

## مقایسه مهارت‌های ذهن آگاهی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۱

### خلاصه

**مقدمه:** بروز اختلال‌های رفتاری سبب ایجاد آسیب به تعاملات اجتماعی و پردازش‌های هیجانی می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه مهارت‌های ذهن آگاهی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی شهر اصفهان انجام گرفت.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و نوجوانان عادی در مقطع دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در شهر اصفهان بود. حجم نمونه شامل ۵۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و ۵۰ نوجوان عادی شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل سیاهه رفتاری کودک‌کان و نوجوانان آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) و مهارت‌های ذهن آگاهی (بایر، اسمیت، و آلن، ۲۰۰۴) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس چندمتغیری توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که نتایج نشان داد که بین مهارت‌های ذهن آگاهی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.001$ ). بدین صورت که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده در مقایسه با دانش‌آموزان عادی از میزان مهارت‌های ذهن آگاهی پایین‌تری برخوردارند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده به دلیل آسیب‌پذیری روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی، دارای مهارت‌های ذهن آگاهی پایینی هستند که نیاز است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب، نسبت به رفع این مشکلات اقدام نمود.

**کلمات کلیدی:** اختلال رفتار درونی‌سازی شده، مهارت‌های ذهن آگاهی، دانش‌آموزان

سمیه صباغی<sup>۱</sup>

ایران مهدی زادگان\*<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: .mahdeyzadegan@khuif.ac.ir

## مقدمه

نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و نوجوانان و تاثیر آن بر رشد و عملکرد کودک و نوجوان، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است (ویباکار، الن، گی و میسر-استدمان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی و نوجوانی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است (اصلی آزاد، عارفی، فرهادی و شیخ محمدی، ۱۳۹۱). در یک طبقه‌بندی کلی، اختلال‌های روان‌شناختی و رفتاری دوران کودکی و نوجوانی به دو دسته کلی اختلال‌های رفتاری درونی سازی شده<sup>۲</sup> در مقابل اختلال‌های رفتاری برونی سازی شده<sup>۳</sup> تقسیم شده است که هر گروه به نوبه خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (لاندرز، بلامی، دانس و هاوک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). اختلال‌های رفتاری برونی سازی شده مشکلات و الگوهای سازش نایافته‌ای را در برمی گیرد که در تعارض با دیگر افراد و محیط خود را آشکار می‌سازد (لیستاگ-لاندرز بردمیر و تایان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) که مبتنی بر رفتارهای قانون شکنانه<sup>۶</sup> و پرخاشگر گرایانه است که از آن جمله این اختلال‌ها می‌توان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی<sup>۷</sup>، اختلال سلوک<sup>۸</sup> و اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۹</sup> اشاره کرد (وو، باستین، اهینما و وگلس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸؛ دراوشی و حاج-یحیی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸).

اختلال‌های درونی سازی شده، برخلاف اختلال‌های برونی سازی شده ماهیتی درون‌فردی داشته و به صورت کناره‌گیری از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی نمایان

می‌شود (سیلوا، کاستا، کاپزینسکی، آگییر، سالام و مانفرو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷). این اختلال، کمتر منجر به آزار دیگران و یا آسیب‌رسانی به آنها می‌شود، بلکه بیشتر با هدف قرار دادن هیجانات و عواطف کودک و نوجوان، سبب آزار دیدن خود کودک و نوجوان می‌شود. علاوه بر این، اختلال‌های رفتاری درونی سازی شده با سکوت زیاد، ناامیدی و شکایات جسمانی همراه است که سبب می‌شود کودک و نوجوان احساس حقارت، کمرویی، ترس، دل‌بستگی بیش از حد و غم و اندوه نماید (ولگاست و دونات<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). بر طبق آمارها ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های رفتاری درونی سازی شده هستند (چن، لوییز و لیو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱). مشکلات درونی سازی شده می‌توانند بسیار زود و از سنین بسیار پایین (افسردگی از نوزادی و اضطراب از هفت سالگی) آغاز شوند (پرل، لوین، اودلند، کترر، کانون و مارکر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳). به علاوه درصد قابل توجهی از اختلال‌های رفتاری درونی سازی شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه دارند (هادسون، دونی و تیلور<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵). عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد فرزندی<sup>۱۷</sup> نامطلوب، سبک‌های تربیتی والدینی ناکارآمد، منفی-گرایی، مادرانه بیش از حد و نیز نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، در پیدایش، گسترش، تداوم و یا تشدید نشانه‌های اختلال‌های درونی سازی شده نقش مؤثری ایفا می‌کنند (هیکز، سود، دیراگو، پاکونو و مک کی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹).

اختلال‌های رفتار درونی سازی شده، حرمت‌نفس، خودپنداره، کارآیی اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودک و نوجوان مبتلا را در زمان حال و آینده تهدید می‌کند و می‌تواند خودپنداره، کارآیی اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودک

1. Vibhakar, Allen, Gee, Meiser-Stedman

2. internalized problems

3. externalized problems

4. Landers, Bellamy, Danes, Hawk

5. Listug-lunde, Bredmeier, Tyan

6. outlaw behavior

7. attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

8. conduct disorder

9. obedient defensive disorder (ODD)

10. Wu, Bastian, Ohinmaa, Veugelers

11. Darawshy, Haj-Yahia

12. Silva, Costa, Kapczinski, Aguiar, Salum, Manfro

13. Wolgast, Donat

14. Chen, Lewis, Liu

15. Perle, Levine, Odland, Ketterer, Cannon, Marker

16. Hudson, Deveny, Taylor

17. internalizing behavior problems

18. Hicks, South, Dirago, Iacono, McGue

و نوجوان را به سطح پایینی تنزل دهد (مور، دنولت و لاکل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). یکی از مولفه‌هایی که به دلیل شرایط خاص نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده در آنها می‌تواند دارای آسیب شود، مهارت‌های ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> است. ذهن‌آگاهی به عنوان توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت تعریف شده است (کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). افکار و رفتارهایی که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع می‌باشند و قبلاً ناهشیار یا خودآیند بودند، از طریق ذهن‌آگاهی به پدیده‌هایی قابل مشاهده تبدیل می‌گردند (سمبل و لی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ به نقل از اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی، ۱۳۹۸). همچنین ذهن‌آگاهی نوعی روش سیستمی و فشرده است که به منظور افزایش توجه، آگاهی و بینش و نیز کسب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه توانمندی‌های درونی برای رسیدن به آرمیدگی به کار می‌رود (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ لی و زلمان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی روشی است برای تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی (میلر و بروکر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). بر این اساس، شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر اثرات مفید ذهن‌آگاهی در شناخت خود و بهبود رفتارهای فردی، اجتماعی و تحصیلی است (هوپ وود و اسپجات<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ هافمن، آنجلیا و گومز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). از سوی دیگر ذهن‌آگاهی با فرایندهای شناختی همچون کارکردهای اجرایی مغز را نیز تحت تاثیر قرار دهد که بر این اساس بر خورداری از مهارت‌های ذهن‌آگاهی با برنامه‌ریزی، سازماندهی و کنترل رفتار بالاتر همراه است (فرهادی، اصلی‌آزاد و شکرخدایی، ۱۳۹۷).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که بررسی اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده در سنین نوجوانی جهت طراحی و آماده ساختن خدمات درمانی مناسب با هدف کاهش پیامدهای منفی و رشد اختلالات روانی بعدی و بهبود

کارکرد نوجوانان ضروری است که البته این فرایند باید بر اساس شناسایی مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی آسیب‌پذیر در این نوجوانان صورت پذیرد. چرا که قبل از درمان باید مشخص شود که چه مولفه‌هایی در این نوجوانان آسیب‌پذیر بوده است؛ هدفی که این پژوهش به دنبال آن است. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی در نوجوانان دارای اختلال‌های رفتار درونی‌سازی شده و نظر به یافته‌های پژوهش‌های پیشین که حاکی از تفاوت این نوجوانان با نوجوانان عادی در فرایندهای هیجانی همچون افسردگی، ابرازگری هیجانی و ارتباطات اجتماعی تریبخش داشت، و از طرفی نظر به اینکه تاکنون پژوهشی با عنوان مقایسه مهارت‌های اجتماعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی صورت پذیرفته است، پژوهشگران بر آن شد تا در پژوهش حاضر به مقایسه مولفه بیان شده در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی پردازد. بر این اساس مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا بین مهارت‌های اجتماعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی تفاوت وجود دارد؟

### روش کار

روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. هدف از بکارگیری روش علی-مقایسه‌ای، یافتن علل احتمالی یک الگوی رفتاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی در مقطع دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در شهر اصفهان بود. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش‌گانه ادارات آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد (آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان). در مرحله بعد، از بین مدارس دوره متوسطه اول، تعداد ۸ مدرسه انتخاب و با مراجعه به مدارس انتخابی، از مشاوران و معلمان آنها درخواست گردید، دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری را معرفی نمایند. در گام اول تعداد ۸۹ دانش‌آموز

1. Moor, Denollet, Laccelle

2. Mindfulness skills

3. Kroska, Miller, Roche, Kroska, O'Hara

4. Semple, Lee

5. Segal, Williams & Teasdale

6. Lee, Zelman

7. Miller, Brooker

8. Hopwood, Schutte

9. Hofmann, Angelina, Gomez

سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان تهیه شده است. پاسخدهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینه نادرست است (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک) و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات  $t$  برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). گلاسر<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش ناکامورا، اباتانی، برنستاین و چورپیتا<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی سیاهه رفتاری کودکان، مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات درونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

#### پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی

پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی<sup>۶</sup> توسط بایر، اسمیت، و آلن<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ ماده و چهار مؤلفه ذهن آگاهی طراحی شده است که عبارتند از: مشاهده‌گری (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۷، ۳۹)، توصیف بدون برچسب (سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۴)، عملکرد همراه با آگاهی (تمرکزگری) (سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۳۸) و پذیرش بدون

معرفی گردید. سپس به دانش‌آموزان معرفی شده، سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات درونی‌سازی شده در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل گردد. پس از اجرای پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، تعداد ۶۸ دانش‌آموز دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده تشخیص داده شد. در گام بعد از بین دانش‌آموزانی که دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی شده تشخیص داده شده بودند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان) تعداد ۵۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب شدند. تعداد ۵۰ دانش‌آموز عادی نیز به شکل تصادفی از همین مدارس انتخاب شد. اعضای دو گروه در ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن و میزان تحصیلات هم‌تا شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن<sup>۱</sup> و تعیین اندازه اثر با توجه به  $\beta=0/8$  و  $\alpha=0/005$ ،  $a=0/05$  پیشینه پژوهش (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) محاسبه شد که در هر دو گروه ۵۰ نفر برآورد گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن علائم افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، برخورداری از سلامت جسمی و عملکرد انضباطی مناسب بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پر کردن ناقص و یا مخدوش پرسشنامه‌ها و بروز رخداد پیش‌بینی نشده همانند بیماری بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل پژوهش آگاه شدند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

#### ابزار پژوهش

##### سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان

در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات درونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان آخنباخ و رسکورلا<sup>۳</sup> استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای

4. Glosser

5. Nakamura, Ebesutani, Bernstein, Chorpita

6- Kentaki Inventory mindfulness skills

7. Baer, Smith & Allen

1. Cohen

2. Kline, Honaker, Joseph and Scheve

3. Achenbach, Rescorla

قضاوت (سوالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۶). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا اکثراً (نمره یک تا پنج) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ است. در این مقیاس فردی که نمره بالایی را اخذ نماید به معنی آن است که ذهن‌آگاهی بالایی دارد. نتایج تحلیل روان‌سنجی بایر و همکاران (۲۰۰۴) روی مشارکت کنندگان، نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۷۳) برخوردار و نیز ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مشاهده‌گری، توصیف‌گری، تمرکزگری، و پذیرش‌گری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ است. همچنین روایی بازآزمایی آنها نیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بدست آمد. همچنین، همبستگی معناداری بین این سیاهه و مقیاس‌های دیگر از جمله ابزار ارزیابی ذهن‌آگاهی براون و ریان<sup>۱</sup>، سیاهه ذهن‌آگاهی فریرگ، مقیاس شناختی و عاطفی ذهن‌آگاهی فلدمن<sup>۲</sup> و پرسشنامه ذهن‌آگاهی چادویک<sup>۳</sup> وجود دارد (بایر، اسمیت، هاپکینز، کریتمایر و کانی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسونند و نیک‌منش، (۱۳۹۴) در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ است و تحلیل عوامل، بیانگر وجود ۴ عامل تمرکزگری، توصیف‌گری، توجه به امور (پذیرش‌گری) و مشاهده‌گری در این سیاهه بود، که این عوامل، ۴۲/۲۶ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. اعتبار همگرایی خرده مقیاس‌های این آزمون، بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۸ بدست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مشاهده‌گری، توصیف بدون برجسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ و برای نمره کل ذهن‌آگاهی ۰/۸۱ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

پس از مراجعه به مدراس منتخب، از بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتار درونی‌سازی شده، تعداد ۵۰ دانش‌آموز به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. پس از آن تعداد ۵۰ دانش‌آموز عادی نیز که در متغیرهای دموگرافیک مانند جنسیت، سن و میزان تحصیلات با دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتار درونی‌سازی شده هم‌تا بودند، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش به این افراد ارائه و از آنها درخواست گردید که با حوصله و دقت کافی به سوالات مربوط به عوامل دموگرافیک و مهارت‌های ذهن‌آگاهی پاسخ دهند. سپس این پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که در تعداد نمونه‌ها ریزشی وجود نداشت.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که میانگین سنی در گروه دانش‌آموزان عادی ( $3/62 \pm 13/4$ ) و در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده ( $3/22 \pm 14/25$ ) بود. میانگین هوش دانش‌آموزان عادی ( $5/52 \pm 10/5$ ) و در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده ( $4/75 \pm 10/3/4$ ) بود. میانگین سنی و هوشی دو گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده توسط آزمون آماری واریانس با هم مقایسه شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با

1. Brown, Ryan

2. Feldman

3. Chadwick

4. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, Toney

اختلال رفتار درونی سازی شده در متغیرهای سن و هوش تفاوت معناداری وجود نداشته و از این منظر این دو گروه همتا هستند.

### جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مولفه مهارت‌های ذهن آگاهی و زیرمقیاس‌های آن (مشاهده گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد

همراه با ذهن آگاهی و پذیرش بدون قضاوت) در دو گروه دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال رفتار درونی سازی شده

مولفه ها		گروه دانش آموزان عادی		گروه دانش آموزان با اختلال رفتار درونی سازی شده	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره کل مهارت‌های ذهن آگاهی	۱۳۴/۲۴	۱۰/۲۴	۹۴/۸۲	۱۰/۹۶	
مشاهده گری	۴۴/۱۲	۵/۳۳	۲۷/۹۶	۵/۲۲	
توصیف بدون برچسب	۲۹/۱۸	۵/۷۵	۲۰/۸۲	۴/۷۷	
عملکرد همراه با ذهن آگاهی	۳۴/۰۸	۶/۲۴	۲۴	۴/۹۳	
پذیرش بدون قضاوت	۲۶/۸۶	۵/۴۵	۲۲/۰۴	۵/۸۰	

و یلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر ذهن آگاهی و ابعاد آن در دو گروه دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال رفتار درونی سازی شده برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

نتایج حاصل از جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین نمرات مهارت‌های ذهن آگاهی در گروه دانش آموزان با اختلال رفتار درونی سازی شده از میانگین نمرات دانش آموزان عادی کمتر است. اما معناداری این تفاوت توسط آمار استنباطی در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو

### جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس جهت مقایسه ذهن آگاهی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
	متغیرها	مجذورات	آزادی	مجذورات				
مهارت‌های	عضویت گروهی	۳۸۸۴۸/۴۱	۱	۳۸۸۴۸/۴۱	۳۴۵/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
ذهن آگاهی	خطا	۱۱۰۳۰/۵۰	۹۸	۱۱۲/۵۵				
	کل	۱۳۶۱۵۹۱	۱۰۰					

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی در مولفه ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). چنانکه یافته‌های توصیفی نیز بیانگر آن بود که میانگین نمرات مولفه ذهن آگاهی در گروه دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده نسبت به دانش آموزان عادی کمتر است. این بدان معناست که دانش آموزان دارای

اختلال رفتار درونی سازی شده به شکل معناداری از میزان ذهن آگاهی پایین تری نسبت به دانش آموزان عادی برخوردارند. همچنین یافته‌ها بیانگر آنند که ۷۸ درصد واریانس تغییرات در مولفه ذهن آگاهی به وسیله متغیر گروه‌بندی (داشتن یا نداشتن اختلال رفتاری درونی سازی شده) تبیین می‌شود. در ادامه به بررسی تفاوت دو گروه در ابعاد ذهن آگاهی پرداخته می‌شود.

### جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه ابعاد مهارت‌های ذهن آگاهی (مشاهده گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد

همراه با ذهن آگاهی و پذیرش بدون قضاوت) در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی

منبع تغییر	متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات					
مشاهده گری	۶۵۲۸/۶۴	۱	۶۵۲۸/۶۴	۲۳۴/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱	

گروه	توصیف بدون برچسب	۱۷۴۷/۲۴	۱	۱۷۴۷/۲۴	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۶۲/۵۶
	عملکرد با ذهن‌آگاهی	۲۵۴۰/۱۶	۱	۲۵۴۰/۱۶	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱	۸۰/۲۰
	پذیرش بدون قضاوت	۵۸۰/۸۱	۱	۵۸۰/۸۱	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	۱۸/۳۰
خطا	مشاهده‌گری	۲۷۳۳/۲۰	۹۸	۲۷/۸۹			
	توصیف بدون برچسب	۲۷۳۶/۷۶	۹۸	۲۷/۹۲			
	عملکرد با ذهن‌آگاهی	۳۱۰۳/۶۸	۹۸	۳۱/۶۷			
	پذیرش بدون قضاوت	۳۱۰۹/۹۴	۹۸	۳۱/۷۳			
کل	مشاهده‌گری	۱۳۹۱۵۰	۱۰۰				
	توصیف بدون برچسب	۶۶۹۸۴	۱۰۰				
	عملکرد با ذهن‌آگاهی	۸۹۹۷۶	۱۰۰				
	پذیرش بدون قضاوت	۶۳۴۷۱	۱۰۰				

درونی‌سازی شده در مقایسه با دانش‌آموزان عادی در متغیرهای مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت نیز دارای میانگین نمرات پایین‌تری هستند. این یافته با نتایج پژوهش دراوشی و حاج-یحیی (۲۰۱۸) همسو است. چنانکه این پژوهشگران به بررسی اختلال‌های رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان پرداختند. آنها نشان دادند که خودکارآمدی فردی و اجتماعی می‌تواند اختلالات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان را تحت تاثیر قرار دهد و بر این اساس یکی از زمینه‌های متاثر از این اختلال، فرایندهای شناختی و ذهنی آنها همچون مهارت‌های ذهن‌آگاهی است.

در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که اختلال‌های درونی‌سازی شده ماهیتی درون‌فردی دارند و به صورت کناره‌گیری از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شود (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). با دقت در اختلال‌های موجود در اختلال رفتار درونی‌سازی شده می‌توان به تبیین این یافته پرداخت. به این صورت که کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده از افسردگی و اضطراب به عنوان رایج‌ترین اختلالات درونی‌سازی شده رنج می‌برند. اختلال افسردگی به گونه منفی عملکرد شخصی، خانوادگی، اجتماعی و هیجانی به هنجار را تحت تاثیر قرار می‌دهد (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس برخورداری از علائم افسردگی، خلق دانش‌آموزان دازرای اختلال رفتار درونی‌سازی شده را منفی می‌کند. از طرفی پژوهش‌های گذشته نشان داده اند که افراد

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی در مولفه‌های مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت تفاوت معنادار وجود داشته است ( $p < 0/001$ ). حال آنکه یافته‌های توصیفی نیز نشان داده بود که میانگین نمرات مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت در گروه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده نسبت دانش‌آموزان عادی کمتر است. همچنین یافته‌ها بیانگر آنند که در متغیرهای مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۳۹، ۴۵ و ۱۶ درصد واریانس تغییرات به وسیله متغیر گروه بندی (داشتن یا نداشتن اختلال رفتاری درونی‌سازی شده) تبیین می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهن‌آگاهی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی شهر اصفهان انجام گرفت. نتایج نشان داد که نتایج نشان داد که بین ذهن‌آگاهی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). بدین صورت که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده در مقایسه با دانش‌آموزان عادی از میزان ذهن‌آگاهی کمتری برخوردارند. علاوه بر این نتایج بیانگر آن بودند که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار

نیز باعث می شود تا آنها نمرات پایینی را در زیرمقیاس های توصیف بدون برجسب و پذیرش به دست آورند. محدود بودن دامنه تحقیق به دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی شهر اصفهان و عدم استنباط علی از نتایج پژوهش حاضر (به دلیل علی- مقایسه ای بودن روش پژوهش) از محدودیت های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت، دیگر گروه های سنی و با بکارگیری روش های مداخله ای مناسب اجرا شود. با توجه به تفاوت معنادار مهارت های ذهن آگاهی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود روش های درمانی مناسبی همچون درمان ذهن آگاهی کودک و نوجوان محور و آموزش مهارت های اجتماعی و هوش هیجانی به این دانش آموزان ارائه تا بدین وسیله در جهت بهبود مهارت های ذهن آگاهی این دانش آموزان گامی عملی برداشته شود.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۴۷ است. بنابراین از تمام دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش و مسئولین مدارس انتخاب شده، تشکر و قدردانی می گردد.

دارای علائم افسردگی دارای مهارت های ذهن آگاهی پایینی هستند (لی و زلمان، ۲۰۱۹). بنابراین این اختلال سبب می شود تا دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده آگاهی شناختی و فراشناختی خود را از دست داده و ذهن آگاهی کمتری را تجربه نمایند.

یافته دیگر پژوهش حاضر بیانگر آن بود که دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده در متغیرهای مشاهده گری، توصیف بدون برجسب، عملکرد همراه با ذهن آگاهی و پذیرش بدون قضاوت نسبت به دانش آموزان عادی دارای میانگین نمرات پایین تری هستند. در تبیین این یافته باید گفت که اختلال رفتار درونی سازی شده سبب می شود تا دانش آموزان مبتلا در آمیختگی فکر و عمل بالایی را تجربه و گزارش کنند (ولگاست و دونات، ۲۰۱۹). آمیختگی فکر و عمل نیز سبب می شود تا دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده نتوانند به مشاهده افکار، هیجانات و احساسات خود بپردازند؛ چرا خود نیز در آن آمیخته شده اند. این فرایند سبب می شود تا دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده در مشاهده گری و و ذهن آگاهی نمرات پایینی را تجربه نمایند. علاوه بر این باید بیان نمود که دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده دارای سوگیری شناختی و هیجانی نسبت به خود و دیگرانند (پرل و همکاران، ۲۰۱۳). سوگیری شناختی سبب می شود تا این دانش آموزان نتوانند توصیف صادقانه از وقایع محیطی داشته و همچنین نسبت به پذیرش افکار، احساسات و هیجانات خود و دیگران دچار ضعفند. این فرایند

### منابع

- اصلی آزاد، مسلم، عارفی، مژگان، فرهادی، طاهره و شیخ محمدی، روح الله. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی دوره دبستان، روش ها و مدل های روان شناختی، ۲(۹): ۷۱-۹۰.
- اصلی آزاد، مسلم، منشی، غلامرضا و قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و در آمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی اختیاری. فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۱): ۸۳-۹۴.
- دهقانی، محسن، اسماعیلیان، نسرين، اکبری، فاطمه، حسونند، مرجان و نیک منش، احسان. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان شناختی و ساختار عاملی پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی، مجله اندیشه و رفتار، ۹(۳۳): ۲۳-۱۱.



فرهادی، طاهره، اصلی آزاد، مسلم و شکر خدایی، نیلوفر سادات. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۴): ۹۲-۸۱

- Lee, F.K.S., Zelman, D.C.(2019). Boredom proneness as a predictor of depression, anxiety and stress: The moderating effects of dispositional mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 146: 68-75.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-reports the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3): 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13: 27-45
- Hofmann, S.G., Angelina, F., Gomez, B.A.(2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression, *Psychiatric Clinics of North America*. 40(4), 739-749.
- Hopwood, T.L., Schutte, N.S.(2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*. 57: 12-20.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., Scheve, k. (2001). Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review*, 95: 49-69.
- Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*. 225: 326-336.
- Miller, C.J., Brooker, B.(2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28: 108-118.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Vibhakar, V., Allen, L.R., Gee, B., Meiser-Stedman, R.(2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255: 77-89.
- Achenbach, T.M., Resocorla, L.A.(2001). *Manual for ASEBA school-age forms and profiles*, Burlington VT; University of Vermont. Research Center for Children, Youth & Families.
- Chen, X., Lewis, G., Liu, J. (2011). Childhood internalizing behavior: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10): 884-894.
- Darawshy, N.A., Haj-Yahia, M.M.(2018). Palestinian adolescents' exposure to community violence and internalizing and externalizing symptoms: Parental factors as mediators, *Children and Youth Services Review*, 95: 397-406.
- Glosser, R.(2011). Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism. Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.
- Hicks, B.M., South, S.C., Dirago, A.C., Iacono, W.G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders, *Archives of General Psychiatry*, 66 (6): 640-648.
- Hudson, J., Deveny, C., Taylor, L. (2005) Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. *Pediatric annals*, 34(2): 97-106.
- Landers, A.L., Bellamy, J.L., Danes, S.M., Hawk, S.W.(2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81: 413-421.
- Listug-lunde, L., Bredmeier, K., Tyan, W.D.(2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1: 124-130
- Moor, E.L., Denollet, J., Laceulle, O.M.(2018). Social inhibition, sense of belonging and vulnerability to internalizing problems. *Journal of Affective Disorders*, 225: 207-213.
- Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A., Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 178-189.
- Perle, J.G., Levine, A.B., Odland, A.P., Ketterer, J.L., Cannon, M.A., Marker, C.D. (2013). The Association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1): 1-24.
- Silva, C.T.B., Costa, M.A., Kapczynski, F., Aguiar, B.W., Salum, G.A., Manfro, G.G.(2017). Inflammation and internalizing disorders in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 77: 133-137.
- Wolgast, A., Donat, M.(2019). Cultural mindset and bullying experiences: An eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. *Children and Youth Services Review*, 99: 257-269.
- Wu, X.Y., Bastian, K., Ohinmaa, A., Veugelers, P.(2018). Influence of physical activity, sedentary behavior, and diet quality in childhood on the incidence of internalizing and externalizing disorders during adolescence: a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 28(2): 86-94.

## Original Article

### Compare Mindfulness Skills among Students with Internalized Behavioral Disorder and Normal Students

Received: 11/12/2019 - Accepted: 20/02/2020

Somayeh Sabbaghi<sup>1</sup>  
Iran Mehdi Zadegan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: i.mahdeyzadegan@khuisf.ac.ir

#### Abstract

**Introduction:** The occurrence of behavioral disorders can cause harm to social interactions and emotional processes. Therefore, The present study was conducted aiming to compare mindfulness skills among students with internalized behavioral disorder and normal students in the city of Isfahan.

**Methods:** The research method was causal-comparative. The statistical population included all first high school adolescents with internalized behavioral disorder and normal ones in academic year 2017-18 in the city of Isfahan. The sample size in the study included 50 students with internalized behavioral disorder and 50 normal adolescents in the city of Isfahan who were selected through multi-stage clustered random sampling method. The applied instruments included children and adolescents behavioral inventory (Achenbach and Rescorla, 2001) AND mindfulness skills questionnaire (Bier, Smith and Allen, 2004). The data from the study were analyzed through repeated measurement MANOVA method via SPSS<sub>23</sub> software.

**Results:** The results showed that there is a significant difference between mindfulness skills among students with internalized behavioral disorder and normal students in the city of Isfahan ( $p < 0.001$ ). Thus, students with internalized behavioral disorder have lower mindfulness skills than normal students.

**Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that that students with internalized behavioral disorder due to psychological, emotional and social vulnerability, have low mindfulness skills that need to be addressed by solving these problems by employing appropriate psychological treatments.

**Key words:** Internalized behavioral disorder, mindfulness skills, student