

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان

سالار فرامرزی<sup>1</sup>؛ سوران رجبی<sup>2\*</sup>؛ پیمان ولدییگی<sup>3</sup>

### چکیده

زمینه: مسأله پرخاشگری دانش آموزان در مدرسه، توجه بسیاری از متخصصان و پژوهشگران را به خود مشغول داشته است. این پژوهش با هدف بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان کرمانشاه انجام گرفت.

روش‌ها: در این پژوهش آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از میان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان کرمانشاه با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تعداد 400 نفر به تصادف انتخاب شدند و از بین آن‌ها 40 نفر که نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری داشتند به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه، هفته‌ای یک‌بار به صورت گروهی تحت درمان به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (1992) را در دو نوبت (پیش از درمان و پس از درمان) تکمیل کردند. برای بررسی آماری داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، گروه آزمایش در کل مقیاس پرخاشگری (P<0/001؛ F=1059/531)، کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است. همچنین پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، گروه آزمایش در خرده‌مقیاس احساس پرخاشگرانه (P<0/001؛ F=639/936)، در خرده‌مقیاس افکار پرخاشگرانه (P<0/001؛ F=154/240) و در رفتار پرخاشگرانه (P<0/001؛ F=502/836)، کاهش معناداری را نسبت به گروه کنترل داشته است.

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب کاهش پرخاشگری در هر سه مؤلفه رفتار پرخاشگرانه، احساس پرخاشگرانه و افکار پرخاشگرانه در دانش‌آموزان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی، ذهن آگاهی، پرخاشگری

«دریافت: 1393/6/25 پذیرش: 1393/8/20»

1. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

2. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر

3. گروه مشاوره، آموزش و پرورش کرمانشاه

\* عهده‌دار مکاتبات: بوشهر، دانشگاه خلیج فارس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، کدپستی: 75169-13798، تلفن: 09188307278

Email: soranrajabi@gmail.com

فکس: 077-31222339

### مقدمه

ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، گرچه در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (3). حوزه تجربه ذهن آگاهی بسیار وسیع است و شامل احساس‌ها، ادراک‌ها، تکانه‌ها، هیجان‌ها، افکار، گفتار، عملکرد و ارتباط است و

ذهن آگاهی (Mindfulness) به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (1). اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را که فراتر از فکر است افزایش می‌دهد (2).

روانی مورد توجه محققان قرار گرفته و تحقیقات مبسوطی را به خود جذب نموده، پرخاشگری است. پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه، این مفهوم همچنین به رفتار آشکارا اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود و از سه مؤلفه تشکیل شده است: احساس پرخاشگرانه حالت هیجانی که زیربنای پرخاشگری و خصومت است و «خشم» نامیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه؛ نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به سوی رفتارهای پرخاشگرانه سوق می‌دهد و «خصومت» نامیده می‌شود. رفتار پرخاشگرانه نیز عبارت است از رفتار قابل مشاهده که با قصد آسیب رساندن انجام می‌شود (6).

آنچه امروز نگرانی‌های زیادی را در مورد رفتار پرخاشگرانه به وجود آورده است، گسترش پرخاشگری در میان نوجوانان و به‌ویژه در میان دانش‌آموزان مدارس است. نوجوانی را به‌عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی تعریف کرده‌اند (7). نوجوانی از مهم‌ترین دوره‌های سنی است و نوجوانان از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند. نتایج پژوهش‌ها بیانگر افزایش و فراگیر شدن این معضل در میان دانش‌آموزان است. تحقیق ترشیزی و سعادت‌جو (7) نشان می‌دهد که 54/1 درصد از دانش‌آموزان پسر و 52/8 درصد از دانش‌آموزان دختر پرخاشگر هستند. بازرگان، صادقی و غلامعلی لواسانی (7) در تحقیقی نشان دادند که خشونت کلامی در مدارس راهنمایی تهران امری رایج است و به‌صورت فحش، تهمت و تمسخر دیگری اعمال می‌شود. رفتار پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز دانش‌آموزان در مدرسه ممکن است به‌صورت کلامی یا بدنی باشد، خشونت کلامی مواردی مانند فحش دادن، توهین کردن، تهدید کردن، تحقیر، تمسخر کردن و لقب دادن را در بر می‌گیرد و پرخاشگری بدنی شامل کتک زدن، هول دادن، مشت زدن، از بین بردن وسایل و سایر اعمال

بنابراین می‌تواند به کسی که مبتلا به مشکلات هیجانی است کمک کند. به‌نظر تیزدل، ویلیامز، سگال و سلسبی مهارت‌های آموخته‌شده کنترل توجه در مراقبه ذهن‌آگاهی می‌تواند در پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی، اضطراب و پرخاشگری سودمند باشند (4).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT= Mindfulness-based cognitive therapy) به‌وسیله تیزدل، سگال و همکاران (2002) برای هشت جلسه آموزشی گروهی (هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه 2-1/5 ساعت) و بر اساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR= Mindfulness-based stress Reduction) کابات زین طراحی شده است. این روش مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. در آموزش MBCT مراجعان یاد می‌گیرند که چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند، روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌ها را ببینند (4). علی‌رغم اهمیت روش مذکور در داخل کشور توجه کافی به آن نشده و زمان زیادی از آغاز به‌کارگیری آن نمی‌گذرد (5).

در این روش به افراد پرخاشگر آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به‌جای آن‌که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. بدون تردید یکی از زمینه‌هایی که اخیراً در آسیب‌شناسی

دیگر کشورها به ویژه کشورهای غربی و متفاوت از نظر فرهنگی با کشور ایران انجام گرفته است و جامعه آماری هدف نیز شامل بزرگسالان به ویژه افراد دارای اختلالات روانپزشکی عمده مانند افسردگی و اضطراب بوده است. اما نکته برجسته در تحقیق حاضر که در تحقیقات پیشین تکرار نشده است این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی جمعیت ایرانی غیربزرگسال و غیربیمار یعنی دانش آموزان مقطع متوسطه انجام گرفته است.

بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر مقطع متوسطه انجام شد.

### مواد و روش ها

روش این تحقیق آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. شیوه نمونه گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری چندمرحله ای انجام گرفت، بدین صورت که از میان دبیرستان های پسرانه شهرستان کرمانشاه، دو دبیرستان به تصادف انتخاب شدند و سپس از هر دبیرستان تعداد 200 نفر دانش آموز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و در ادامه به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (1991) پاسخ دادند. از بین 400 نفر نمونه انتخابی، دانش آموزانی که دارای نمره بالاتر از میانگین (45) در پرسشنامه فوق بودند انتخاب شدند که تعداد این افراد 40 نفر بود. سپس از این نمونه به صورت تصادفی، 20 نفر در گروه آزمایشی و 20 نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. سطح اطمینان و توان آزمون به ترتیب 0/95 و 0/99 بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه پرخاشگری، قادر به تکلم به زبان فارسی، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ گویی

مشابه است که در هر حال هدف هر یک از رفتارهای فوق، آزار دادن دیگران است (7).

نتایج پژوهش محمدی (8) نشان می دهد که دانش آموزان پرخاشگر در خانواده احساس همدردی نمی کنند و در موقع ناملايمات از طرف اعضای خانواده حمایت نمی شوند. پژوهش امینی (9) عوامل خانوادگی (مشاجره و اعتیاد) را مهم ترین عوامل مؤثر در بزهکاری و پرخاشگری دانش آموزان می داند. کودکی که به هر علت در محیط آموزشی تحت خشونت های کلامی یا بدنی قرار گیرد علاوه بر احساس ناامنی و تصویر منفی از مدرسه و آموزگاران، که عواقب آن در زندگی تحصیلی او به تدریج خود را به صورت افت تحصیلی یا ترک تحصیل آشکار خواهد کرد، اثرات ناگوار این نوع رفتار را در طول زندگی بزرگسالی به همراه خواهد داشت. علاوه بر آن، وجود خشونت و پرخاشگری در مدارس موجب ایجاد اختلال در تدریس معلم، روابط میان دانش آموزان و نیز روابط میان معلم و دانش آموز می شود و زمینه مصرف مواد و بزهکاری را در فرد مهیا می کند. با توجه به عواقب فردی و اجتماعی رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان که نیروی فعال هر کشوری محسوب می شوند، تحقیقات و مداخله های پراکنده ای در سطح نهادهای مختلف اجتماعی به ویژه مدارس انجام گرفته است که چندان اثربخش نبوده است (7).

لذا این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان مقطع متوسطه انجام شده است. هر چند که فجوربک و همکاران (10) با تحلیل 21 آزمایش کنترل شده که تأثیرات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را مورد ارزیابی قرار می دادند، دریافتند که در بیشتر مطالعات، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس، اضطراب و پرخاشگری می شود و سلامت روانی را در مقایسه با گروه کنترل بهبود داده است، اما نکته مهم این است که بیشتر این تحقیقات در

فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، سابقه بیماری جسمی و روانی، وضعیت اقتصادی خانواده، معدل تحصیلی، رشته تحصیلی، سابقه درگیری با قانون و سابقه بیماری جسمی و روانی در خانواده بود.

شیوه اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:

برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (1992) که دستورالعمل جلسات آن در کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی (12) آمده است تنظیم شد و به شرح زیر انجام شد:

تعداد جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، هشت جلسه دو ساعته آموزش گروهی بود که هفته‌ای یکبار توسط پژوهشگر سوم این تحقیق و با نظارت اساتید راهنما در یکی از دبیرستان‌های پسرانه شهرستان کرمانشاه برگزار می‌شد. در ابتدای جلسه اول، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کردند. در طول اجرای جلسات آموزشی و درمانی، همه آزمودنی‌های گروه آزمایشی حضور داشتند و هیچ‌کدام از برنامه حذف نشدند. خلاصه جلسات به شرح ذیل بود:

- 1- آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه.
- 2- توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و پرخاشگرانه.
- 3- مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند و پرخاشگرانه.
- 4- جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار پرخاشگرانه.
- 5- تغییر عادات قدیمی افکار (شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها و بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها)
- 6- اجتناب از پرخاشگری یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه.
- 7- آگاه شدن از علایم هشداردهنده پرخاشگری.
- 8- آگاهی از تغییرات جزئی خلق.

به سؤالات و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش و ابتلا همزمان به بیماری‌های جسمانی مانند صرع، بیماری‌های قلبی و تنفسی و سایر بیماری‌های جسمی مسأله‌ساز در فرایند درمان بود که بر اساس پرسشنامه جمعیت‌شناختی مشخص می‌شد.

در این تحقیق از دو پرسشنامه استفاده شد:

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه در سال 1992 توسط باس و پری ساخته شد و به‌وسیله نجاریان و همکاران هنجاریابی شده است (11). پرسشنامه مذکور توسط محمدی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا و هنجاریابی شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارش‌دهی مداد کاغذی است و آزمودنی به یکی از 4 گزینه «هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه» پاسخ گفته و برای هر چهار گزینه مذکور به ترتیب مقادیر «0، 1، 2 و 3» در نظر گرفته می‌شود، به‌جز ماده 18 که بار عاملی منفی دارد و جهت نمره‌گذاری در آن معکوس است. این پرسشنامه مشتمل بر 30 سؤال است که 12 سؤال آن (15، 16، 17، 19، 20، 23، 24، 25، 26، 27، 28 و 30) رفتار پرخاشگرانه و 7 سؤال (6، 8، 9، 18، 21، 22 و 29) افکار پرخاشگرانه و 11 سؤال دیگر (1، 2، 3، 4، 5، 7، 10، 11، 12، 13 و 14) احساس پرخاشگرانه را می‌سنجد.

ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از نه هفته) پرسشنامه پرخاشگری و مؤلفه‌های آن از 0/72-0/80 گزارش شده است، ضریب همبستگی پرسشنامه پرخاشگری با مقیاس خشم نووکا (1994) (0/79) گزارش شده است (P<0/01). ضریب همبستگی مؤلفه پرخاشگری فیزیکی/خشم و مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی/خصوصیت با مقیاس خشم به ترتیب 0/73 و 0/74 می‌باشد (P<0/01) (11).

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌نگاشتی: این پرسشنامه اساساً برای جمع‌آوری منظم (سیستماتیک) اطلاعات

موضوع جلسات اول تا چهارم؛

- ✓ توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال
- و بودن در اینجا و اکنون، و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضای با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام امور روزمره و توجه کردن به آنها.
- ✓ پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی، فیزیکی و توجه به نفس.
- ✓ آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
- ✓ یادگرفتن این‌که بدون اجتناب از افراد، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
- موضوع جلسات پنجم تا هشتم؛
- ✓ آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
- ✓ تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
- ✓ هشیاری نسبت به نشانه‌های پرخاشگری و تنظیم برنامه مواجه احتمالی با نشانه‌های پرخاشگری.
- ✓ برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون حضور در

حال برای زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

خلاصه برنامه درمانی به شرح زیر بوده است (جدول 1). همچنین در این تحقیق جهت تحلیل آماری داده‌ها در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد گروه آزمایش دارای میانگین سنی 16/36 و گروه کنترل 16/12 می‌باشد. از نظر معدل تحصیلی نیز معدل گروه آزمایش 15/95 و گروه کنترل 16/10 است. سابقه درگیری با قانون و بیماری روانی در هر دو گروه پایین بوده و از سطح تحصیلات نسبتاً برابری برخوردار بودند (جدول 2).

یافته بعدی میانگین و انحراف استاندارد پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج مشخص می‌شود که میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون مؤلفه‌های رفتار پرخاشگرانه، افکار پرخاشگرانه، احساس پرخاشگرانه و مقیاس کلی پرخاشگری نزدیک به هم است (جدول 3).

جدول 1- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول و دوم	برچسب‌دهی مجدد: مراجع یاد می‌گیرد، چگونه افکار و اعمال صمیمی خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این مسأله به دست آورد که احساس آزار دهنده فعلی در یک موقعیت ارتباطی است.
جلسه سوم و چهارم	اسناددهی مجدد: مراجع عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا اعمال او معنادار نبوده بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز (هسته دمدار) صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتبطند که بر روابط اثر می‌گذارد.
جلسه پنجم و ششم	تمرکزدهی مجدد: مراجع درصدد بر می‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند صمیمی دیگر در پیرامون خود حتی برای چند دقیقه به رفتار دیگری (مثل ابراز احساسات و صمیمیت) بپردازد.
جلسه هفتم و هشتم	ارزش‌گذاری مجدد: مراجع یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو چاره ناپذیری او را به انجام رفتارهای خشک و فقدان صمیمیت وادار می‌ساختند، بپردازد و به صحت ظاهری آنها توجه نکند.

جدول 2- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و کنترل

P value	گروه آزمایش		متغیرها
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
0/97	5 (25)	5 (25)	اول
	4 (20)	5 (25)	دوم
	4 (20)	4 (20)	سوم
	7 (35)	6 (30)	پیش‌دانشگاهی
0/42	5 (25)	3 (15)	سابقه درگیری با
	15 (75)	17 (85)	قانون
0/54	2 (10)	1 (5)	سابقه بیماری
	18 (90)	19 (95)	روانی
0/60	16/1 (1/1)	16/49 (1/01)	سن
0/85	16/1 (1/75)	15/95 (1/61)	معدل

جدول 3- میانگین و انحراف استاندارد پرخاشگری پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل

P value	گروه کنترل (n=20)		گروه آزمایش (n=20)		متغیر	مرحله
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
0/30	2/52	24/50	2/28	25/80	رفتار پرخاشگرانه	پیش‌آزمون
0/85	2/72	13/55	2/15	13/65	افکار پرخاشگرانه	
0/70	2/60	20/55	2/35	20/95	احساس پرخاشگرانه	
0/07	3/33	58/60	4/10	60/40	کل	
0/000	2/40	23/10	1/50	13/20	رفتار پرخاشگرانه	پس‌آزمون
0/000	2/37	12/50	1/41	8/10	افکار پرخاشگرانه	
0/000	2/99	19/55	1/81	10/85	احساس پرخاشگرانه	
0/000	3/49	55/15	3/31	32/15	کل	

آزمون لوین، برای بررسی میزان تأثیر درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر گروه آزمایش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد (جدول 4).

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، گروه آزمایش در کل مقیاس ( $F=1059/531$  و  $P<0/001$ )، کاهش معناداری

به‌منظور بررسی فرض برابری واریانس‌ها که از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس است، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین بیانگر برابری واریانس‌ها در رفتار پرخاشگرانه ( $F=0/134$  و  $P=0/71$ )، افکار پرخاشگرانه ( $F=0/39$  و  $P=0/53$ ) و احساس پرخاشگرانه ( $F=0/14$  و  $P=0/70$ ) است. با توجه به عدم معناداری

جدول 4 - نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه مؤلفه‌های پرخاشگری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	P value
نمره کل مقیاس	گروه*پیش آزمون	2/21	1	2/21	0/82	0/37
احساس پرخاشگرانه	گروه*پیش آزمون	0/34	1	0/34	0/18	0/67
افکار پرخاشگرانه	گروه*پیش آزمون	11/29	1	11/29	3/78	0/06
رفتار پرخاشگرانه	گروه*پیش آزمون	2/40	1	2/40	1/17	0/16
نمره کل مقیاس	پیش آزمون	78/40	1	78/40	2/65	0/11
احساس پرخاشگرانه	پیش آزمون	30/62	1	30/62	3/63	0/06
افکار پرخاشگرانه	پیش آزمون	18/22	1	18/22	3/85	0/05
رفتار پرخاشگرانه	پیش آزمون	0/900	1	0/900	0/08	0/77
نمره کل مقیاس	گروه	5533/26	1	5533/26	1059/53	0/001
احساس پرخاشگرانه	گروه	814/73	1	814/73	639/93	0/001
افکار پرخاشگرانه	گروه	199/26	1	199/26	154/24	0/001
رفتار پرخاشگرانه	گروه	105/43	1	105/43	502/73	0/001

پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به کاهش بیشتری در پرخاشگری رانندگان تاکسی منجر می‌شود.

برای توضیح بیشتر این نتیجه باید این نکته را هم اضافه کرد که ابزار سنجش پرخاشگری در این تحقیق مقیاسی است که سه خرده‌مقیاس احساس، افکار و رفتار پرخاشگرانه را می‌سنجد و تأثیر MBCT بر پرخاشگری و نیز دیگر خرده‌مقیاس‌های آزمون می‌تواند کاهش پرخاشگری را در پی داشته باشد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش فجووربک و همکاران (2011) همسو است که با تحلیل 21 مطالعه کنترل‌شده، دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس، اضطراب و پرخاشگری می‌شود.

این روش و مشاهده به دور از قضاوت در مورد افراد دارای دردهای مزمن نیز کاربرد فراوان دارد. کابات زین پیشنهاد می‌کند که در مراقبه و نشستن‌های طولانی‌مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر

نسبت به گروه کنترل داشته است. همچنین پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، گروه آزمایش در خرده‌مقیاس احساس پرخاشگرانه ( $F=639/936$  و  $P<0/001$ )، خرده‌مقیاس افکار پرخاشگرانه ( $F=154/240$ ) و رفتار پرخاشگرانه ( $F=502/836$ ) و رفتار پرخاشگرانه ( $P<0/001$ )، کاهش معناداری را نسبت به گروه کنترل داشته است (جدول 4).

## بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه بوده است که با توجه به این که اثربخشی این شیوه در جامعه دانش‌آموزی غیربیمار مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد قابل توجه است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پرخاشگری را کاهش می‌دهد. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، بعد از اجرای روش درمانی، پرخاشگری در گروه آزمایش کاهش یافت که با تحقیق کاظمینی (13) همسو است. این

همسو است. آن‌ها گزارش کردند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش پرخاشگری افراد نوجوان مبتلا به اختلال سلوک بسیار مؤثر است و باعث بهبود نشانه‌های احساس، افکار و رفتار پرخاشگری خواهد شد.

در روش آموزش کنترل توجه، فرد می‌آموزد تا ذهن خود را از هر گونه قضاوت‌هایی که منجر به عصبانیت و پرخاشگری در وی می‌شود پاک کند و عمیقاً بر زمان حال تمرکز کند و آن را در رفتارها و فعالیت‌های روزمره خود به کار گیرد. برای افزایش کنترل توجه، فرد یاد می‌گیرد تا این تمرین را در زندگی خود به صورت متناوب در کارهایی که درگیر آن‌ها است انجام دهد تا این‌که به نقطه‌ای برسد که کاملاً نسبت به زمان و مکان هشیار باشد.

به طور کلی یافته‌ها حاکی است که آموزش کنترل توجه در کاهش پرخاشگری و مؤلفه‌های هیجان‌پذیری و نگرانی مؤثر است. این یافته، یافته‌های پژوهش‌های دیگر (19، 20، 21، 22، 23، 24 و 25) را مورد تأیید قرار می‌دهد. ولز و متیوز (1994) اعتقاد دارند که کنترل توجه و توجه فراگیر از افکار جداناپذیر است و افکار توسط آن به صورت عینی مورد مشاهده قرار می‌گیرد.

مطالعه حاضر، اولین تحقیقی است که اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر پرخاشگری دانش‌آموزان در ایران مورد بررسی قرار داده است. تعداد نمونه کم و عدم پیگیری نتایج مداخله از محدودیت‌های تحقیق حاضر است. لذا با توجه به مزیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی برای ارزیابی میزان پایداری نتایج، پیگیری بلندمدت در نمونه بزرگ‌تری انجام شود.

### نتیجه‌گیری

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و

باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن‌آگاهی، توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (3). به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند پرخاشگری را کاهش دهد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن‌آگاهی، شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد.

دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این تحقیق این است که این روش منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (14). همچنین ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (15). بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات پرخاشگری نقش مهمی داشته باشد. یکی دیگر از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (16).

تحقیقات گزارش کرده‌اند که تنها توجه، بیمارگونه است که اساس نشانه‌های عصبانیت و پرخاشگری است و افزایش کنترل توجه بایستی در کاهش عصبانیت مؤثر باشد. تکنیک‌های آموزش کنترل توجه اساساً تکنیک‌های افزایش توجه هستند که در درمان افراد مبتلا به مشکلات روان‌شناختی مفید واقع می‌شوند (17).

نتایج این تحقیق با پژوهش نایبری و جولیسو (18)



ذهن آگاهی به صورت گروهی بهره گیرد.

اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر گذاشته و موجب کاهش پرخاشگری در هر سه مؤلفه رفتار پرخاشگرانه، احساس پرخاشگرانه و افکار پرخاشگرانه در دانش آموزان می شود.

### تشکر و قدردانی

از مدیران و مسئولین مدارس ایثارگران شهید چمران، امام رضا (ع) و جناب آقای دکتر فرهاد محمدی که ما را در جهت به انجام رساندن این پژوهش یاری کردند کمال تشکر را داریم.

ضروریست آموزش و پرورش در برنامه ریزی ها، جهت کاهش خشونت در مدارس و بهبود روابط اجتماعی دانش آموزان از روش شناخت درمانی مبتنی بر

### References

1. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living." Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. 1<sup>st</sup> ed. New York: Delacorte. 1990;231-2.
2. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in content: past, present and future. *Clinic Psycho: Scie Pract.* 2003;10:144-56.
3. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinic Psycho: Scie Pract.* 2003;10:125-43.
4. Teasdale JD, Segal Williams JMG, Ridge way VA, Soulsby JM. Prevention of relapse recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. *J Consu Clinic Psycho.* 2002;68:6185-623.
5. Kavyani H, Javaheri F, Boheirae H. [The survey of effectiveness cognitive therapy on mindfulness and reducing negative thoughts, depression and anxiety with follow up (Persian)]. *New Cognit Scie.* 2005;25:49-59.
6. Singh NN, Lancioni GL, Joy SD, Winton AS, Sabaawi M, Wahler RG, et al. Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *J Emot Behav Dis.* 2007;15(1):56-63.
7. Torshizi M, Saadatjoo SAR. [Prevalence and factors associated with aggression. In knowledge. Secondary school]. *J Nurs Uni Medi Sci.* 2012; 9(4): 355-363.
8. Mohammadi H. [Study the effective factor in male student's aggressive manner in Ardabil high school (Persian)]. Ministry of Education, Department of Education and Research Council of Ardabil Province. 2008;75-7.
9. Amini J. [Study the high school students attitude toward the Causes of Social Crime prevalence in schools and its prevention and Coping In 2001-2002 (Persian)]. Education and Training Department, Education and Research Council of Education and Training organization in Kurdistan. 2002;69-79.
10. Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Fink P, walach H. Mindfulness-based stress reduction and mind – fullness based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(2):102-19.
11. Rafezi Z. [Study the Effect of Anger Controlling training on Adolescent Aggression of 15 To 18-year-old at Tehran high school (Persian)]. M.A theses on clinical psychology. Tehran. Welfare and Rehabilitation Science University. 2004;82-98.
12. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A New Approach to Preventing Relapse. 2<sup>st</sup> ed. New York: Guilford. 2002;35-6.
13. Kazemeini T. [Comparison the Efficacy of Mindfulness based Cognitive therapy with CBT in group method on aggressive manner reduction of Mashhad taxi drivers (Persian)]. M.A theses on Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. 2010;90-118
14. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosom Med.* 2004;66(1):113-23.
15. Mace C. Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Rutledge Press. 2008;35-6.
16. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2012;68:539-44.
17. Semple RJ, Reid EFG, Miller L. Training for Anxiety with mindfulness: An open Trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2005;19(4):379-95.
18. Singh NN, Lancioni GE, SinghJoy SD, Winton ASW, Sabaawi M, Wahler RG, et al. Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disabilities.* 2007;15:56-63.

19. Milani A, Nikmanesh Z, Farnam A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing aggression of individuals at the Juvenile correction and rehabilitation center. *Int J High Risk Behav Addict*. 2013;2(3):126-31.
20. Fix RL, Fix ST. The effects of mindfulness-based treatments for aggression: a critical review. *Aggres Violent Behav*. 2013;18(2):219-27.
21. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2011;187(3):441-53.
22. Singh N, Lancioni G, Karazsia B, Winton A, Myers R, Singh A, et al. Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mind intellectual disabilities: a waiting list control study. *Mindfulness*. 2012;4(2):158-67.
23. Chilvers J, Thomas C, Stanbury A. The impact of a ward-based mindfulness programme on recorded aggression in a medium secure facility for women with learning disabilities. *J Learn Disabiliti Offend Behav*. 2011;2(1):27-41.
24. Beckerman NL, Corbett L. Mindfulness and cognitive therapy in depression relapse Prevention: A case study. *Clin Soc Work J*. 2010;38(2):217-25.
25. Kaviani H, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in nonclinical population. *Int J Psychol Psychol Therapy*. 2011;11(2):285-96.