

تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان

مورینا ولی‌پور*، سیمین حسینیان^۲، مهسیما پورشهریاری^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

۲. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات رفتاری کودکان منجر به بروز مشکلات فراوانی در مدرسه می‌شود و نه تنها به تحصیل کودکان خدشه وارد می‌کند بلکه باعث به وجود آمدن مشکلات اجتماعی و کاهش توجه و حرمت خود آنها نیز می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان (دختر) بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع ششم مدارس واقع در منطقه ۲ تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۲۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سنجش ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان (گرکو و بائر، ۲۰۱۱) و فهرست مشکلات رفتاری کودکان (کوی و پترسون، ۱۹۸۷) بود. قبل از اجرای متغیر مستقل از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به دانش‌آموزان گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور معناداری، مشکلات رفتاری (نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری، نشانه‌های مشکلات توجه و ناپختگی و اضطراب و گوشه‌گیری) کمتری داشتند. همچنین افزایش معناداری در ذهن‌آگاهی و پذیرش کودکانی که در برنامه شرکت کرده بودند مشاهده شد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌توان از روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان، در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش ذهن‌آگاهی کودکان استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی، مشکلات رفتاری، کودک

* نویسنده مسؤل: مورینا ولی‌پور، کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱-۳۳۵۱۲۰۸۱

Moriina.valiipour@gmail.com ایمیل:

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری^۱ کودکان به عنوان یکی از موضوعات عمده روان‌پزشکی و روان‌شناسی افزایش یافته است زیرا از یک سو کودکان بخش عمده‌ای از جمعیت هر جامعه را تشکیل می‌دهند و از سوی دیگر، بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که نه تنها به‌سادگی از آن عبور نمی‌کنند بلکه ممکن است این امر تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (۱). بررسی تاریخچه بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از تحول خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند. از آنجایی که اختلال‌های دوران کودکی معمولاً تا سنین بزرگسالی استمرار می‌یابند، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است (۲).

در تعریف مشکلات رفتاری کودکان، آن دسته از رفتارها نابهنجار تلقی می‌شود که ضمن عدم تناسب با سن، شدید، مزمن یا مداوم باشند و گستره آن شامل مشکلات برون‌نمود^۲ مانند فزون‌کنشی^۳، تضادورزی، و پرخاشگری و نیز مشکلات درون‌نمود^۴ مانند گوشه‌گیری، انزوا و افسردگی است (۳). تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی صورت گرفته است. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی، در قالب مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود، از گسترده‌ترین و پرکاربردترین طبقه‌بندی‌ها در زمینه دسته‌بندی اختلال‌های دوران کودکی است که از روی آورد ابعادی پیروی می‌کند.

مشکلات درون‌نمود از نظر ماهیت، درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب، و افسردگی متجلی می‌شوند (۴) و به اعتقاد کواکز و دولین، بیش از آن که اطرافیان را آزار دهند، موجب آزار

خود کودک می‌شوند و هسته اصلی آنها اختلال خلق یا هیجان است (به نقل از ۵). مشکلات برون‌نمود، الگوهای رفتاری سازش‌نیافته‌ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می‌گیرند (۴). نشانه‌های این مشکلات برخلاف مشکلات درون‌نمود در رفتار بیرونی کودکان ظاهر می‌شود و بیانگر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی هستند (۶). از این رو بیشتر از آنکه بر خود فرد اثر بگذارند موجب ایجاد مشکل برای دیگران خواهند شد (۷). از آنجا که مشکلات هیجانی- رفتاری اغلب به‌طور طبیعی کاهش نمی‌یابد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی معطوف شده است (۸).

در سال‌های اخیر درمانگران به استفاده از روی‌آوردهای نوین روان‌شناختی برای افزایش سازش‌یافتگی در کودکان علاقه زیادی نشان داده‌اند. یکی از جدیدترین و درعین حال مؤثرترین شکل این نوع درمان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان^۵ است (۹). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان، یک روان‌درمانی گروهی برای کودکان ۹ تا ۱۳ ساله است که ابتدا با هدف افزایش توجه و کاهش اضطراب در کودکان توسعه پیدا کرد (۱۰).

پژوهشگران معتقدند که بیشتر کودکان مبتلا به اختلال‌های هیجانی با این برنامه بهبود می‌یابند. سینتق فنون مراقبه و ذهن‌آگاهی را بر روی ۳ نوجوان ۱۳ تا ۱۴ ساله مبتلا به اختلال رفتار هنجاری اجرا کرد و شاهد کاهش رفتارهای پرخاشگری و سوء‌مصرف مواد در این ۳ نوجوان بود (۱۱). لی، سمپل، رزا، و میلر اثربخشی برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود ۲۵ کودک ۹ تا ۱۲ ساله مورد بررسی قرار دادند. نتایج، کاهش معنادار مشکلات برون‌نمود را در این کودکان نشان داد (۱۲). بوگلز، هوگستاد، و ن‌دان، دچاتر، و رستیفو در پژوهشی، برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله مبتلا

4. Internalizing
5. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children

1. Behavior problems
2. Externalizing
3. Hyperactivity

به‌طور غیرمستقیم اثر منفی و معناداری بر نشانه‌های عاطفی کودکان، مشکلات رفتاری، فزون‌کنشی و همین‌طور اثر مستقیم و مثبتی بر رفتار اجتماعی کودکان داشته است (۱۷). بر اساس پژوهش اسماعیلیان، طهماسیان، دهقانی، و موتابی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری تنظیم هیجانی را در کودکان دارای والدین مطلقه افزایش می‌دهد و منجر به کاهش معنادار نشانه‌های اضطراب، افسردگی، و خشم و افزایش معنادار ذهن‌آگاهی و پذیرش در کودکان می‌شود (۱۸).

بنابراین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان، در زمینه بهبود توجه و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان آینده‌ای روشن و امیدوارکننده دارد. نکته حائز اهمیت این است پژوهشی که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی مشکلات رفتاری کودکان دبستانی انجام دهد، صورت نگرفته است؛ بنابراین جدید بودن موضوع پژوهش بر ضرورت آن تأکید می‌کند. در این راستا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دختر دبستانی است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع ششم ابتدایی مدارس واقع در منطقه ۲ تهران در مهرماه ۱۳۹۵ بود که از میان آنها ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به نمونه در پژوهش حاضر شامل دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال، عدم وجود مشکلات جسمانی حاد، عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی در حین شرکت در برنامه، و همچنین عدم مصرف دارو و وجود نشانه‌های مشکلات رفتاری بر اساس

به اختلال‌های برون‌نمود (فزون‌کنشی، اختلال رفتار هنجاری، نافرمانی مقابله‌ای^۱) و اختلال‌های طیف اتیسم و والدین‌شان در قالب گروه‌های همزمان اجرا کردند. نتایج، بهبود معناداری را در توجه، ذهن‌آگاهی و رضایت ذهنی شرکت‌کنندگان نشان داد (۱۳). زیلوسکا و همکاران در پژوهشی با عنوان «آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی در بزرگسالان و نوجوانان فزون‌کنش»، ارتباط بین ذهن‌آگاهی و مشکلات آگاهی ۲۴ بزرگسال و ۸ نوجوان فزون‌کنش شرکت‌کننده را مورد سنجش قرار دادند. در این برنامه، بهبود در نشانه‌های فزون‌کنشی، افزایش توجه، کاهش بازداری شناختی و نیز کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در شرکت‌کنندگان مشاهده شد (۱۴).

سمپل ولی در پژوهشی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر روی تاب‌آوری هیجانی-اجتماعی کودکان مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش کاهش مشکلات توجه، کاهش مشکلات رفتاری و کاهش نشانه‌های اضطرابی را در کودکان نشان داد. همچنین ارتباطی قوی بین مشکلات توجه و مشکلات رفتاری نیز یافت شد (۱۰). سینق و همکاران در پژوهشی اثربخشی فنون مراقبه ذهن‌آگاهی را بر روی کاهش علائم فزون‌کنشی در دو کودک ۱۰ و ۱۲ ساله مبتلا مورد بررسی قرار دادند. بعد از اتمام جلسات، از شکایت والدین در خصوص رفتارهای سازش‌نایافته کودکان مبتلا کاسته شده بود (۱۵). پری-پاریش، کاپلند-لیندر، وب، شیلدز و سیبینگا در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فنون ذهن‌آگاهی گروهی از درمان‌های مکمل را که برای نوجوانان با طیف وسیعی از علائم رفتاری، عاطفی و جسمی مفیدند، عرضه می‌کند، به‌طوری‌که دستورالعمل‌های ذهن‌آگاهی رابطه فرد با تجاربش را به شیوه‌ای مثبت تغییر می‌دهد (۱۶). سیو، ما، و چویی، در پژوهشی رابطه بین ذهن‌آگاهی، رابطه کودک-والد، و رفتار اجتماعی کودک را در نمونه‌ای چینی بررسی کردند. تحلیل‌ها نشان داد که ذهن‌آگاهی اثر معنادار و مثبتی بر رابطه کودک-والد داشته است. همچنین ذهن‌آگاهی

1. Oppositional defiant

پژوهش حاضر آلفا کرونباخ، $0/71$ به دست آمده است که نشان‌دهنده اعتبار خوب این پرسشنامه است.

۲. فهرست تجدیدنظرشده مشکلات رفتاری^۲: این پرسشنامه توسط کوای و پترسون در سال ۱۹۸۷، برای درجه‌بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان سنین ۵ الی ۱۸ سال تهیه شده است. این پرسشنامه توسط والدین یا معلمانی که با افراد ۵ تا ۱۸ سال آشنایی دارند تکمیل می‌شود. فهرست کوای و پترسون دارای چهار خرده‌آزمون اختلال رفتار هنجاری (۳۸ گویه)، پرخاشگری اجتماعی (۹ گویه)، مشکلات توجه و ناپختگی (۳۳ گویه) و اضطراب و گوشه‌گیری (۸ گویه) بوده و روی هم‌رفته دربرگیرنده ۸۸ گویه است. برای نمره‌گذاری فهرست تجدیدنظرشده مشکلات رفتاری از سه درجه‌بندی صفر، یک و دو استفاده می‌شود. حداکثر نمره کسب‌شده برای هر خرده‌آزمون دو برابر شماره گویه‌ها در آن خرده‌آزمون است، درحالی‌که حداقل نمره کسب‌شده برای هر خرده‌آزمون آشکارا صفر است. روایی سازه این فهرست در ایران توسط شهیم، یوسفی، قنبری، و مزیدی با استفاده از روش تحلیل عاملی بررسی شده است. روایی فهرست به روش همبستگی گویه‌ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمرات فهرست با نمرات پرسشنامه رفتار کودک راتر، $0/88$ به دست آمد. برای سنجش اعتبار این فهرست از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که $0/81$ به دست آمد (۲۱).

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۳ ماه بر اساس آموزش‌های سمپل و لی (۲۰۱۱)، تنظیم و اجرا شد. هدف اصلی این برنامه افزایش توجه ذهن‌آگاهانه، افزایش آگاهی از زمان حال و نیز افزایش آگاهی از افکار، هیجان‌ها و حواس بدنی در کودکان و پذیرش آنها است (۲۲).

آزمون مورد نظر بودند. معیار خروج هم‌غیبت بیش از ۴ جلسه در فرایند درمان بود. قبل از مداخله هر دو گروه پرسشنامه سنجش و پذیرش ذهن‌آگاهی کودکان را تکمیل کرده و همچنین معلم فهرست مشکلات رفتاری کوای و پترسون را برای هر یک از کودکان تکمیل کرد. سپس آزمودنی‌ها بر حسب نمراتی که در این پرسشنامه‌ها به دست آوردند (نمرات بیشتر از یک انحراف معیار بالای میانگین) در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) جایدهی شدند. جلسه مداخله بر روی گروه آزمایش صورت گرفت و در نهایت پس از آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد.

ب) ابزار

۱. ابزار سنجش ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان^۱: این مقیاس توسط گرکو، بائر، و اسمیت در سال ۲۰۱۱ ساخته شد (۱۹) و دارای ۱۰ گویه است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، از هرگز در مورد من درست نیست (۰) تا همیشه در مورد من درست است (۴) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. کمترین نمره در پرسشنامه (۰) و بیشترین نمره (۴۰) است. گرفتن نمره بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی است. نمرات این پرسشنامه دارای همبستگی مثبت با مقیاس‌های کیفیت زندگی^۲، توانایی علمی^۳ و مهارت‌های اجتماعی و دارای همبستگی منفی با شکایات جسمانی^۴ و نشانه‌های درون‌نمود و مشکلات رفتاری برون‌نمود هستند. پرسشنامه سنجش ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان می‌تواند ابزار اندازه‌گیری مناسبی برای مهارت‌های ذهن‌آگاهی کودکان مدرسه‌ای و بزرگسالان باشد (۲۰). پژوهش‌ها حاکی از روایی همزمان مناسب این مقیاس است. برای ذهن‌آگاهی کودکان آلفا کرونباخ $0/87$ گزارش شده است که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این پرسشنامه است. روایی واگرایی این پرسشنامه با خرده‌مقیاس مشکلات توجه فهرست رفتاری کودک آخنباخ و رسکلا (۲۰۰۱)، $0/59$ گزارش شده است (۱۸). همچنین در

3. Academic competence
4. Somatic complaints
5. Revised behavior problem checklist

1. Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)
2. Quality of life

جدول ۱: برنامه آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان

جلسات	عنوان جلسات	اهداف و محتوای جلسات
۱	حضور در هواپیمای خودکار	مفهوم ذهن‌آگاهی و تفاوت توجه آگاهانه از توجه عادی، و نیز آگاهی از اینکه بسیاری از ما بر روی هواپیمای اتوماتیک زندگی می‌کنیم به کودکان آموزش داده می‌شود. آنها به کمک تمرین‌هایی مانند کشف آگاهی در فنجان با فواید این روش بیشتر آشنا می‌شوند.
۲	ذهن‌آگاه بودن ساده است، اما آسان نیست!	معرفی ذهن‌آگاهی تنفس، ذهن‌آگاهی حواس و نیز ذهن‌آگاهی حرکت‌های بدن به کودکان. آنها در این جلسه با انجام تمرین‌هایی مانند مراقبه و ذهن‌آگاهی حرکت‌های بدنی، با مفهوم و فواید ذهن‌آگاهی بیشتر آشنا می‌شوند.
۳	من کیستم؟	کودکان با انجام تمرین‌هایی مانند ذهن‌آگاهی بدن، با افکار، احساس‌ها و حواس بدنی خود بیشتر آشنا شده، تفاوت بین آنها را بهتر درک می‌کنند و از تأثیرات این سه مؤلفه بر تجارب زندگی‌شان آگاه‌تر می‌شوند.
۴	چشیدن ذهن‌آگاه	کودکان با انجام تمرین‌هایی مانند کشف یک میوه، چشیدن و حرکت‌های بدنی ذهن‌آگاهانه، با افکار، احساسات و حواس بدنی و تفاوتشان با واقعیت آشنایی بیشتری پیدا می‌کنند.
۵	موسیقی برای گوش‌های ما	در این جلسه کودکان با انجام تمرین‌هایی مانند ذهن‌آگاهی شنیدن و نیز ذهن‌آگاهی بدن، از حس شنوایی خود، آگاهی بیشتری پیدا کرده و افکار، احساسات و حواس بدنی برانگیخته شده ناشی از آنها را می‌شناسند و تفاوت آنها را با واقعیت، بهتر تشخیص می‌دهند.
۶	تولید و بیان صداها	کودکان با انجام تمرین‌هایی مانند ابراز و بیان آگاهانه هیجان‌ها آشنایی بهتری پیدا کرده و در می‌یابند که افکار، بر احساس‌ها و حواس بدنی اثر می‌گذارند و از آنها تأثیر می‌پذیرند.
۷	تمرین نگاه کردن معمولی را درک کرده و یاد می‌گیرند که بین قضاوت کردن و توصیف کردن تمایز قائل شوند و به شیوه دیگری به رویدادها بنگرند.	کودکان در این جلسه با انجام تمرین‌هایی مانند دیدن آگاهانه و حرکت‌های بدنی ذهن‌آگاه، تفاوت بین دیدن آگاهانه و دیدن معمولی را درک کرده و یاد می‌گیرند که بین قضاوت کردن و توصیف کردن تمایز قائل شوند و به شیوه دیگری به رویدادها بنگرند.
۸	قدرتمند کردن ماهیچه‌های توجه	کودکان از طریق تمرین‌هایی، با دیدن خطاهای بینایی و نیز تمرین حرکت‌های ذهن‌آگاه، ماهیچه‌های توجه را تقویت کرده و ذهن‌آگاهی را بیشتر پرورش می‌دهند.
۹	لمس جهان با ذهن‌آگاهی	کودکان با انجام تمرین‌هایی با لمس ذهن‌آگاه آشنا شده و با استفاده از حس لامسه، به درک آگاهانه جهان می‌پردازند.
۱۰	بینی چه چیزهایی می‌شناسد؟	کودکان با انجام تمرین‌هایی مانند قضاوت کردن در مورد بوهای بد و حرکت‌های بدنی ذهن‌آگاه، علاوه بر رشد ذهن‌آگاهی، از قضاوت‌های خود در مورد حس بویایی آگاه شده و حق انتخاب برای پاسخ‌گویی به تجارب را می‌آموزند.
۱۱	زندگی تکرار نیست	در این جلسه هدف یکپارچه کردن ذهن‌آگاهی حواس مختلف است. کودکان یاد می‌گیرند که افکار و احساس‌های ما واقعیت ندارند و فقط فکر و احساس هستند.
۱۲	زندگی با ذهن‌آگاهی، مهربانی و آگاهی	در این جلسه کودکان به ارزیابی برنامه می‌پردازند و ترغیب می‌شوند که ذهن‌آگاهی را در زندگی روزمره به کار ببرند.

خود را اعلام کردند. سپس افراد نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. قبل از انجام مداخلات آموزشی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گواه پرسشنامه سنجش و پذیرش ذهن‌آگاهی کودکان را به صورت گروهی تکمیل

(د) روش اجرا: پس از هماهنگی‌های لازم جهت اجرای پژوهش با مدیریت مدرسه‌ای که حاضر به همکاری بود، کلاسی برای برگزاری جلسات آموزش انتخاب شد. سپس حجم نمونه انتخاب و والدین آنها رضایت کتبی و آگاهانه

گواه اطمینان داده شد که آنها نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. مقادیر P بزرگ‌تر از $0/05$ نشانگر نرمال بودن متغیرها است.

کردند و همچنین معلمی که در مقطع قبلی نیز معلم آنها بود و در نتیجه به خصوصیات و ویژگی‌های کودکان آشنایی بیشتری داشت پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان را برای هر دو گروه تکمیل کرد. پژوهشگر که دوره مربوطه را تحت نظارت مربی ذهن‌آگاهی گذراند، برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته، یک جلسه در هفته به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش آموزش داد. شرکت‌کنندگان گروه گواه آموزشی دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. دانش‌آموزان به همین ترتیب پس از پایان مداخله نیز مورد آزمون قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت اولیاء و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش و آزمون کالموگروف-اسمیرنوف به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	K-SZ	sig
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۹۰	۴/۱۰	۰/۱۴	۰/۲۰
		گواه	۱۵/۴۰	۳/۶۵	۰/۱۶	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۱/۶۰	۲/۵۹	۰/۱۳	۰/۲۰
		گواه	۱۳/۹۰	۳/۸۱	۰/۲۱	۰/۲۰
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۲/۵۰	۲/۶۷	۰/۲۲	۰/۱۵
		گواه	۵۲/۷۰	۲/۸۳	۰/۲۳	۰/۰۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۳۰	۲/۳۵	۰/۲۳	۰/۰۷
		گواه	۵۲/۸۰	۲/۷۸	۰/۲۴	۰/۰۶
اختلال رفتار هنجاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۸/۳۰	۴/۴۲	۰/۲۲	۰/۱۰
		گواه	۴۸/۵۰	۴/۳۵	۰/۲۳	۰/۱۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۳/۲۰	۳/۱۱	۰/۲۵	۰/۰۷
		گواه	۴۸/۸۰	۴/۱۵	۰/۲۱	۰/۲۰
مشکلات توجه و ناپختگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۵/۷۰	۶/۱۶	۰/۱۲	۰/۲۰
		گواه	۵۵/۵۰	۷/۵۹	۰/۱۷	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۸۰	۴/۸۴	۰/۱۴	۰/۲۰
		گواه	۵۵/۵۰	۷/۰۱	۰/۲۳	۰/۱۰
اضطراب و گوشه‌گیری	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۸/۴۰	۹/۵۱	۰/۲۱	۰/۲۰
		گواه	۵۹/۷۰	۷/۲۲	۰/۲۲	۰/۱۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۵۰	۶/۰۰	۰/۱۷	۰/۲۰
		گواه	۵۹/۷۰	۷/۲۲	۰/۲۲	۰/۱۶

تک‌متغیره استفاده شد. برای این کار مفروضه‌های استفاده از این روش بررسی گردید. همگنی شیب خط رگرسیون نشان

برای بررسی تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات رفتاری از تحلیل کوواریانس

قرار گرفت ($P > 0/05$). بنابراین با توجه به همگنی شیب رگرسیون و همین‌طور یکسانی واریانس متغیر وابسته شرایط آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برقرار است.

داد تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($F=1/31$ ، $P=0/026$). از این‌رو می‌توان گفت داده‌ها از شیب رگرسیون حمایت می‌کند. به منظور بررسی یکسانی واریانس‌های متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شد و این فرض نیز مورد تأیید

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه میانگین پس‌آزمون مشکلات رفتاری در دو گروه

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱	۱۰۵/۲۴	۱۲۳/۷۴	۰/۰۰	۸۷/۰
گروه	۱	۲۶۷/۸۶	۳۱۴/۹۳	۰/۰۰	۰/۹۴
خطا	۱۷	۱۴/۴۵	۰/۵۸		

معنی‌داری $P=0/00$ نشان می‌دهد پیش‌آزمون نیز تفاوت معنی‌داری با نمرات پس‌آزمون دارد. این نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه با توجه به نوع آموزش در میزان کاهش مشکلات رفتاری تفاوت وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آماره f مشکلات رفتاری در پس‌آزمون $314/93$ است که در سطح $P=0/001$ معنی‌دار است. اندازه اثر ($0/94$) نشان می‌دهد که میزان تفاوت در میان دو گروه در جامعه بسیار بالاست. آماره f پیش‌آزمون مشکلات رفتاری نیز برابر است با $123/74$ با سطح

جدول ۴: میانگین‌های برآورد شده نهایی مشکلات رفتاری

گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
آزمایش	۴۵/۳۸	۷/۳۲	۰/۴۱	۰/۰۰
گواه	۵۲/۷۱			

با توجه به جدول ۴ میانگین مشکلات رفتاری در گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است؛ بنابراین می‌توان گفت شناخت‌درمانی در کاهش مشکلات رفتاری در گروه آزمایش مؤثر بوده است. همچنین برای تعیین اثر شناخت‌درمانی بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این کار مفروضه‌های استفاده از این آزمون بررسی و تأیید شد. همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($F=2/24$ ،

$P=0/15$) در نتیجه داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کنند. آماره ام‌باکس ($M=4/65$ ؛ $sig=0/96$) نشان می‌دهد این میزان با توجه به سطح معنی‌داری به‌دست آمده؛ مطلوب است و همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون‌های دو بارتلت نیز برای بررسی کرویت (معنی‌داری رابطه بین خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری) $23/75$ با سطح معنی‌داری $0/001$ است که نشان می‌دهد بین خرده‌مقیاس‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

فصلنامه سلامت روان کودکان، دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۶

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت سنجش اثر مدل آموزشی بر متغیر وابسته

آماره	نسبت F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه اثر
۰/۹۷	۹۵/۴۹	۱۱	۴	۰/۰۰	آزمون پیلای
۰/۰۲	۹۵/۴۹	۱۱	۴	۰/۰۰	لامبدای ویلکز
۳۴/۷۲	۹۵/۴۹	۱۱	۴	۰/۰۰	اثر هتلینگ
۳۴/۷۲	۹۵/۴۹	۱۱	۴	۰/۰۰	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی

بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از خرده-مقیاس‌های مشکلات رفتاری تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد.

نتایج به‌دست آمده از این آزمون نشان می‌دهد، آماره F تحلیل کوواریانس چندمتغیره سطوح معنی‌داری در هر چهار آزمون کمتر از $\alpha=0/01$ است ($Wils' \lambda=0/02$)
 $(F_{11,4}=95/49, P<0/001)$ بنابراین می‌توان گفت که

جدول ۶: تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت سنجش تأثیر متغیر آزمایشی بر کاهش علائم خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری

متغیر	مجموع مجذورات گروه	مجموع مجذورات خطا	میانگین مجذورات گروه	میانگین مجذورات خطا	F	P	اندازه اثر
ذهن آگاهی	۳۵۲/۳۱	۶۱۱/۶۶	۳۵۲/۳۱	۴/۴۰	۷۹/۹۸	۰/۰۰	۰/۸۵
اختلال رفتار هنجاری	۱۳۱/۱۳	۲۵/۷۷	۱۳۱/۱۳	۱/۸۴	۷۶/۱۷	۰/۰۰	۰/۸۴
مشکلات توجه و ناپختگی	۲۹۱/۳۵	۲۴/۱۱	۲۹۱/۳۵	۱/۷۲	۱۶۰/۷۲	۰/۰۰	۰/۹۲
اضطراب و گوشه‌گیری	۶۵۵/۴۹	۱۳۵/۳۸	۶۵۵/۴۹	۹/۶۷	۶۶/۰۰	۰/۰۰	۰/۸۲

میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون بیشتر است در جدول ۷ میانگین‌های تصحیح‌شده گزارش شده است.

با توجه به جدول ۶، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری را با احتمال $P=0/95$ و میزان خطای $\alpha=0/01$ کاهش می‌دهد. برای بررسی اینکه

جدول ۷: میانگین‌های برآوردشده نهایی خرده‌مقیاس‌های روابط بین‌فردی

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
ذهن آگاهی	آزمایش	۲۱/۷۳	۸/۳۸	۱/۱۵	۰/۰۰
	گواه	۱۳/۳۵			
اختلال رفتار هنجاری	آزمایش	۴۲/۸۶	۵/۹۲	۱/۶۶	۰/۰۰۳
	گواه	۴۸/۷۸			
مشکلات توجه و ناپختگی	آزمایش	۴۸/۱۸	۶/۶۷	۲/۵۴	۰/۰۱
	گواه	۵۴/۸۶			
اضطراب و گوشه‌گیری	آزمایش	۴۸/۰۵	۱۱/۳۴	۲/۹۹	۰/۰۰۲
	گواه	۵۹/۳۹			

بررسی کنند و بهترین راه‌حل را انتخاب کرده و با حل مسئله مؤثر به گونه‌ای مناسب واکنش نشان دهند. بدین ترتیب می‌توانند هیجان‌های خود را بهتر مهار کنند و در نتیجه مشکلات رفتاری آنها کاهش می‌یابد.

همچنین نتایج تحلیل داده‌ها در ارتباط با خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری نشان داد آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری هنجاری کودکان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۱۲-۱۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان در برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که با تغییر توجه خود از موقعیت‌های برانگیزاننده به یک موقعیت خنثی، رفتارهای پرخاشگرانه خود را کاهش دهند و به این ترتیب احتمالاً راهبردهای مقابله‌ای سازش‌یافته‌تری را جهت مقابله با این موقعیت‌ها پرورش دهند. علاوه بر این کودکان با مشاهده یاد گرفتند که دوره‌های انفجاری خشم را که اغلب منجر به پرخاشگری می‌شود تشخیص دهند (۲۴). تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی توانایی کودکان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد.

از دیگر مؤلفه‌های مشکلات رفتاری، مشکلات توجه و ناپختگی است. با توجه به نتایج به‌دست آمده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش این مؤلفه مؤثر است. همسو با تأیید این نتیجه می‌توان به پژوهش‌های (۱۰ و ۱۲) اشاره کرد که به‌طور کلی نشان می‌دهند تمرین ذهن‌آگاهی تمرکز حواس و توجه را افزایش می‌دهد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با اثراتی که بر هوشیاری لحظه به لحظه فرد می‌گذارد به بهبود توجه او نیز کمک می‌کند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی افراد را آگاه‌تر می‌کند و به آنها کمک می‌کند که به افکار، احساس‌ها و حواس بدنی خود دقیق‌تر شوند و آنها را از یکدیگر تمیز دهند، آنها را بپذیرند و با آنها دوست شوند.

همچنین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشانه‌های اضطراب و گوشه‌گیری را در کودکان کاهش می‌دهد. همسو

با توجه به جدول ۷ می‌توان گفت روش درمان شناختی باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی در گروه آزمایش شده است و همچنین در سه خرده‌مقیاس اختلال رفتار هنجاری، ناپختگی و اضطراب و گوشه‌گیری باعث کاهش نشانه‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دختر دارای نشانه‌های مشکلات رفتاری دارد. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نشانه‌های مشکلات رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در میزان نشانه‌های مشکلات رفتاری و همچنین خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری از جمله اختلال رفتاری هنجاری، مشکلات توجه و ناپختگی، اضطراب و گوشه‌گیری و ذهن‌آگاهی و پذیرش دانش‌آموزان گروه آزمایش شده بود. پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی مبنی بر اینکه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود، همسو است (۱۳-۱۰ و ۲۳). در تبیین نتیجه این فرضیه می‌توان گفت تمرین‌های ذهن‌آگاهی به کودکان می‌آموزد که در زمان حال زندگی کنند و به افکار، احساسات و حواس بدنی خود توجه کنند و همچنین با خود مهربان باشند و قضاوت نکنند. همچنین به آنها کمک می‌کند از تفکر مبتنی بر گذشته که ویژگی خلق‌افسرده است و تفکر مبتنی بر آینده که ویژگی اضطراب است دست‌بردارند، مهارت‌های حل مسئله را در خود پرورش دهند و راهبردهای مقابله‌ای کارآمدی را در مواجهه با رویدادها به کار برند؛ به این صورت کودکان می‌آموزند فقط به مشاهده رویدادها پرداخته و از واکنش خودکار و عادت‌یافته به رویدادها دست‌بردارند و همچنین از جنبه‌های گوناگون به اکتشاف یک رویداد، موقعیت و یا شیء پردازند و تمام جنبه‌های آن را

فقط کودکان ۱۱-۱۲ سال تشکیل داده‌اند که در صورت تغییر نمونه پژوهش، امکان تغییر نتایج وجود دارد. به علاوه تمام نمونه‌های این پژوهش را کودکان دختر دارای نشانه‌های مشکلات رفتاری تشکیل می‌دادند و ممکن است استفاده از کودکان پسر نتایج کاملاً متفاوتی را در برداشته باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود این طرح پژوهشی در حجم نمونه بزرگ‌تر و دامنه سنی مختلف و در هر دو جنس انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود.

در این مطالعه به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی اثر طولانی‌مدت مداخله بر متغیرهای وابسته وجود نداشت بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های گروهی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان در مدارس برای دانش‌آموزان برگزار گردد و همچنین پژوهشگران در آینده دوره پیگیری را در پژوهش‌های خود لحاظ کنند. نتایج پژوهش حاضر با در نظر گرفتن محدودیت‌های گفته‌شده قابل تعمیم‌دهی و کاربست در موقعیت‌های مختلف است.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مورینا ولی‌پور از دانشگاه الزهرا (س) با کد ۲۳۴۲۸۵۹ با راهنمایی دکتر سیمین حسینیان و مشاورت دکتر مه‌سیما پورشهریاری است. بدین وسیله از تمامی افراد حاضر در پژوهش، مسئولین مدرسه، دانش‌آموزان و تمامی افرادی که در فرایند انجام پژوهش حاضر همکاری کاملی داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

با تأیید این نتیجه می‌توان به پژوهش‌های (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۵ و ۲۶) اشاره کرد که به‌طور کلی نشان می‌دهند کودکان با استفاده از این تمرین‌ها به تدریج یاد می‌گیرند که با تشخیص فیلترهای شناختی و سوگیری‌های توجهی، توانایی خود را برای پاسخ‌دهی آگاهانه به رویدادها با وضوح و بینش بیشتر، افزایش دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کودکان معتقد است که کودکان با آگاهی بیشتر و پذیرش بهتر افکار، احساس‌ها و حواس بدنی می‌توانند اضطرابشان را کاهش دهند. تمرین توجه آگاهانه عبارت است از توجه به مشاهده هر آنچه که در حال حاضر موجود است، بنابراین اگر کودکان به رویدادهایی که در زمان حال اتفاق می‌افتند توجه کنند به احتمال کمتری درگیر افکار اضطرابی مرتبط با رویدادها و اتفاق‌های آینده خواهند شد.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند توانایی ذهن آگاهی کودکان را نیز افزایش داده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۲۹-۲۷) همسو است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دربرگیرنده تمرین‌های مختلفی برای پرورش ذهن آگاهی است که از آن جمله می‌توان به ذهن آگاهی کشمش، گوش دادن به صدای سکوت، توجه ذهن آگاه، حرکت‌های بدنی، و تنفس ذهن آگاهانه اشاره کرد؛ بنابراین یادگیری و تکرار این تمرین‌ها در فواصل بین جلسات درمان، ذهن آگاهی را در کودکان افزایش داده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است از جمله تعداد محدود آزمودنی‌ها به علت مشکلات در شناسایی و انتخاب آنهاست که می‌تواند موجب کاهش توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها شود و دیگر آن که نمونه‌های پژوهش را

References

1. Satoorian SA, Haratian AA, Tahmassian K, Ahmadi MR. The internalizing and externalizing behavioral problems in children: Birth order and age spacing. *Developmental Psychology: Journal of Iranian psychologists*. 2016; 12(46): 173-186. [Persian].
2. Galle Girian S, Deireh E. Comparison of the effect of metacognitive therapy and attachment based therapy on externalizing problems in aggressive children. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(1): 24-34. [Persian].
3. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and per-schoolers at risk for later maladjustment. *Dev Psychopathol*. 2000; 12: 467-488.
4. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research center of children. 2001, pp 43.
5. McClintock SM. Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children. [Master's thesis]. [Texas, Dallas]: University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas; 2005, pp 13-22.
6. Liu J. Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004; 17(3): 93-103.
7. Dadsetan P, Bayat M, Asgari A. Effectiveness of child-centered therapy on children's externalizing problems reduction. *Journal of behavioral sciences*. 2009; 3(4): 257-264. [Persian].
8. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005; 18(2): 45-52.
9. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol*. 2004; 11(3): 255-262.
10. Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *J Child Fam Stud*. 2010; 19(2): 218-229.
11. Singh J. Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *J Emot Behav Disord*. 2007; 15(1): 56-63.
12. Lee J, Semple RJ, Rosa D, Miller L. Mindfulness-based cognitive therapy for children: results of a pilot study. *J Cogn Psychother*. 2008; 22: 15-28.
13. Bögels S, Hoogstad B, van Dun L, De Schutter S, Restifo K. Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behav Cogn Psychother*. 2008; 36(02): 193-209.
14. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD a feasibility study. *J Atten Disord*. 2008; 11(6): 737-746.
15. Singh NN, Singh AN, Lancioni GE, Singh J, Winton AS, Adkins AD. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *J Child Fam Stud*. 2010; 19(2): 157-166.
16. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Shields AH, Sibinga EM. Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolesc Health Med Ther*. 2016; 7: 101-108.
17. Siu AF, Ma Y, Chui FW. Maternal mindfulness and child social behavior: The mediating role of the mother-child relationship. *Mindfulness*. 2016; 7(3): 577-583.
18. Esmailian N, Tahmassian K, Dehghani M, Mootabi F. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT-C) on emotional resiliency and emotion Regulation, attention, and acceptance in children of divorce. *Journal of Achievements of Clinical Psychology*. 2015; 1(2): 45-66. [Persian].
19. Greco LA, Baer RA, Smith GT. Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychol Assess*. 2011; 23(3): 606-614.

20. De Bruin EI, Zijlstra BJ, Bögels SM. The meaning of mindfulness in children and adolescents: further validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM) in two independent samples from The Netherlands. *Mindfulness*. 2014; 5(4): 422-430.
21. Shahim S, Ghanbari M. Revised Behavior Problem Checklist (Quay & Peterson). Shiraz: Navid Shiraz; 2014, p: 31. [Persian].
22. Semple R. J. Lee J. Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety. New York: New harbinger publications, inc; 2011, pp: 10-79.
23. Semple R. J. Reid E. F. Miller L. Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. 2005;19(4): 379-392.
24. Singh NN, Lancioni GE, Manikam R, Winton AS, Singh AN, Singh J et al. A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Res Autism Spectr Disord*. 2011; 5(3): 1153-1158.
25. Costello E, Lawler M. An exploratory study of the effects of mindfulness on perceived levels of stress among school-children from lower socioeconomic backgrounds. *Int J Emot Educ*. 2014; 6(2): 21-39.
26. Golpour Chamar kofi R, Mohamm Adamini Z. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. *Journal of school psychology*. 2012; 1(3): 82-100. [Persian].
27. Bishop SR, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin psychol*. 2004; 11(3): 230-241.
28. Jha AP, Krompinger J, Baime MJ. Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2007; 7(2): 109-119.
29. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(6): 966-978.

The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Children's Behavioral Problems

Morina Valipour^{*1}, Simin Hosseinian², Mahsima Pourshahriari³

1. M.A. in Consulting, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran

Received: July 12, 2017

Accepted: October 27, 2017

Abstract

Background and Purpose: Children's behavioral problems can lead to frequent problems in school and not only endanger the education of children, but also cause social problems and reducing their attention and self-esteem. The purpose of the research was to the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on children's behavioral problems.

Method: The research method was semi-experimental with pre-test-posttest design with control group. The statistical population consisted of all sixth grade students in the 2nd district of Tehran in the academic year of 1395-1396, among them 20 students were selected using purposeful sampling method and placed in the experimental and control groups. The research tools were *child and adolescent mindfulness measure* (Greco and Baer, 2011) and *behavior problems checklist* (Quay-Peterson, 1987). Before intervention both groups were evaluated. Cognitive therapy based on mindfulness was trained in 12 sessions of 90 minutes to the experimental group. Covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The findings showed that the students in the experimental group had significantly lower behavioral problems (symptoms of conduct disorder, attention problems and immaturity, anxiety and withdrawal symptoms) in the post-test stage. Also, there was a significant increase in mindfulness and acceptance of children participating in the program ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of this study, cognitive therapy based on mindfulness for children can be used to reduce behavioral problems and increase their mental awareness.

Keywords: Mindfulness, cognitive therapy, behavioral problems, child

Citation: Valipour M, Hosseinian S, Pourshahriari M. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on children's behavioral problems. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 34-45.

***Corresponding author:** Morina Valipour, M.A. in Consulting, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.

Email: Moriina.valipour@gmail.com

Tel: (+98) 021-33512081