگری^۱ است. پرخاشگری شامل رفتارهایی می‌شود که باعث تهدید و احتمالاً آسیب به خود و دیگران می‌شود و ممکن است کلامی (مانند تهدید) یا فیزیکی (مانند ضربه زدن، گاز گرفتن و یا پرتاب اشیاء به فرد دیگری) باشد (۱). به علت گسترش بی‌رویه‌ی پرخاشگری در سال‌های اخیر، واریسی علل و کنترل آن مورد توجه متخصصان روان‌شناسی قرار گرفته است. در این راستا، اختلال‌های برون‌نمود^۲ یکی از اختلال‌های دوران کودکی که شامل رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه نیز می‌شود (۲)، توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۳ طبقه معینی برای اختلال برون‌نمود وجود ندارد و در قالب سه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۴، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۵ و اختلال سلوک^۶ آمده است (۳). در باب سبب شناسی این اختلال‌ها، عوامل زیادی از جمله عوامل مربوط به کودک، والدین و تعامل آن‌ها با یکدیگر مطرح شده است. با توجه به اهمیت خانواده در رشد کودک و نیز از آنجا که مادر اولین فردی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهمترین نقش را در پرورش روانی و عاطفی کودک به عهده دارد. در این میان برخی از پژوهش‌ها بر نقش فعال رفتار والدینی پرداخته‌اند که از مهمترین آن‌ها می‌توان به فقدان مشارکت والدین، مدیریت و نظارت ضعیف و انضباط خشن و بی‌ثبات (۴)، مشکلات روانی والدین (۵) و تعارضات والدینی در شیوه‌های والدگری (۶) اشاره کرد. کودکان با مشکلات برون‌نمود با توجه به نیازهای خاص خود، منبع تنیدگی در خانواده هستند و بر سلامت روانی اعضای خانواده تأثیر می‌گذارند. والدین این کودکان به‌ویژه مادران آنها تنیدگی بیشتری نسبت به سایر مادران متحمل می‌شوند و تأثیرات مخرب چنین تنیدگی‌ای بر بهداشت روان و از جمله احساس بی‌کفایتی و صلاحیت والدگری آنها، موجب تشدید اختلال‌های رفتاری در کودکان نیز خواهد شد (۷).

در مطالعه‌ای نشان داده شده است که مشکلات بیشتر در کودکان؛ با ذهن‌آگاهی کمتر والدین همراه است که این نیز منجر به تنیدگی بیشتر والدین می‌شود (۸) همچنین نتایج مطالعات دیگر نشان داد که ذهن‌آگاهی مادران، باعث کاهش تنیدگی، افسردگی و اضطراب (۹)؛ کاهش اختلال‌های هیجانی رفتاری (۱۰) و کاهش تعارضات والد کودک (۱۱) می‌شود. از این رو، آموزش والدین جهت آگاهی از نوع رابطه با فرزندان، به بهبود روابط بین فردی آن‌ها منجر می‌شود (۱۲). امروزه درمانگران در کنترل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه از روش‌های درمانی مختلفی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۷ بهره می‌گیرند (۱۳). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود به جلوگیری از عوامل ایجادکننده‌ی خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (۱۴). مکانیسم عمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش واکنش‌های عادی ناپه‌نجار والدین می‌شود که این به نوبه‌ی خود موجب کاهش خصومت، اجبار، کنترل بیش از حد و رفتارهای بی‌اثر والدین و افزایش الگوهای مثبت مثل ارتباط صادقانه، گرمی و پذیرش با فرزندان می‌شود که در نهایت موجبات سلامتی روان بالاتر فرزندان را به دنبال خواهد داشت (۱۵).

افراد در این روش می‌آموزند که پیش از آنکه تسلیم حوادث و رویدادهای زندگی خود شوند به شیوه‌ای خاص، هدف‌دار، نظام‌دار و به دور از پیش‌داوری و قضاوت، رخداد‌های زندگی خود را بپذیرند (۱۶). مفروضه‌ی اساسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر این نکته‌ی مهم دلالت دارد: هر فکری که از سوی افراد مورد توجه قرار می‌گیرد، نباید به عنوان یک عامل تأثیرگذار و واقعیت محض مورد پذیرش قرار گیرد. این نوع ذهن‌آگاهی یک نوع واکنش پیشگیرانه برای افکاری است که افراد را مضطرب و پرخاشگر می‌کنند. در این روش به افراد کمک می‌شود تا به حالت تعادل قبل از تجربه‌ی هیجان‌های منفی بازگردند (۱۷). مطالعات مختلف، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی مادران را بر کاهش

1. Aggression

2. Externalizing Disorder

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5), 5th Edition

4. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

5. Oppositional Defiant Disorder

6. Conduct Disorder

7. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

خروج از پژوهش نیز شامل غیبت حداقل دو جلسه در جلسات آموزشی و انجام ندادن تکالیف جلسه ها و به طور تصادفی، و از طریق جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفره (یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایدهی شدند (حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر می باشد؛ در این پژوهش با هدف افزایش اعتبار بیرونی و احتمال افت آزمودنی، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد). ویژگی های جمعیت شناختی افراد نمونه بر اساس سن و میزان تحصیلات بود و یافته های جمعیت شناختی نشان داد که ۵۵ درصد از شرکت کنندگان در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، و ۴۵ درصد نیز در دامنه سنی ۳۶ تا ۵۰ سال قرار دارند. همچنین ۱۸/۳ درصد از شرکت کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی، ۴۱/۷ درصد متوسطه، ۲۳/۳ درصد دیپلم و ۱۶/۷ درصد نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس پر خاشگری رابطه ای و آشکار شهیم: این پرسش نامه توسط شهیم (۱۳۸۵) ساخته شده است و دارای ۲۱ گویه بوده و در طیف ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. مقیاس پر خاشگری رابطه ای و آشکار دارای سه زیر مقیاس پر خاشگری جسمانی، پر خاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال و پر خاشگری رابطه ای است. این پرسش نامه توسط معلم تکمیل می شود. برای نمره گذاری به گزینه ی به ندرت: ۱، یک بار در ماه: ۲، یک بار در هفته: ۳ و گزینه ی اغلب روزها: ۴ نمره تعلق می گیرد. پایایی این پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پر خاشگری جسمانی، رابطه ای، واکنشی و بیش فعال به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است. ارزیابی روایی این پرسش نامه با استفاده از تحلیل عوامل با محور اصلی و چرخش مایل منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیش از ۱ گردید که ۵۹ درصد واریانس را تبیین می نماید و ضریب KMO برابر با ۰/۹۲ و آزمون بارتلت برای کرویت داده ها معنادار بوده است. ضریب همبستگی بین گویه ها و نمره ی کل مؤلفه ی پر خاشگری جسمانی از ۰/۴۷ تا ۰/۸۲ ضریب همبستگی بین پر خاشگری رابطه ای و نمره ی کل از ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ و ضریب همبستگی بین گویه ها و نمره ی کل مؤلفه ی پر خاشگری واکنشی و بیش فعال از ۰/۲ تا ۰/۶۳ متغیر بوده است (۲۳).

پر خاشگری کودکان نشان داده است (۲۱-۱۸). حمیدیان، امیدی، نظیری، ابوالقاسمی و موسوی نسب (۲۲) طی پژوهشی روشن کردند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی صرف، نقش مؤثرتری در کاهش خشم و رفتارهای پر خاشگرانه دارد.

با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش مبنی بر اهمیت نقش مادران بر سلامت روان کودکان و وجود مدارکی دال بر موفقیت راهبردهای والد محور در بهبود بخشی مشکلات رفتاری کودکان و نیز به دلیل اینکه اغلب مطالعات انجام شده در خصوص پر خاشگری، مربوط به کودکان پسر می باشد. بنابراین، با توجه به خلاء پژوهشی موجود در کشور ما و نیز فقدان پژوهش جامع در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران بر مشکلات برون نمود کودکان دختر پر خاشگر، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی این درمان والد محور بر مشکلات برون نمود کودکان دختر پر خاشگر است تا بدین وسیله به متخصصان حوزه ی بهداشت روانی کمک کند تا از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران برای درمان مشکلات برون نمود کودکان استفاده ببرند.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و همراه با گروه گواه بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر دوره ابتدایی شهرستان نمین در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ (تعداد ۵۴۰) به همراه مادران شان بود. از این جامعه ی آماری، تعداد ۲۱۷ نفر از دانش آموزان پایه ی چهارم، پنجم، و ششم به عنوان نمونه ی اولیه انتخاب و پرسشنامه ی پر خاشگری شهیم توسط معلمان برای آنان تکمیل شد و تعداد ۷۹ نفر بر اساس نمره های بالا در مقیاس پر خاشگری (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) به عنوان دانش آموز پر خاشگر انتخاب شدند و ۴۰ نفر از مادران این دانش آموزان با احراز ملاک های ورود به پژوهش (عدم دریافت درمان های روان شناختی طی ۶ ماه گذشته، دارا بودن میزان سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود اختلال های شدید روانی و مصرف داروهای روان گردان) با انجام مصاحبه بالینی (بر اساس ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی و داشتن دانش آموز ۱۰-۱۲ ساله ی فاقد کم توانی و ناتوانی ذهنی) و ملاک های

سیاهه‌ی رفتاری کودک^۱: این سیاهه توسط آخنباخ و رسکولار^۲ در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است. سیاهه‌ی رفتاری کودک برای کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ سال تدوین شده است. سیاهه‌ی رفتاری کودک را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و از او مراقبت می‌کند تکمیل کند. آن بخش از این سیاهه که مشکلات هیجانی و رفتاری^۳ را می‌سنجد شامل ۱۱۳ سؤال اصلی و ۸ سؤال فرعی است که در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (۰ = نادرست، ۱ = تا حدی یا گاهی درست، ۲ = کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه، ۸ مشکل هیجانی و رفتاری را اندازه می‌گیرد که شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری)، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه است. تعداد ۱۷ سؤال به هیچ‌یک از این مشکلات تعلق ندارند و تحت عنوان «سایر مشکلات» طبقه‌بندی می‌شوند. آزمون مجدد اعتبار کل سیاهه ۰/۹۴ و برای رفتار قانون‌شکنی ۰/۹۱ و رفتار پرخاشگری ۰/۹۰ و همچنین آلفای کرونباخ برای کل سیاهه ۰/۹۷ و برای رفتار قانون‌شکنی ۰/۸۵ و رفتار پرخاشگری ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۴). همچنین برای روایی آن آخنباخ همبستگی این مقیاس با دو مقیاس درجه بندی رفتار کانرز^۴ و سیاهه‌ی تجدیدنظرشده مشکل رفتاری کوای پیترسون (۱۹۸۳) اعتبار ۰/۵۲ تا ۰/۸۸ را گزارش کرده است (۲۵). یزدخواستی و عریضی ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری-هیجانی با نمره‌ی کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۶۲ - ۰/۸۸، ۰/۴۴ - ۰/۹۱ و ۰/۵۱ - ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۲۶). همبستگی درونی این سیاهه در دامنه‌ی ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار هستند. فاصله اطمینان ۰/۹۵ در اطراف این همبستگی‌ها نشان داد که هیچ‌کدام از مشکلات با یکدیگر همپوشی کامل ندارند که این موضوع نشانگر روایی تشخیصی نشانگان این سیاهه است (۲۷).

معرفی برنامه مداخله‌ای: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی

محسوب می‌شود که از تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه‌های بدنی با تکنیک‌های شناختی رفتاری سنتی حاصل شده است. آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ادغام تکنیک‌های مراقبه و واریسی بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیرارادی برنامه‌ریزی شده‌اند. به‌طوری که بتوان با به‌کارگیری آن‌ها، پاسخ‌های وابسته به افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج کرده و در بروز آن‌ها تغییر ایجاد کرد. تکنیک‌های آموخته شده توسط افراد به آن‌ها کمک می‌کنند تا الگوهای عادی غیرارادی و نشخواری ذهن را شناسایی و آن‌ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه‌های منفی، به عنوان رویدادهایی ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (۲۸).

مراحل مداخله براساس توصیف عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه‌ی جان کابات زین^۵ و کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پیشگیری از عود افسردگی نوشته‌ی محمدخانی و خانی‌پور (۲۹) اجرا شد. برنامه‌ی درمان در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت در هفته و به شیوه‌ی گروهی انجام شد.

لازم به ذکر است که در این پژوهش برنامه‌ی مداخله توسط شخص پژوهشگر که دوره‌های آموزشی لازم در این زمینه را گذرانده بود، طی ۲ ماه در قالب ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک روز (روزهای دوشنبه) در زمستان ۹۷ و با استفاده از روش‌های تدریس سخنرانی، بارش مغزی و بحث گروهی در مدارس شهرستان نمین اجرا شد. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌کرد، مهارت‌های جدید را به دانش‌آموزان گروه آزمایش آموزش می‌داد و تکالیفی برای اجرا در فاصله‌ی بین جلسات معین می‌کرد. این تکالیف که براساس دستورالعمل پروتکل درمانی برای حداقل ۱ ساعت در روز، ۶ روز در هفته و ۸ هفته در نظر گرفته شده بود، گوش دادن به نوار و انجام تمرین‌ها را شامل می‌شد. از دانش‌آموزان خواسته شده بود که تمرین‌های تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن را بیان کنند و اگر نمی‌توانند چنین زمانی را صرف تمرین کنند، بهتر است کلاس‌ها را شروع نکنند. در جدول زیر محتوای جلسات درمانی به اختصار ارائه شده است.

1. Child Behavior Checklist (CBCL)

2. Achenbach & Rescorla

3. Emotional And Behavioural Problems

4. Conners' Behavior Rating Scale

5. Jon Kabat-Zinn

جدول ۱) جلسات درمانی MBCT (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲)

جلسه	هدف و محتوا
اول	هدایت خود کار، تمرین جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه‌ی واریسی بدن،
دوم	مقابله با موانع، تمرین مراقبه‌ی واریسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر جریان تنفس،
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس و بدن (در زمان حرکت)، تمرین‌های جلسه حرکت با حالت ذهن آگاهانه، تمرین تنفس و کشش و تمرین با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام مراقبه در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس
چهارم	ماندن در زمان حال، تمرین مراقبه‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌هایی بدون جهت‌گیری خاص) فضای سه دقیقه‌ای تنفس، معرفی روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساس‌های دشواری را برانگیزد، راه رفتن با حضور ذهن
پنجم	پذیرش و اجازه / مجوز حضور، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی ایجاد شده، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس
ششم	فکرها نه حقایق، تمرین جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن - به اضافه‌ی معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام دادن تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، تمرین‌های جلسه مراقبه واریسی بدن، به پایان رساندن مراقبه.

روش اجرا

برای اجرای این پژوهش، پژوهشگر در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ ابتدا و بعد از کسب مجوزهای لازم به اداره آموزش و پرورش شهرستان نمین مراجعه و آمار کل مدارس دخترانه ابتدایی و همچنین تعداد دانش‌آموزان دختر در این مدارس را دریافت کرد. سپس با استفاده از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به صورت تصادفی ۳ مدرسه انتخاب و از

میان آن‌ها ۹ کلاس از پایه چهارم، پنجم و ششم به صورت تصادفی و با تعداد ۲۱۷ دانش‌آموز به عنوان نمونه‌ی اولیه انتخاب و پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری شهیم توسط معلمان این کلاس‌ها تکمیل شد و تعداد ۷۹ دانش‌آموز که نمره‌ی آنها در پرسش‌نامه پرخاشگری در هر زیرمقیاس، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، به عنوان دانش‌آموز پرخاشگر انتخاب شدند. در ادامه، از مادران این دانش‌آموزان طی دعوت‌نامه‌ای درخواست حضور در مدرسه و کسب رضایت

والدین در اجرای این مطالعه رعایت شد. در نهایت داده‌های حاصل با نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و با کمک آمار توصیفی و کواریانس چند متغیری (مانکوا) تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات به دست آمده، ۵۵ درصد از شرکت‌کنندگان در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، و ۴۵ درصد نیز در دامنه‌ی سنی ۳۶ تا ۵۰ سال بودند. میانگین سن و انحراف معیار برای گروه آموزش ذهن‌آگاهی به ترتیب (۳۳/۹۰ سال و ۶/۴۳ سال) و گروه گواه (۳۵/۵۰ سال و ۶/۰۷۴ سال) و میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان (۳۵/۳۲ سال و ۵/۶۹۷ سال) بود. همچنین ۱۸/۳ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی، ۴۱/۷ درصد متوسطه، ۲۳/۳ درصد دیپلم و ۱۶/۷ درصد نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

برای شرکت در جلسات درمان و مصاحبه اولیه برای بررسی ملاک‌های ورود انجام شد. در نهایت ۴۰ نفر از مادران دانش‌آموزان پرخاشگر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در مرحله‌ی بعد، این مادران به طور تصادفی در گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه (هر کدام ۲۰ نفر) قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا سیاهه‌ی رفتاری کودک را به دقت تکمیل نمایند. لازم به ذکر است که هم‌تاسازی بین دو گروه بر اساس سن و میزان تحصیلات انجام شد و با استفاده از تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. مدت جلسات درمانی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی و هفته‌ای یک بار، توسط پژوهشگر اجرا شد. در طول اجرای جلسات آموزشی و درمانی، همه‌ی آزمودنی‌های گروه آزمایشی حضور داشتند و هیچ کدام از برنامه حذف نشدند. لازم به ذکر است که تمامی ملاحظات اخلاقی مانند رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و رضایت کتبی

جدول ۲) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرها در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه آزمایشی		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رفتار قانون شکنانه	۲۳/۱۰ (۳/۶۲)	۱۹/۵۰ (۲/۷۰)	۲۲/۶۵ (۳/۱۱)	۲۱/۶۵ (۲/۵۸)
پرخاشگری	۲۶/۱۰ (۳/۳۸)	۲۱/۱۵ (۲/۷۲)	۲۴/۴۰ (۳/۰۸)	۲۳/۰۰ (۲/۷۷)
مشکلات برون‌نمود	۴۹/۲۰ (۵/۴)	۴۰/۶۵ (۳/۵۷)	۴۷/۰۵ (۴/۲۹)	۴۴/۶۵ (۳/۸۹)

بود. همچنین پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیونی و وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاکی از برقراری این دو پیش‌فرض برای آن‌ها بود. همچنین با کنترل اثر پیش‌آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از آن بود که حداقل از نظریکی از مؤلفه‌های مشکلات برون‌نمود در بین گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که تفاوت مشاهده شده در میانگین متغیرهای فوق مربوط به تأثیر رویکردهای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است.

مطابق مندرجات جدول ۲، نمرات شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون مشکلات برون‌نمود در گروه‌های آموزش ذهن‌آگاهی دارای سطح میانگین پایین‌تری نسبت به گروه گواه بود. به منظور بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع نمرات، قبل از انجام تحلیل کواریانس، از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده گردید که نتایج آزمون (Z) حاکی از این بود که توزیع داده‌ها برای مشکلات برون‌نمود و مؤلفه‌های آن برای هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ($P < 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از برقراری این پیش‌فرض

جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی میانگین مشکلات برون نمود

مؤلفه ها	منبع تغییرات	م. مجذورات	درجه آزادی	م. مجذورات	F	p	ضریب اتا
رفتار قانون شکنانه	گروه * پیش آزمون	۵/۸۴	۲	۲/۹۲	۲/۱۷	۰/۱۲۵	۰/۰۷۸
	گروه	۶۱/۰۳	۲	۳۰/۵۱	۲۲/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۸
	خطا	۷۵/۲۹	۵۵	۱/۳۶			
رفتار پرخاشگرانه	گروه * پیش آزمون	۰/۲۴۰	۲	۰/۱۲۰	۰/۰۷۱	۰/۹۳۲	۰/۰۰۳
	گروه	۹۷/۰۷	۲	۴۸/۵۳	۲۷/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۷
	خطا	۹۸/۱۳	۵۵	۱/۷۸			

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنادار بین گروه ها در متغیرهای رفتار قانون شکنانه ($\eta^2 = 0/448$)، و رفتار پرخاشگرانه ($F = 27/20$ ، $\eta^2 = 0/497$)، شده است. میزان تأثیر برای رفتار قانون شکنانه ۴۴/۸ درصد،

و برای رفتار پرخاشگرانه ۴۹/۷ درصد بود. در نتیجه بخشی از تفاوت های فردی در ابعاد مشکلات برون نمود به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) است. این بدین معنی است که مداخله های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات برون نمود کودکان پرخاشگر مؤثرند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران بر مشکلات برون نمود کودکان پرخاشگر بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش پرخاشگری کودکان تأثیر دارد. این یافته با نتایج مطالعات حاصل از پژوهش بابایی نادیلویی و فاتحی بستان آباد (۱۵)، بدیر، باری و هان^۱ (۱۶)، پیرنت، مک کی، روف و فورهند^۲ (۱۷) و کورتون^۳ (۱۸) که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مادران در کاهش مشکلات برون نمود کودکان را نشان داده بودند، همسو است. در تبیین یافته ی فوق می توان اظهار داشت که والدین کودکان دارای این دسته از مشکلات، مهارت های والدگری ضعیف و رفتارهای آمرانه ی بیشتری دارند (۴) و فاقد مهارت های کنار آمدن مؤثر با فرزندان شان هستند، بنابراین چرخه ای از تعامل های رفتاری خشونت آمیز به جریان می افتد، به این

صورت که استفاده ی والدین از تنبیه بدنی احتمال رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی را در کودک افزایش می دهد (۲۷). از این رو، مادرانی که از ذهن آگاهی بیشتری برخوردار هستند، بدون سوگیری و با توجه محض به رویداد بیرونی، کارا تر عمل می نمایند. پس در نتیجه، این امر می تواند در افزایش کارآمدی آنان در برخورد با فرزند پرخاشگر خود مؤثر واقع شود که به طور همزمان بر کارآمدی مادر در پیشرفت فرزند خود نیز تأثیر می گذارد و احتمالاً این روند در راه اندازی یک بازخورد مثبت و چرخه ی هرچه کارآمدتر در رابطه ی بین مادر و کودک تأثیر خود را نشان خواهد داد.

از طرفی مادران دارای کودکان پرخاشگر، احساس افسردگی و فقدان شایستگی که مبین احساس بی لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد. از این رو رویکرد شناختی به کاررفته در این مداخله باعث ارتقای خودآگاهی مادران، کمک به آن ها در شناخت نقاط ضعف و قوت و ایجاد تغییر در نگرش و باورهایشان می گردد و مهارت

1. Bader, Barry & Hann

2. Parent, McKee, Rough & Forehand

3. Corthorn

از محدودیت های پژوهش حاضر، عدم انجام مرحله‌ی پیگیری و تقویت اثر هاله‌ای به خاطر درمان‌گر بودن پژوهش‌گر است که احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی دوره‌ی پیگیری در نظر گرفته شود، درمان توسط افرادی غیر از پژوهش‌گر انجام شود. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، یافته‌های پژوهش نتایج مهم و معناداری را در زمینه‌ی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش پرخاشگری کودکان به دست می‌دهد. از این رو و بر اساس نتایج به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان درمان مفید در حوزه‌ی روان‌شناسی در کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر قلمداد شده و می‌تواند مورد استفاده‌ی مشاوران و درمانگران قرار گیرد. همچنین از آنجایی که روش‌های درمانی، آموزشی و مداخلاتی با کودکان پرخاشگر، زمانی مؤثرتر خواهند بود که به صورت چند وجهی انجام شوند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با آموزش و درمان همزمان والدین و فرزندان و حتی معلمان این دانش‌آموزان صورت گیرد تا باعث تغییرات مستمر و طولانی مدت شود. نظر به اینکه این پژوهش برای دوره ابتدایی انجام شده است؛ پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در مقاطع دیگر و با در نظر داشتن متغیر جنسیت انجام شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مادران در کاهش تنیدگی والدینی مادران کودکان پرخاشگر، پیشنهاد می‌شود از این درمان در کاهش تنش‌های خانوادگی قبل از دبستان مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین ترتیب از تمامی دانش‌آموزان، والدین، و آموزگاران آنها جهت همکاری صمیمانه در انجام این پژوهش، قدردانی می‌شود.

ذهن‌آگاهی، توانایی مادران را در مقابله‌ی مؤثر با خلق منفی افزایش داده و به آن‌ها کمک می‌کند تا روش‌های کارآمدتری را برای حل تعارض به کارگیرند. علاوه بر این ذهن‌آگاهی، غیر از قضاوت، عوامل دیگری مانند مشاهده و توانایی توصیف و نام‌گذاری تجارب و احساسات، عملکرد آگاهانه و انجام فعالیت‌ها در زمان حال و توجه را نیز شامل می‌شود که تمام این عوامل می‌تواند برای بهبود سلامت روان همه‌ی انسان‌ها لازم و حیاتی باشد؛ ولی در خانواده و افرادی که در شرایط هیجانی قرار دارند، مهم‌تر و اساسی‌تر است (۲۸). نتایج همچنین نشان داد که در مؤلفه‌ی رفتارهای قانون‌شکنانه تفاوت بین میانگین گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه، به نفع میانگین گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. در تبیین آن می‌توان اظهار داشت که آگاهی والدین از خود، افکار و احساسات‌شان نسبت به فرزندان، موجب می‌شود که رابطه‌ای آزاد در بیان احساسات مثبت و گرم با فرزندان‌شان داشته باشند. این رابطه بر عقاید و بیان والدین در رابطه با هیجان‌ها و بر شیوه‌هایی که آن‌ها با سطح هیجانی فرزندان‌شان برخورد می‌کنند نیز اثرگذار است. به عبارتی دیگر، میزان تعامل، ارتباط و پذیرش هیجان‌ها در اوج خود هستند. در چنین خانواده‌هایی فرد قادر به نظم‌جویی و تعدیل هیجان‌های مناسب و دوری از هیجان‌های منفی مانند پرخاشگری است. بنابراین، ذهن‌آگاهی با تغییری که در هر یک از اعضای خانواده ایجاد می‌کند به گونه‌ای غیرمستقیم موجبات تغییر در ویژگی‌های شخصیتی گوناگون فرزندان را هم فراهم می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که وجود ذهن‌آگاهی در تعاملات والدین باعث می‌شود که والدین در تعامل با فرزندان‌شان هر لحظه به صورت هدفمند رفتار کنند، در حقیقت ذهن‌آگاهی والدین گامی است که باعث بهبود عملکرد سازشی والدین در آگاهی و توجه متمرکز در تعامل با فرزندان، پذیرش نامشروط و بدون قضاوت رفتارهای فرزندان و توانایی نظم دادن به واکنش‌های خود در قبال فرزندان می‌شود (۲۹). بر اساس این چشم‌انداز ذهن‌آگاهی والدین موجب تقویت لحظه به لحظه‌ی رفتارهای آنان می‌شود و به نوبه‌ی خود منجر به افزایش رفتارهای مثبت والدین (گرمی، پذیرش و تشویق) و کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای منفی آن‌ها؛ خصومت، اجبار، کنترل بیش از حد، تربیت بی‌اثر (۱۷) و در نهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان (۱۵-۱۶) و متعاقباً پرخاشگری کودکان می‌شود.

References

1. Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink K, Pedapati EV, Erickson CA. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Trea* [serial on the Internet]. 2016 [cited Jun 23 2016]; (12): 1525–1538. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922773/pdf/ndt-12-1525.pdf>
2. Jacob C, Gross-Lesch S, Jans T. et al. Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord* [serial on the Internet]. [cited Feb 21 2014]; 6, 101–110. Available from <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0128-z>
3. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol* [serial on the Internet]. 2005[cited Nov 2005]; 114(4):537-550. Available from: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>
4. Satourian SA, Tahmassian K, Ahmadi, MR. The role of parenting dimensions and parent-child relationship in internalizing and externalizing behavioral problems in children. *Journal of family research* [serial on the Internet]. 2017[cited Oct 29 2017]; 12 (48): 683-705. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=522266>[Persian].
5. Pourvahed A, Amiri-Majd M. The relationship between maternal mental health problems and domestic violence with mentally retarded children behavioral problems. *Journal of Community Health* [serial on the Internet]. 2017[cited June2017];4(2): 110–117:Availablefrom: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=599121>. [Persian].
6. Ehrenreich SE, Beron KJ, Brinkley DY, Underwood MK. Family predictors of continuity and change in social and physical aggression from ages 9-18. *Aggress Behav* [serial on the Internet]. 2014 [cited May 28 2014]; 40(5): 421-439. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138261/>
7. Vameghi R, Amir Aliakbari S, Sajedi F, Sajjadi H, Alavimajd H, Hajighasemali S. Comparison of stress and perceived social support in mothers of 6-18 month-old children with and without developmental delay. *Hayat*[serial on the Internet]. 2015 [cited Jan 12 2015]; 21(3): 74-87. Available from: <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-1222-en.html>. [persian].
8. Jones L, Hastings RP, Totsika V, Keane L, Rhule N. Child behavior problems and parental wellbeing in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *Am J Intellect Dev Disabil* [serial on the Internet]. 2014[cited March 1 2014]; 119(2): 171-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24679352/>.
9. Borjali, A. The effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy (MBCT) on reducing the child- parental conflicts in adolescences. *Journal of Behavioral Sciences*[serial on the Internet]. 2013[cited Apr 30 2013]; 7(1):1-6. Available from: http://www.behavsci.ir/article_67805.html. [Persian].
10. Hosseinzadeh Z, Kakavand A, Ahmadi A. The mediating role of mother's mindfulness and family resilience on the relationship between behavior problems of children with autism andmothers' psychological well-being. *Psychology of Exceptional Individuals*[serial on the Internet]. 2016 Sep 22; 6(23):151-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922773/pdf/ndt-12-1525.pdf> [Persian].
11. Rayan A, Ahmad M. Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: A literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*[serial on the Internet]. 2018 Apr;54(2):324-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247409/>.
12. Riahi F, Amini F, Salehi Veisi M. The children's behavioral problems and their relationship with maternal mental health. *Jmj* [serial on the Internet]. 2012 [cited July 30 2012]; 10(1): 46–52. Available from: <http://jmj.jums.ac.ir/article-1-95-en.html>. [Persian].
13. Mace C. Mindfulness and mental health: therapy, theory and science. American New York, Routledge Press. 2008; 35-36.
14. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse: New York: Guilford Publication. 2002.
15. Bogels SM, Hellemans J, van Deursen S, Romer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness* [serial on the Internet]. 2014 [cited April 16 2013]; 5(5): 536-551. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>

16. Shearer A, Hunt M, Chowdhury M, Nicol L. Effects of a brief mindfulness meditation intervention on student stress and heart rate variability. *Int J Stress Manag* [serial on the Internet]. 2015 [cited October 12 2015]; 1-23: Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039814>
17. Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* [serial on the Internet]. 2009 [cited June 29 2009]; 26(7):601-6. doi: 10.1002/da.20552. PMID: 19242985.
18. Babaei Nadinluei K, Fatehi Bostanabad F. Investigating the role of mindfulness in the relationship between children's psychological problems (Internalizing and Externalizing Problems) and perceived stress of Bostan Abad Mothers in 2018: A Descriptive Study. *JRUMS* [serial on the Internet]. 2020 [cited Feb 21 2020]; 18 (11): 1083-1102: Available from: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4573-en.htm>. [Persian].
19. Bader SH, Barry TD, Hann JAH. The relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with an autism spectrum disorder. *Focus Autism Other Dev Disabl* [serial on the Internet]. 2015 [cited March 10 2014]; 30(1): 23-34: Available from: doi:10.1177/1088357614523065
20. Parent J, McKee LG, Rough JN, Forehand R. The association of parent mindfulness with Parenting and Youth Psychopathology Across Three Developmental Stages. *J Abnorm Child Psychol* [serial on the Internet]. 2016 [cited Jan 10 2016]; 44(1): 191-202: Available from: doi:10.1007/s10802-015-9978-x
21. Corthorn C. Benefits of Mindfulness for Parenting in Mothers of Preschoolers in Chile. *Front Psychol* [serial on the Internet]. 2018 [cited Aug 17 2018]; 9: 1443: doi:10.3389/fpsyg.2018.01443
22. Hamidian S, Omid A, Naziri G, Abolghasemi R, Musavinasab M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on severity of depression and anger in dysthymic patients. *Journal of Psychological Studies* [serial on the Internet]. 2016 [cited October 16 2016]; 12(3): 83-102. doi: 10.22051/psy.2016.2602 [Persian].
23. Shahim S. Relational aggression in preschool children. *IJPCP* [serial on the Internet]. 2007 [cited Nov 15 2007]; 13 (3): 264-271: Available from: URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-272-en.html>. [Persian].
24. Achenbach TM, Rescola LA. Manual for the ASEBA school age: form & profiles. Burlington, VT: university of vermont, research center for children, youth, & families. 2001. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_219
25. Achenbach T M. Manual for the teacher's report form/ 4-18 and 1991 profile. Burlington, VI: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991b.
26. Yazdkhafti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *IJPCP* [serial on the Internet]. 2011 [cited May 15 2011]; 17(1): 60-70: Available from: URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1318-en.html>. [Persian].
27. Minaei A. Factorial invariance of syndromes' items of Achenbachs Child Behavior Checklist (CBCL). *Quarterly Educational Psychology* [serial on the Internet]. 2007 [cited Desember 16 2007]; 7 (2): 93-114: Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=156757> [Persian].
28. Hillgaard SD. Mindfulness and self regulated learning [Master's thesis]. [Trondheim, Norway]: Department of Psychology, Norwegian University of Science and Technology (NTNU); 2011, 1-85, <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/270682>
29. Mohammadkhani P, Khanipoor H. Therapies based on mindfulness. Tehran: Publication of Well-being and Rehabilitation University; 2005. [Persian].