

Evaluating the Effectiveness of Mindfulness-Based Family-Oriented Game Programs on the Anxiety of Students with Behavioral Disorders

Khazaeili Z¹, *Kashani-Vahid L², Vakili S², Afrooz GH³

Author Address

1. PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Distinguished Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: l.kashani@srbiau.ac.ir

Received: 2022 August 27; Accepted: 2022 September 30

Abstract

Background & Objectives: The most essential part of a person's life is childhood, which is spent in the family. The presence of conflicts, family violence, poverty, and addiction in the family leads to a decrease in mental health and an increase in behavioral disorders in children. As a result, fear and anxiety develop in children. Since emotional and behavioral problems often do not decrease naturally, increasing attention has been paid to the prevention and treatment of childhood problems and disorders. One of the newest and, at the same time, the most effective form of intervention is mindfulness for children. This intervention involves being actively present at the moment or being mindful, which is the opposite of inattention or a state of automatic guidance. Active presence in the moment is defined as a state of aroused attention and awareness of what is happening in the current moment. The results of numerous research studies show that mindfulness is effective and very promising in reducing students' anxiety. The studies have also demonstrated that family-oriented interventions improve people's levels of wellbeing and mental health. Also, the emotional relationship between parent and child is effective in the process of play. During play with their children, parents can be more effective for their children than therapists. Parents trained in this field are good substitutes as therapists for their children, and by teaching in the form of games, they reach a favorable understanding and acceptance in connection with the child's behavior. However, a family-oriented game program based on mindfulness has not been designed for 8–12 years old students with behavioral disorders to check its effectiveness on their anxiety. Therefore, the novelty of the research topic emphasizes its necessity. In this regard, the present study investigated the efficacy of the family-oriented game program based on mindfulness on the anxiety of students with behavioral disorders in Tehran City, Iran.

Methods: This quasi-experimental research employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all volunteer students with behavioral disorders aged 8 to 12 years living in Tehran in the 2019–1400 academic year. Of whom, 30 students (17 girls and 13 boys) were selected using the available sampling method. They were chosen with their families and randomly allocated to the experimental and control groups. The inclusion criteria were as follows: lacking acute or chronic physical diseases, not participating in concurrent treatment programs, and not receiving personal consultation or medication therapy. The exclusion criteria were as follows: absence of more than two sessions in the intervention and dissatisfaction with continuing the study. The research was done in two stages. First, the program of family-centered games based on mindfulness was compiled based on theoretical literature and research backgrounds, and its content validity was evaluated and confirmed by experts. Then, the experimental group participants received 10 sessions of the prepared program. Data was collected using The Children's Behavioral Checklist (Achenbach, 1979) and Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998). The obtained data were analyzed using the statistical covariance analysis method at a significance level 0.05 using SPSS software version 18.

Results: The results showed that after removing the effect of the pretest, the mean scores of the anxiety subscales including panic and fear of open spaces ($p < 0.001$), separation anxiety ($p < 0.001$), fear of physical harm ($p < 0.001$), social fear ($p < 0.001$), practical obsession ($p < 0.001$), public anxiety ($p < 0.002$), and general anxiety ($p < 0.001$) were significantly different between the experimental and control groups in the posttest.

Conclusion: Implementing mindfulness-based family-oriented game programs is effective in reducing the anxiety of children with behavioral disorders.

Keywords: Behavioral disorder, Family-oriented games, Anxiety, Mindfulness.

بررسی اثربخشی برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

زهرا خزائیلی^۱، *لیلا کاشانی وحید^۲، سمیرا وکیلی^۲، غلامعلی افروز^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استاد ممتاز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: l.kashani@srbiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ شهریور ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۸ مهر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلات اساسی کودکان با اختلال رفتاری، اضطراب است که با علائم رفتاری در این کودکان ارتباط مستقیم دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس، سی دانش‌آموز داوطلب واجد شرایط به همراه خانواده وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پژوهش در دو مرحله انجام پذیرفت: اول برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس ادبیات نظری و پیشینه‌های پژوهشی تدوین شد و روایی محتوایی آن توسط متخصصان به تأیید رسید. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ده جلسه برنامه تدوین شده را دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فهرست رفتاری کودکان (آخنباخ و ادلبراک، ۱۹۷۹) و پرسش‌نامه اضطراب اسپنس-نسخه کودک (اسپنس، ۱۹۹۸)، استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های اضطراب شامل هراس و ترس از فضای باز ($p < ۰/۰۰۱$)، اضطراب جدایی ($p < ۰/۰۰۱$)، ترس از آسیب فیزیکی ($p < ۰/۰۰۱$)، ترس اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$)، وسواس فکری عملی ($p < ۰/۰۰۱$)، اضطراب عمومی ($p = ۰/۰۰۲$) و اضطراب کلی ($p < ۰/۰۰۱$)، در پس‌آزمون اختلاف آماری معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه دارد.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اضطراب کودکان با اختلال رفتاری اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: اختلال رفتاری، بازی‌های خانواده‌محور، اضطراب، ذهن‌آگاهی.

با این روش دانش‌آموزان می‌آموزند با آگاهی و هشیارشدن درباره افکار منفی خویش، آن‌ها را به‌صورت غیرقضاوتی پذیرا باشند و همراه با آرامش بیان کنند که این روش اضطراب و مشکلات خلقی را کاهش می‌دهد (۹). شویاچی در پژوهشی نتیجه گرفت، آموزش ذهن‌آگاهی به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۱۰). تیزدیل و همکاران رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در جهت بهبود اختلال اضطراب مؤثر دانستند (۱۱). راموس و همکاران در بررسی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای دانش‌آموزان ۹ تا ۱۳ ساله دریافتند، ذهن‌آگاهی منجر به افزایش توجه و کاهش اضطراب در دانش‌آموزان شده است (۱۲). در این راستا اکبریان و همکاران نشان دادند، درمان ذهن‌آگاهی کودک‌محور، کودکان مبتلا به سرطان را از هم‌درآمیختگی با افکار همراه با اضطراب جدا می‌کند و در نتیجه آن‌ها با نظاره‌گری‌بودن به این افکار می‌توانند اضطراب خود را کنترل کنند (۱۳). علی‌اکبری و اصل‌ذاکر براساس نتایج مثبت دیگر در این زمینه، به این نتیجه رسیدند که باید از دوره‌های فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پیشگیری و کاهش اختلال رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی استفاده شود (۱۴). دینگ و همکاران دریافتند، ممکن است بسیاری از دانش‌آموزان در سنین نوجوانی الگوی ناشی از اختلالات را به‌وضوح نشان ندهند؛ اما مطالعات همه‌گیرشناختی^۸، دوران نوجوانی را سال‌های پرخطر دانسته‌اند و اختلالات درونی‌سازی‌شده مثل افسردگی و اضطراب را برای افراد مختلف عنوان کرده‌اند؛ لذا به‌کاربردن ذهن‌آگاهی و آموزش‌هایی که باعث بهبود تنظیم هیجان^۹ در سال‌های قبل از ورود به نوجوانی شود، می‌تواند سلامت روان بیشتر و اختلالات رفتاری کمتری را برای دانش‌آموزان در نوجوانی در پی داشته باشد (۱۵). می‌توان اظهار داشت، بازی عنصری مهم در درمانگری است. رابطه عاطفی میان والد-کودک در فرایند بازی امری اثرگذار محسوب می‌شود و با بازی، والدین قادر هستند درحد درمانگر شاید هم بیشتر برای فرزندانشان مؤثر باشند. والدین آموزش‌دیده در این زمینه، جانشین خوبی به‌عنوان درمانگر برای کودکان خود هستند و با آموزش در قالب بازی به درک و پذیرش مطلوب در ارتباط با رفتار کودک می‌رسند (۱۶). باتوجه به اینکه تعامل خانواده و شیوه‌های فرزندپروری^{۱۰} و نیز درگیری والدین در فرایند درمان، نتایج درمانی کودکان اضطرابی را تعدیل می‌کند و نشانه‌های اختلال رفتاری را کاهش می‌دهد، به‌نظر می‌رسد درگیری‌کردن والدین و خانواده‌محور^{۱۱} بودن مداخلات، نتایج را عمیق‌تر بهبود می‌بخشد (۱۷)؛ بنابراین نتایج پژوهش‌های متعدد گویای این امر بود که ذهن‌آگاهی در زمینه کاهش اضطراب دانش‌آموزان، اثرگذار و بسی امیدوارکننده است. همچنین در پژوهش‌های مختلف مشخص شد، مداخلات خانواده‌محور موجب ارتقای سطح بهزیستی و سلامت روان افراد می‌شود. نکته حائز اهمیت آن بود که طراحی برنامه

اختلال رفتاری^۱ به رفتاری اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل‌های روانی و رفتاری کودک از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت و تکرار و مداومت در زمان‌ها و مکان‌های مختلف است؛ به‌گونه‌ای که فرد در عملکردهای تحصیلی و رفتاری دچار درماندگی می‌شود و در مدرسه به‌طور دائم از او گله و شکایت صورت می‌گیرد (۱). اختلال رفتاری دانش‌آموزان در دو گروه اصلی رفتارهای درونی‌سازی مثل اضطراب^۲، غمگینی، کناره‌گیری اجتماعی و ترس و رفتارهای بیرونی‌سازی همچون فعالیت بیش‌ازاندازه، کنترل تکانه^۳، ضعیف، نافرمانی، خشم درقبال دیگران و قشقرق به‌پا کردن، تقسیم‌بندی می‌شود (۲). بخش مهم‌تر زندگی هر فردی دوران کودکی وی است که در خانواده می‌گذرد. وجود کشمکش، تعارض‌ها، خشونت‌های خانوادگی، فقر و اعتیاد در خانواده منجر به کاهش سلامت روان و اختلالات رفتاری کودکان می‌شود و در نتیجه ترس و اضطراب را در کودکان افزایش می‌دهد (۱). اضطراب به‌عنوان حالتی از ناراحتی، تنش و ترس شدید از خطرات احتمالی تعریف شده است. این تجربه شامل طیفی از ترس‌ها و اضطراب‌های طبیعی تا اضطراب‌های بیمارگونه است (۳). براساس پژوهشی در ایران، میزان شیوع اختلال اضطرابی کودکان و نوجوانان در پسران ۱۳/۲ درصد و در دختران ۱۵/۱ درصد اعلام شد (۴). حال باتوجه به اینکه دوران کودکی زمان مناسبی برای تشخیص و درمان مشکلات عاطفی و اجتماعی و آموزشی است و از مراحل بسیار مؤثر و مهم زندگی به‌شمار می‌رود، توجه به بهداشت روان^۴ در این مرحله بسیار حیاتی به‌نظر می‌رسد؛ چراکه شناسایی و رفع اختلالات رفتاری و مشکلات شخصیتی در سنین کمتر، کمک بسیار بزرگی در شکل‌گیری شخصیت سالم افراد در بزرگسالی است (۱). این درصورتی است که طبق تحقیقات بین ۱۵ تا ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان درگیر اختلالات رفتاری هستند (۵)؛ در نتیجه بی‌تفاوت‌بودن و رهاکردن این دانش‌آموزان بدون درمان، منجر به شکست تحصیلی، روابط اجتماعی ضعیف و حرمت نفس پایین^۵ و در نهایت دوری از اجتماع و پیچیده‌ترشدن فرایند درمان می‌شود (۶). از آنجا که مشکلات هیجانی و رفتاری اغلب به‌طور طبیعی کاهش نمی‌یابد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی معطوف شده است (۲). از اشکال جدیدتر و درعین‌حال تأثیرگذارتر مداخله، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶ برای کودکان است (۷). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل حضور فعال^۶ در لحظه یا ذهن‌آگاه‌بودن می‌شود که مخالف کلمه بی‌توجهی یا وضعیت هدایت خودکار است. حضور فعال در لحظه به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه فعلی رخ می‌دهد، تعریف شده است (۸). این روش از طریق تمرین‌های مراقبه منظم موجب ایجاد و ارتقای هشپاری لحظه‌به‌لحظه فرد درقبال احساسات و عواطف متمرکز بر جسم^۷ خود

7. Emotions Focused on The Body

8. Epidemiology

9. Improve Emotional Regulation

10. Parenting

11. Family Oriented

1. Behavioral Disorder

2. Anxiety

3. Health Care

4. Low Self-Esteem

5. Cognitive Therapy on Mindfulness

6. Active Presence

حساسات، هشیاری در موقعیت و بازیابی اطلاعات در لحظه، عنوان می‌شود و در قالب بازی طراحی شد. سپس اجرای پایلوت روی گروه پنج‌نفره انجام گرفت و روایی محتوایی آن توسط متخصصان ارزیابی و تأیید شد. اجرای برنامه طراحی‌شده روی والدین گروه آزمایش صورت گرفت. آموزش مفاهیم و بازی‌های طراحی‌شده در مدت ده جلسه برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به شکل دو جلسه نود دقیقه‌ای در هفته برگزار شد. پانزده دقیقه اول هر جلسه، به پیگیری برنامه اجراشده توسط والدین برای دانش‌آموزان طبق آموزش جلسه قبل و نیز رفع سؤالات والدین در این زمینه اختصاص داده شد. خلاصه برنامه بازی استفاده‌شده برای گروه گواه به شرح جدول ۱ است. - فهرست رفتاری کودک (CBCL) (آخنباخ و ادلبراک، ۱۹۷۹): این پرسش‌نامه توسط آخنباخ و ادلبراک (۱۹۷۹) برای سنجش چگونگی سازگاری کودک با محیط ساخته شد که از طبقه‌بندی کودکان برپایه نشانه‌های خاص پرهیز می‌کند و به جای آن به طبقه‌بندی مجموعه‌ای از رفتارهای کودک می‌پردازد. در این پرسش‌نامه پاسخ‌دهنده اصلی، والدین کودک (۱۸ تا ۶ ساله) هستند که به کمک آن‌ها مشکلات رفتاری و سازگاری کودک گردآوری می‌شود. این آزمون ۱۱۶ پرسش (۱۱۵ پرسش بسته و یک پرسش باز) دارد. هر پرسش دارای سه گزینه خیر= صفر و بعضی از مواقع= ۱ و بلی= ۲ است. هشت خرده‌مقیاس آن عبارت است از: انزوطلبی؛ شکایات بدنی؛ اضطراب/افسردگی؛ مشکلات اجتماعی؛ مشکلات تفکر؛ مشکلات توجه؛ بزهکاری؛ رفتار پرخاشگر (به همراه پرسش‌های مربوط به مشکلات دیگر). افزون بر این، مقیاس از دو حوزه کلی درونی‌سازی مشکلات (زیرمقیاس‌های انزوطلبی و شکایات بدنی و اضطراب/افسردگی) و برون‌سازی مشکلات (زیرمقیاس‌های بزهکار و رفتار پرخاشگرانه) تشکیل شده است. آخنباخ و ادلبراک، ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس این ابزار را از ۰/۴۶ تا ۰/۹۶ گزارش کردند و روایی سازه آن ۰/۸۹ محاسبه شد (۱۹). در ایران، مینایی دامنه ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵، ضرایب پایایی بازآزمون (با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته) را از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷، ضرایب توافق بین پاسخ‌دهندگان را از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ و روایی آزمون مذکور را ۰/۹۸ گزارش کرد (۲۴). - پرسش‌نامه اضطراب اسپنس-نسخه کودک (SCAS) (اسپنس، ۱۹۹۸): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ توسط اسپنس برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸ تا ۱۵ ساله براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در استرالیا طراحی شد. پرسش‌نامه اسپنس دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. در پژوهش حاضر از نسخه کودک این پرسش‌نامه استفاده شد. نمره‌گذاری براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرتی به صورت هرگز= صفر، گاهی اوقات= ۱، اغلب= ۲ و همیشه= ۳، تنظیم شده است. این پرسش‌نامه شش مقیاس هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی، وسواس فکری عملی و اضطراب عمومی را می‌سنجد. اسپنس پایایی مقیاس را برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۰). در پژوهش موسوی و

بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی و بررسی اثربخشی آن بر اضطراب دانش‌آموزان ۱۲ تا ۸ سال با اختلال رفتاری صورت نگرفته است؛ بنابراین جدیدبودن موضوع پژوهش بر ضرورت آن تأکید داشت؛ در این راستا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در شهر تهران بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۸ ساله مبتلا به اختلال رفتاری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی واقع در منطقه پنج شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. از آنجاکه تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۱۸)، سی نفر داوطلب (هفده دختر و سیزده پسر) واجد شرایط با روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم^۱ دارای اختلال رفتاری بودند. سپس به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی؛ شرکت نکردن هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی؛ دریافت نکردن مشاوره فردی یا دارودرمانی. معیارهای خروج آزمودنی‌ها، غیبت بیش از دو جلسه و رضایت‌نداشتن از ادامه شرکت در جلسات بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه و دریافت رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها یا ولی آن‌ها مبنی بر رضایت شرکت در پژوهش انجام گرفت. سپس از فهرست رفتاری کودکان^۲ (CBCL) (آخنباخ و ادلبراک، ۱۹۷۹) (۱۹) برای بررسی دقیق اختلالات رفتاری و از پرسش‌نامه اضطراب اسپنس-نسخه کودک^۳ (SCAS) (اسپنس، ۱۹۹۸) (۲۰) به منظور بررسی اضطراب دانش‌آموزان استفاده شد و با این دو پرسش‌نامه برای آن‌ها پیش‌آزمون انجام گرفت. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، طی ده جلسه برنامه تدوین‌شده را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. والدین گروه آزمایش، آموزش‌ها را دریافت و اجرا کردند. در نهایت بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون برای دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه انجام گرفت و داده‌های به دست آمده از نمونه‌های آماری، تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار رفت. - برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این برنامه براساس ادبیات نظری و پیشینه‌های پژوهشی طراحی شد. این برنامه برگرفته از شیوه‌نامه درمانی مونتگی و همکاران (۲۰۰۶) (۲۱) و آلن (۲۰۱۷) (۲۲) و پری-پاریش و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳) است. مبنا و اساس این برنامه برگرفته از مفاهیم اصلی ذهن‌آگاهی است که در قالب کنترل ذهن و بدن، هشیاری در قبال حس لامسه و تن‌آرامی، تقویت تنفس هشیارانه، افزایش تمرکز دیداری، حضور در لحظه، افزایش تمرکز شنوایی و چشایی، بازی نقاشی، شناخت و تمرین نقش

3. Spence Children's Anxiety Scale

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

2. Children's Behavioral Checklist

همکاران (۲۰۰۷) پایایی پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی به‌روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ بود و شش عامل پرسش‌نامه با تحلیل عامل

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	توجه به حس لامسه	آگاهی از بدن و توجه به قسمت‌های مختلف بدن، هشیاری و آگاهی در لحظه درقبال حس لامسه	لمس قسمت‌های مختلف بدن کودک با استفاده از وسایل مختلف و حدس زدن کودک با چشمان بسته؛ شکل‌دهی بدن کودک شبیه اشیایی که به او نشان داده‌شده.
دوم	کنترل ذهن و بدن	افزایش عملکرد با کنترل انرژی بدن در لحظه	انجام حرکات موزون و بلافاصله ایستادن در یک منطقه مشخص‌شده؛ بستن چشم و اعضای بدن کودک و درخواست از او برای آزادکردن خود طبق زمان‌بندی.
سوم	تقویت تنفس	تنظیم تنفس عمیق برای افزایش آرامش تن و روان	بازی با پاستیل‌ها و حرکت آن‌ها با تنفس کودک؛ حرکت کاغذهای مچاله‌شده در ماز توسط تنفس عمیق.
چهارم	تمرکز دیداری و شنوایی	افزایش حس دیداری و شنوایی در لحظه	خواندن شعر و داستان و سؤال پرسیدن از بطن آن‌ها از کودک؛ بازی با کلمات هم‌خانواده نوشته‌شده، حذف آن‌ها و حدس درباره کلمه اضافه یا کم‌شده.
پنجم	شناخت احساسات	کنترل و شناخت و پذیرش احساسات و هیجانات و تمرکز روی آن‌ها	ساختن عینک احساسات و اجرای نمایش با آن‌ها؛ گفتن داستان‌هایی با محتوای احساسی و پایان باز و تکمیل شدن آن توسط کودک.
ششم	هشیاری در موقعیت	بازیابی اطلاعات در لحظه	کشیدن جدول از پیش آماده‌شده روی کاغذ و تکمیل آن توسط کودک با استفاده از اطلاعاتش، طبق زمان مشخص‌شده؛ درخواست از کودک برای حدس زدن کلمات دسته‌بندی‌شده؛ مثلاً کلمات بدون نقطه یا کلماتی با تعداد حرف‌های مشخص‌شده.
هفتم	تمرکز دیداری	افزایش تمرکز دیداری در لحظه	بازی با کاغذهای رنگی و نوشتن اسم رنگ‌ها با مدادهای رنگی متفاوت و اجرای بازی‌های تشخیصی؛ پیچیده‌تر شدن سؤال‌ها به‌مرور در مرحله بعدی.
هشتم	حضور و تمرکز در لحظه	تفکر و توجه به افکار و کلمات و حل مسئله در لحظه	پرسش و پاسخ دادن با جواب‌های برعکس (باتوجه به زمان)؛ درخواست از کودک برای نشان‌دادن حاصل جمع و تفریق اعداد با پریدن روی اعداد نوشته‌شده.
نهم	تمرکز شنوایی و چشایی	افزایش حس شنوایی و چشایی در لحظه	معادل‌بودن دهگان با شنیدن صدای ضربه روی میز و معادل‌بودن یکان با شنیدن صدای کف‌زدن دست، درخواست از کودک برای گوش‌کردن و گفتن عدد؛ بستن چشم‌های کودک و درخواست از کودک برای گفتن تضاد طعم چشانه‌شده به او.
دهم	نقاشی	توجه به جزئیات چهره و اعضای بدن و طرز قرارگرفتن آن‌ها	نقاشی‌کردن قیافه بی‌حرکت کودک توسط والدین و برعکس؛ نقاشی‌کردن حالات مختلف احساسی در چهره و داستان‌سرایی برای آن حالات.

آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه) شرکت کردند که نه نفر (۶۰ درصد) دختر و شش نفر (۴۰ درصد) پسر در گروه آزمایش و هشت نفر (۵۳/۳ درصد) دختر و هفت نفر (۴۶/۷ درصد) پسر در گروه گواه حضور داشتند. میانگین سنی دانش‌آموزان به‌ترتیب برای گروه آزمایش در هشت نفر (۵۳/۳ درصد) تا ۸ سال و در هفت نفر (۴۶/۷ درصد) تا ۱۰ سال و برای گروه گواه در هفت نفر (۴۶/۷ درصد) تا ۸ سال و در هشت نفر (۵۳/۳ درصد) تا ۱۰ سال بود. تفاوت معناداری در توزیع سن و جنسیت بین دو گروه آزمایش و گواه دیده نشد. قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس باید برخی از پیش‌فرض‌های مهم این آزمون آماری بررسی شود؛ چراکه رعایت‌نکردن این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه کند. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس بدین‌شرح است: نرمال‌بودن توزیع

به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل در بخش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و بخش آمار استنباطی، آنالیز کوواریانس تک‌متغیره به‌منظور سنجش اثربخشی برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیر پژوهش استفاده شد. برای ارزیابی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، آزمون لوین (به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها) و آزمون شاپیرو-ویلک (به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها) و اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون (برای بررسی همسانی شیب خطوط رگرسیون) به‌کار رفت. آنالیزهای آماری با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۱۸ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش سی دانش‌آموز با اختلال رفتاری (پانزده نفر در گروه

پراکندگی داده‌ها: در این رابطه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن و توزیع داده‌ها نرمال بود ($p > 0/05$)؛ برابری واریانس‌های خطا: برای بررسی این مفروضه، آزمون لوین به کار رفت که نتایج برقراری مفروضه را بیان کرد ($p > 0/05$)؛ همگن بودن خطوط رگرسیون: برای بررسی این مفروضه از اثر متقابل بین گروه و پیش‌آزمون استفاده شد که نتیجه نشان از برقرار بودن مفروضه داشت ($p > 0/05$)؛

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هراس و ترس از فضای باز	آزمایش	۱۵/۴۰	۳/۴۹	۹/۰۷	۱/۶۶
	گواه	۱۵/۵۳	۳/۲۳	۱۵/۴۷	۳/۱۱
اضطراب جدایی	آزمایش	۱۲/۲۰	۲/۷۵	۸/۹۳	۳/۴۱
	گواه	۱۲/۴۳	۲/۲۲	۱۲/۳۳	۱/۹۵
ترس از آسیب فیزیکی	آزمایش	۱۱/۴۷	۲/۶۲	۸/۸۰	۲/۳۶
	گواه	۱۱/۴۰	۲/۸۵	۱۱/۳۱	۲/۶۹
ترس اجتماعی	آزمایش	۱۲/۶۷	۳/۵۳	۸/۰۷	۲/۰۸
	گواه	۱۲/۷۷	۳/۷۶	۱۲/۶۰	۲/۷۲
وسواس فکری عملی	آزمایش	۱۲/۴۰	۳/۳۱	۸/۲۰	۳/۱۲
	گواه	۱۲/۳۳	۳/۰۸	۱۲/۱۹	۳/۰۵
اضطراب عمومی	آزمایش	۱۲/۶۰	۳/۹۲	۹/۸۷	۲/۴۴
	گواه	۱۲/۸۷	۲/۹۷	۱۲/۶۷	۳/۵۷
اضطراب کلی کودکان	آزمایش	۷۶/۷۳	۶/۹۱	۵۲/۹۳	۶/۷۳
	گواه	۷۷/۳۳	۷/۰۲	۷۶/۶۲	۸/۹۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً باهم برابر است؛ اما در پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه است؛ درحالی‌که برای گروه گواه

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خرده‌مقیاس‌های اضطراب در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

متغیر	منبع اثر	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
هراس و ترس از فضای باز	گروه	۴۵/۵۳۱	$< 0/001$	۰/۶۷۴	۱
	پیش‌آزمون	۶۱/۷۶۹	$< 0/001$	۰/۷۱۹	۱
اضطراب جدایی	گروه	۱۱/۲۴۱	$< 0/001$	۰/۳۳۸	۰/۸۹۳
	پیش‌آزمون	۱۵/۷۴۰	$< 0/001$	۰/۳۹۷	۰/۹۳۲
ترس از آسیب فیزیکی	گروه	۷/۴۷۷	$< 0/001$	۰/۲۵۴	۰/۷۴۳
	پیش‌آزمون	۹/۵۰۹	$< 0/001$	۰/۳۱۱	۰/۸۲۱
ترس اجتماعی	گروه	۲۲/۴۱۶	$< 0/001$	۰/۵۰۵	۰/۹۹۵
	پیش‌آزمون	۲۷/۴۱۹	$< 0/001$	۰/۵۴۳	۱
وسواس فکری عملی	گروه	۱۴/۵۷۲	$< 0/001$	۰/۳۹۸	۰/۹۵۴
	پیش‌آزمون	۱۹/۱۳۱	$< 0/001$	۰/۴۲۹	۰/۹۷۷
اضطراب عمومی	گروه	۵/۷۷۰	۰/۰۰۲	۰/۲۰۸	۰/۶۳۲
	پیش‌آزمون	۸/۴۳۵	$< 0/001$	۰/۲۷۱	۰/۸۰۵
اضطراب کلی کودکان	گروه	۶۲/۵۸۸	$< 0/001$	۰/۷۴۰	۱
	پیش‌آزمون	۷۱/۲۲۰	$< 0/001$	۰/۷۸۹	۱

باتوجه به جدول ۳ نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد، بعد از تعدیل اثر نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه

در میانگین نمرات اضطراب و خرده‌مقیاس‌های آن وجود دارد؛ از این رو برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خرده‌مقیاس‌های هراس و ترس از فضای باز ($p < 0/001$)، اضطراب جدایی ($p < 0/001$)، ترس از آسیب فیزیکی ($p < 0/001$)، ترس اجتماعی ($p < 0/001$)، وسواس فکری عملی ($p < 0/001$)، اضطراب عمومی ($p = 0/002$) و اضطراب کلی دانش‌آموزان ($p < 0/001$)، معنادار است. ضرایب اتا مشخص کرد، کمترین اثر برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی در خرده‌مقیاس اضطراب عمومی دانش‌آموزان ($0/208$) و بیشترین اثر در خرده‌مقیاس اضطراب کلی ($0/740$) است؛ بنابراین باید بیان کرد، برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی در خرده‌مقیاس‌های اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری اثربخش است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری بود. نتایج مشخص کرد، این مداخله بر کاهش نمرات اضطراب تأثیر دارد. یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش‌های زیر همسوست: شویاچی در پژوهشی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی را بر سطح اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دبستانی با اختلال یادگیری نشان داد (۱۰)؛ تیزل و همکاران رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در جهت بهبود اختلال اضطراب مؤثر دانستند (۱۱)؛ راموز و همکاران ذهن‌آگاهی را به عنوان کمکی برای اصلاح رفتار کودکان دبستانی مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه بیان کردند (۱۲)؛ اکبری‌نیا و همکاران دریافتند، ذهن‌آگاهی کودک‌محور بر افسردگی و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان پس از درمان دارویی اثربخش است (۱۳)؛ علی‌اکبری و اصل‌ذاکر، اثربخشی فرزندپروری ذهن‌آگاه را بر خودکارآمدی مادران و علائم اضطراب کودکان پیش‌دبستانی بررسی کردند و به نتایج مثبتی رسیدند (۱۴). این پژوهشگران اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان نشان دادند که تأییدی بر نتیجه پژوهش حاضر است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری ممکن است از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرارگرفتن در موقعیت‌های زندگی و اجتماعی نتوانند به‌خوبی از هیجانات خود استفاده کنند؛ زیرا مشکلات روان‌شناختی و اضطراب آنان باعث می‌شود در موقعیت‌های اجتماعی، از خود ارزیابی منفی داشته باشند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند (۱۲). در تبیین علت تأثیر معنادار ذهن‌آگاهی بر اضطراب کودکان دارای اختلال رفتاری می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی با افزایش انعطاف‌پذیری روانی، درست‌هنگامی که فرد احساس می‌کند دیگر کاری از وی برنمی‌آید، گزینه‌هایی دیگر را فراروی او قرار می‌دهد؛ بنابراین ذهن‌آگاهی با برقراری ارتباط دوباره بین منابع درونی و بیرونی، به بهبودی و یادگیری بیشتر منجر می‌شود (۲۶). در راستای همسو بودن پژوهش حاضر با پژوهش طباطبائی‌نژاد

و همکاران می‌توان این‌گونه تبیین کرد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور علاوه بر کاهش اضطراب اجتماعی از طریق فرایندهای شناختی، هم‌زمان بر تقویت توانمندی‌های مثبت در مسیر خرد، عقلانیت، اعتدال، شجاعت، شکوفایی، انسانیت و عدالت، درقبال خود و دنیای اطراف نیز تأثیرگذار است. این کار هم‌زمان با فرایندهای شناختی و نقاط قوت و مثبت انسانی، توان مواجهه شجاعانه با خود و دنیای اطراف را ارتقا می‌بخشد و از این طریق موجب کاهش جدی اضطراب اجتماعی می‌شود (۲۷). همچنین ذهن‌آگاهی قادر به ایجاد تغییرات ساختاری در قسمت‌هایی از مغز است که محرک‌های حسی و شناختی و هیجانی را پردازش می‌کند؛ در نتیجه باعث تغییر در برچسب‌گذاری منفی محرک عاطفی می‌شود و عواطف و هیجانات و مؤلفه‌های روان‌شناختی منفی مانند اضطراب، کاهش می‌یابد (۲۸). در تبیین دیگر می‌توان بیان کرد که ذهن‌آگاهی سطح کورتیزول^۱ را کم می‌کند. کاهش کورتیزول منجر به افزایش پذیرش در فرد می‌شود و احتمال ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (۲۳). دانش‌آموزان در برنامه ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که با تغییر توجه خود از موقعیت‌های برانگیزاننده به موقعیتی خنثی، رفتارهای پرخاشگرانه خود را کم کنند و به این ترتیب احتمالاً راهبردهای مقابله‌ای مناسب‌تری را برای مقابله با این موقعیت‌ها پرورش دهند (۱۱، ۲۹). در تبیین دیگر، تمرین ذهن‌آگاهی تمرکز حواس و توجه را افزایش می‌دهد و اثراتی که بر هشیاری لحظه‌به‌لحظه فرد می‌گذارد به بهبود توجه او نیز کمک می‌کند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی دانش‌آموزان را آگاه‌تر می‌سازد و به آن‌ها کمک می‌کند به افکار و احساس‌ها و حواس بدنی خود دقیق‌تر شوند و آن‌ها را از یکدیگر تمیز دهند، آن‌ها را بپذیرند و با آن‌ها دوست شوند (۳۰). ذهن‌آگاهی نوعی درمان شناختی است که از طریق تغییر در محتوای افکار به کاهش نگرش ناکارآمد منجر می‌شود و همین مسئله اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۴). در این راستا دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که افکار فقط (فکر) و احساسات فقط (احساس) هستند و ممکن است واقعیت چیز دیگری باشد که ما در این لحظه درک نکرده‌ایم؛ همچنین می‌آموزند که احساسات و هیجان‌های خود را بپذیرند و در نتیجه پذیرش احساسات، توجه و حساسیت بیش‌ازحد به نشانه‌ها در آنان کاهش می‌یابد (۱۲). به آن‌ها کمک می‌کند از تفکر مبتنی بر گذشته که ویژگی خلق افسرده به‌شمار می‌رود 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 به‌کار برند و به حل مشکلات به‌گونه‌ای مناسب واکنش نشان دهند (۲۷). قضاوت‌نکردن و ارزیابی‌نداشتن درباره نشخوارها و افکار منفی در کنار توجه و تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود، سازوکاری است که سبب افزایش توان مقابله دانش‌آموزان افسرده با حالات افسردگی خود می‌شود و از این طریق ظرفیت آن‌ها را برای روابط بین‌فردی افزایش و اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد (۲۴). انجام فنون ذهن‌آگاهی موجب رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل توأم با هوشیاری است و این موضوع، مسلط‌شدن به خود و کاهش اضطراب در دانش‌آموزان را در

¹. Cortisol Hormone

کاربردی و رایگان به منظور کاهش علائم این دانش‌آموزان استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در پژوهش و خانواده‌آن‌ها و تمام افرادی که در اجرای این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش اصول اخلاقی شامل محرمانه‌بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، کسب رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، برگزاری رایگان جلسات مداخله و خروج اختیاری آزمودنی‌ها از پژوهش رعایت شد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

دسترسی به داده‌ها

به دلیل محرمانه‌بودن، دسترسی به اطلاعات شرکت‌کنندگان به جز از طریق مقاله امکان‌پذیر نیست.

تضاد منافع

در ارتباط با این مقاله نویسندگان تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

منابع مالی

هزینه انجام پژوهش حاضر از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در انجام پژوهش دخیل بودند و دست‌نوشته را خواندند و تأیید کردند. بدین ترتیب که در ایده پژوهشی، دانشجو (نفر اول) ایده را بیان کرد و اساتید راهنما و مشاور بعد از بحث و تفسیر، آن را تأیید کردند. نفر اول جمع‌آوری داده‌ها را با مشورت اساتید انجام داد و اساتید راهنما و مشاور در فرایند تحلیل و تفسیر داده‌ها همکاری داشتند. نوشتن رساله با همکاری همه نویسندگان صورت گرفت و دانشجو از نظرات آنان بهره‌مند شد.

پی دارد (۱۱). به علاوه باعث می‌شود، آن‌ها با آگاهی از خلقت و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست پذیرش آن‌ها و نیز ابراز هیجانات، به خصوص هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که در نتیجه میزان اضطراب در آنان کم می‌شود (۲۸). به این صورت دانش‌آموزان می‌آموزند فقط به مشاهده رویدادها بپردازند و از واکنش خودکار و عادی به رویدادها دست بردارند؛ همین‌طور از جنبه‌های گوناگون به اکتشاف یک رویداد و به همه جوانب یک موقعیت و یک شیء بپردازند و بهترین راه‌حل را انتخاب کنند (۲۶). پیشنهاد می‌شود انجام پژوهش در جامعه آماری بزرگ‌تر و در محدوده جغرافیایی وسیع‌تر صورت گیرد و اثربخشی مداخله برنامه تدوین‌شده بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطوح مختلف از درجات اختلال رفتاری بررسی شود. همچنین پیگیری چندمرحله‌ای از اثر ماندگاری مداخله این برنامه بر دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری انجام پذیرد و عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، فرهنگی، زبان، جنسیت و تحصیلات والدین به طور متمایز در اثربخشی برنامه تدوین‌شده بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارزیابی شود. از پیشنهادها کاربردی، گنجاندن برنامه تدوین‌شده بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی در برنامه‌های پیشگیری از اختلال رفتاری است؛ این برنامه‌ها را می‌توان به صورت کارگاه‌های آموزشی عمومی و اختصاصی در جهت افزایش سلامت روان دانش‌آموزان و والدین برگزار کرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود اجرای پیگیری به دلیل حضور در دوران بحرانی کووید ۱۹ و همکاری نکردن خانواده‌ها برای بررسی تداوم نتایج درمان و نبود بررسی تغییرات بالینی به دنبال مداخله اشاره کرد.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، اجرای برنامه بازی‌های خانواده‌محور مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب کودکان با اختلال رفتاری اثربخشی دارد؛ از این رو برنامه مذکور می‌تواند به عنوان روشی نوین و

References

1. Abbasi M, Emadian O, Abbasi G. Effectiveness of video-based attachment-based education on parental bonding of children with behavioral disorders. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;8(3):37–46. [Persian] <http://dx.doi.org/DOI:%2010.22034/JPEN.8.3.37>
2. Woodman AC, Mawdsley HP, Hauser-Cram P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Res Dev Disabil*. 2015;36C:264–76. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.011>
3. Caron EB, Drake KL, Stewart CE, Muggeo MA, Ginsburg GS. Intervention adherence and self-efficacy as predictors of child outcomes in school nurse-delivered interventions for anxiety. *J Sch Nurs*. 2022;38(3):249–58. <https://doi.org/10.1177/1059840520925522>
4. Mohammadi MR, Ahmadi N, Yazdi FR, Khaleghi A, Mostafavi SA, Hooshyari Z, et al. Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders among children and adolescents. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102059. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102059>
5. Karami J, Momeni K, Mohammadi F, Shahbazirad A. The effectiveness of narrative therapy for reducing symptoms of separation anxiety in children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;1(3):48–56. [Persian]
6. Goldberger-Raskin BS, Gothelf D, Bachner-Melman R, Lang C, Kushnir J. The association between sleep disturbances of children with anxiety disorders and those of their mothers. *Sleep Med*. 2018;43:77–82. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.10.009>
7. Valipour M, Hosseini 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. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-236-en.pdf>

8. Kashefinshabouri J, Eftekhar Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The effect of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-regulation training on rumination and social anxiety in teenagers prone to addiction. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. 2021;10(1):1–11. [Persian] <http://johe.rums.ac.ir/article-1-407-en.pdf>
9. Carlson LE, Specia M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med*. 2003;65(4):571–81. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000074003.35911.41>
10. Shoviachi J. Mindfulness therapy on the level of social anxiety and self-esteem of elementary school students with learning disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019 Mar 10;9:30. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1551-en.pdf>
11. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):157–60. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg017>
12. Ramos MC, Macphee FL, Merrill BM, Altszuler AR, Raiker JS, Gnagy EM, et al. Mindfulness as an adjunct to behavior modification for elementary-aged children with ADHD. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2022;50(12):1573–88. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00947-9>
13. Akbarinia M, Manshaei GR, Yanousefi S. Effectiveness of child – centered mindfulness therapy on the depression and anxiety of the children with cancer after drug therapy. *Journal of psychologicalscience*. 2019;18(76):431–9. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-271-en.pdf>
14. Aliakbari M, Aslezaker M. The effectiveness of mindful parenting on self-efficacy of mothers and anxiety symptoms in preschool children with anxiety symptoms. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2022;11(3):69–80. [Persian] <https://frooyesh.ir/article-1-3416-en.pdf>
15. Ding X, Zhao T, Li X, Yang Z, Tang YY. Exploring the relationship between trait mindfulness and interpersonal sensitivity for chinese college students: the mediating role of negative emotions and moderating role of effectiveness/authenticity. *Front Psychol*. 2021;12:624340. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624340>
16. Blanco PJ, Holliman RP, Ceballos PL, Farnam JL. Exploring the impact of child-centered play therapy on academic achievement of at-risk kindergarten students. *International Journal of Play Therapy*. 2019;28(3):133–43. <https://doi.org/10.1037/pla0000086>
17. Delavari M, Mashhadi A, Kimiai A, Khademi M. The effectiveness of family focused cognitive behavior intervention on family accommodation and the severity of pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Developmental Psychology*. 2019;15(60):367–78. [Persian] https://jip.stb.iau.ir/article_668293_fd0c948032ff9553ebeac6ad15361acf.pdf
18. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
19. Achenbach TM, Edelbrock CS. The child behavior profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):223–33. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.223>
20. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*. 1998;36(5):545–66. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
21. Monti DA, Peterson C, Kunkel EJS, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology*. 2006;15(5):363–73. <https://doi.org/10.1002/pon.988>
22. Allen RJ. Effects of mindfulness-based art therapy on stress and cortisol levels in graduate and professional-level students [Thesis in M.Sc.] [Internet]. [US, Florida]: Florida State University; 2017. Available from: <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:552028>
23. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EMS. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(6):172–8. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.12.006>
24. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006;6(1):529–58. [Persian] <http://joec.ir/article-1-416-en.pdf>
25. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi Harsini SE, Navabinejad S. Psychometric properties of the spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *International Journal of Psychology*. 2007;1(1):17.
26. Eisendrath SJ, Gillung EP, Delucchi KL, Chartier M, Mathalon DH, Sullivan JC, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:95. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-95>
27. Tabatabaiejad FS, Aghaie A, Golparvar M. Compare effectiveness of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on social anxiety and communication skills of female students with depression. *Quarterly Journal of Social Work*. 2018;7(3):5–16. [Persian] <https://socialworkmag.ir/article-1-422-en.pdf>
28. Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clin Psychol Rev*. 2017;57:12–20. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.002>
29. Valipour M, Hosseini 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. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-236-en.pdf>
30. Singh NN, Lancioni GE, Joy SDS, Winton ASW, Sabaawi M, Wahler RG, et al. Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2007;15(1):56–63. <https://doi.org/10.1177/10634266070150010601>