

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی و کیفیت ارتباط با همسالان کودکان

بیش فعال دبستانی

بی بی طاهره موسوی کاخکی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه عالی زند شیراز

mbibitahere@gmail.com

۰۹۱۵۵۰۸۱۹۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی و کیفیت ارتباط با همسالان کودکان بیش فعال دبستانی انجام شد. پژوهش حاضر، با هدف کاربردی، از نوع کمی، به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان بیش فعال دبستانی ۷ تا ۱۲ ساله شهر مشهد ناحیه ۶ در سال ۱۴۰۲ بود. در پژوهش حاضر، پژوهشگر از میان کلیه کودکان مدارس ابتدایی پسرانه ناحیه ۶ شهر مشهد با روش هدفمند و با آزمون نقص توجه کانرز فرم معلم تعداد ۴۰ دانش آموز بیش فعال را شناسایی و به صورت تصادفی ۲۰ نفر را در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داد. و پیش آزمون از آنها به عمل آمد. پس از آن در آخرین جلسه آموزش از گروه آزمایش و گروه کنترل که هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند مجدد پس آزمون اخذ شد. در نهایت داده ها توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. پرسشنامه ها بعد از جمع آوری با نرم افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت. بدینگونه که در سطح توصیفی به محاسبه شاخص های توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار پرداخته شد و در سطح استنباطی جهت بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت ارتباط با همسالان از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت ارتباط با همسالان تاثیر معناداری دارد. جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی تاثیر معناداری دارد.

کلید واژگان: آموزش ذهن آگاهی ، علائم نقص توجه و بیش فعالی ، کیفیت ارتباط با همسالان

۱-مقدمه

اختلال کمبود توجه / بیش فعالی^۱ به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات تشخیصی در حیطه اختلالات عصبی رشدی شناخته شده است. این اختلال رایج ترین اختلال دوران کودکی است که به مساله مهمی برای روانشناسان، روانپزشکان، والدین و معلمان تبدیل شده است (بوسینگ، میسن، بل، پارتو و گارون^۲، ۲۰۱۰). این اختلال شامل عمدتاً تکانشگری ، بی توجهی و نوع مرکب میباشد (بلاسکو ،

^۱ -ADHD

^۲ -Bussing, Mason, Bell, Porter, & Garvan

فونتکیال، گونزالسپرز، گارسالیوپز، پوزاکانو، پرز مورنو^۱ (۲۰۱۵). معیارهای پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) برای این اختلال بر دو چیز تاکید دارد: حضور نقص های مرتبط با این اختلال تا قبل از ۱۲ سالگی، و حضور این اختلال در حداقل دو محیط مختلف، مثال خانه و مدرسه (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به ADHD در بخش هایی از خود دارای ناهنجاری هستند. برای مثال در مغز این کودکان دستگاه شبکه ای که در عملکرد توجه و هشیاری نقش دارد به درستی عمل نمیکند (ویلنز، رابرتسون، شیکیریا، هارپر، یانگ، بلومفیلد^۳، ۲۰۱۵).

همچنین این کودکان در مخچه و قطعه پیشانی به ویژه قطعه پیش پیشانی که در برنامه ریزی، سازماندهی، تصمیم گیری، ادراک زمان، حافظه، بازداری و تفکر نقش دارند، دچار مشکلاتی هستند (چو، لین، سانگ و کائو^۴، ۲۰۱۴). همچنین افزایش شدت علائم ADHD با کاهش بازسازی قشر اینسولای داخلی رابطه دارد (هوآنگ، مغرت، پارزلی، تایلر، اروی، بوتکین^۵، ۲۰۱۹). بیش فعالی و تکانشگری از جدی ترین مشکلات کودکان دارای اختلال نقص در توجه و بیش فعالی است. اغلب کودکان مبتلا به اختلال دچار مشکل در توانایی حل مساله هستند. اختلال بیش فعالی^۶ شایع ترین اختلال عصبی رفتاری است که در مراجعان به درمانگاه های روانپزشکی کودک و نوجوان مشاهده می شود (ویلنز^۷، فارائونه^۸، بیدرمن^۹ و گاناواردن^{۱۰}، ۲۰۰۴). شیوع این اختلال را که از اوایل کودکی آغاز می گردد، تا ۱۲ درصد تخمین می می زند (ویس^{۱۱}، ۱۹۹۶). بررسی ها حاکی از آن است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد، علائم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می کند (آدلر و کوهن، ۲۰۰۴). شیوع اختلال کم توجهی - بیش فعالی (ADHD) در بزرگسالان حدود پنج درصد برآورد می شود (ویلنز، ۲۰۰۴). یکی از مشکلات کودکان بیش فعال نحوه ارتباط با همسالان آنهاست.

پژوهش های متعدد نشان می دهد که همسالان بیشترین تاثیر را بر روی فاکتورهای رفتاری کودکان دارند. ارتباط با همسالان^{۱۲} به میزان رفاقت و دوستی با همسالان و جذب گروهی و پذیرش در جمع دوستان گفته میشود، که بارزه ی آن احساس رفاقت و احساس تعلق به گروه میباشد. رابطه با دوستان و همسالان، رابطه ای مبتنی بر تساوی و تفاهم است که فرد مجبور است برای برقراری ارتباط با گروه مرتب رفتار خود را مورد ارزیابی قرار دهد و در برقراری رابطه رفتارهای ناخوشایندی که باعث طرد او از گروه می شود جلوگیری کند (لی و بونک^{۱۳}، ۲۰۱۶). کودکان میزان زیادی از وقت خود را با دوستان خود می گذرانند. این تعامل دائم و مستقیم باعث می گردد همسالان تاثیرات قوی تر و موثرتری نسبت به والدین داشته باشند و نکته بسیار مهم تر آنکه فشار همسالان بر کودکان و نوجوانان با عزت نفس پایین، تاثیر گذارتر خواهد بود و حتی برای اینکه همسالان وی را در گروه خود بپذیرند، حتی حاضرند دست به کارهایی بزنند که برخلاف عقاید خود و یا خانواده شان باشد. برای مثال فشار همسالان باعث تجربه استفاده از سیگار یا مواد مخدر، فرار از مدرسه و یا رفتارهای پر خطر رایج در دوران نوجوانی می گردد (گو، گرین، کندی، پولارد و توکر، ۲۰۱۰). پی^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱) در بررسی نقش مصرف مواد همسالان و افسردگی نوجوانان در مصرف مواد نوجوانان نشان دادند مصرف مواد همسالان در سنین نوجوانی، مصرف مواد در بزرگسالی را پیش بینی می کند. در زمینه درمان بیش فعالی، تجویز دارو در سالهای اخیر به شدت افزایش یافته است؛ اما امروزه به دلیل عوارض جانبی داروها، اجبار به ادامه مصرف برای حفظ اثرات و پایداری ضعیف به درمان، از درمانهای غیردارویی برای درمان این اختلال استقبال زیادی

1 -Blasco-Fontecilla, Gonzalez-Perez, Garcia-Lopez, Poza-Cano, Perez-Moreno

2 -Kaplan & sadok

3 -Wilens, Robertson, Sikirica, Harper, Young, Bloomfield

4 -hou, Lin, Sung, & Kao

5 -Hwang, Meffert, Parsley, Tyler, Erway, Botkin

6- hyperactivity disorder

7- Wilens

8- Faraone

9- Biederman

10- Ganawarden

11- Weiss

12 - Communication with peers

13 -Lee & bonk

14 -pei

به عمل آمده است. درمان ذهن آگاهی^۱ یکی از درمان های غیردارویی است. از مسیرهای درمانی ذهن آگاهی میتوان به تنظیم توجه، تنظیم هیجانی و آگاهی بدنی اشاره کرد (عبدالله زاده و همکاران، ۱۴۰۲). در نگاه اول، ذهن آگاهی و ADHD ترکیبی متناقض به نظر می آید؛ اما در نظر گرفتن جنبه های کلیدی ذهن آگاهی نحوه مفید بودن این روش را برای بهبود علائم اختلال مذکور شفاف میسازد. ذهن آگاهی با آگاه کردن فرد از آن چه باعث حواس پرتی او شده و کمک به بازگرداندن توجه به آن چه قبلاً روی آن متمرکز بوده، به فرد مبتلا کمک میکند و میتوان گفت در واقع نوعی تمرین توجه و هیجان است. همچنین مطالعات از ایجاد تغییرات مغزی در حین تمرینات ذهن آگاهی به ویژه حافظه حکایت میکنند (ژو، ژانگ و هاوونگ، ۲۰۱۹). در همین راستا نتایج پژوهشی نشان داده است که میانگین نمرات بازداری رفتاری، برنامه ریزی و توجه در گروه مورد مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است (لو، ونگ، ونگ و ینگ، ۲۰۱۶).

یکی از مهم ترین مسائل بشری، که از دیرباز مورد توجه ادیان، مکاتب و اخیراً اندیشمندان روان شناسی بوده، شناخت «خود»، و آگاهی از مفهوم و ساختار آن است. این موضوع، به دلیل اهمیت آن در جنبه های مختلف روان شناسی، به ویژه در حوزه آسیب شناسی که مشکلات رفتاری و اختلالات روان شناختی را به «خود» به منزله هسته مرکزی شخصیت نسبت می دهد، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می افتد، یعنی تجربه واقعیت محض بدون هیچ گونه توضیح است. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگر چه در انجام آن روش ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (زادباقر، بیرشک و زاده محمدی، ۱۳۹۴). حوزه تجربه ذهن آگاهی بسیار وسیع است و شامل احساس ها، ادراک ها، تکانه ها، هیجان ها، افکار، گفتار، عملکرد و ارتباط است و بنابراین می تواند به کسی که مبتلا به مشکلات هیجانی است کمک کند. به نظر تیزدل، ویلیامز، سگال و سلسبی^۲ (۲۰۰۰) مهارت های آموخته شده کنترل توجه در مراقبه ذهن آگاهی می توانند در پیشگیری از اختلالات جسمانی و روانی باشند. در همین راستا عبدالله زاده و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی-بیش فعالی نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی کودک کاهش مشکلات خواب (مقاومت در به خواب رفتن، پاراسومنی و خواب آلودگی روزانه) و مشکلات رفتاری را در پس آزمون و پیگیری به همراه داشته است. (p<۰.۰۵/۰). مرادی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل بازداری و توجه انتخابی بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کنترل بازداری و توجه انتخابی در مراحل پس آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. گلستانی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر بی توجهی و بیش فعالی در دانش آموزان بیش فعال ۱۶-۱۳ ساله نشان دادند که متغیرهای بی توجهی ($F=24/441$) و بیش فعالی ($F=74/195$) در سطح آلفای ۰/۰۵ تفاوت معنی داری را بین گروه های آزمایش و گواه دارند و نشان می دهد که آموزش مهارت های ذهن آگاهی در کاهش علائم بی توجهی و بیش فعالی تاثیر دارد. این نتایج بیان می کند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی می تواند با کمک تکنیک های صحیح توجه کردن به تمام لحظات زندگی باعث کاهش علائم بی توجهی و بیش فعالی در دانش آموزان بیش فعال شود. الایسر و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مراقبت های اولیه و نقش شدت افسردگی و حضور در درمان پرداختند. این مطالعه دو هدف داشت: (۱) ارزیابی اثربخشی MBCT ارائه شده در مراقبت های اولیه با توجه به نمرات افسردگی قبل از درمان و (۲) بررسی نقش ویژگی های شرکت کنندگان در بهبود علائم. داده ها از ۴۳۳ نفر که MBCT دریافت کردند به دست آمد. شرکت کنندگان پرسشنامه شخصیتی را برای پیش درمانی (ICD-11 (PiCD) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) را قبل و بعد از درمان تکمیل کردند. اکثر افرادی که در ابتدا فاقد علائم افسردگی بودند، پس از درمان در

¹ -Mindfulness based

² - Xue, Zhang & Huang

³ - Lo, Wong, Wong, Wong & Yeung

⁴ - Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A.

محدوده غیر بالینی باقی ماندند. به نظر می رسد شدت افسردگی در ورودی، حضور و سن، اما نه ویژگی های شخصیتی، با بهبود علائم مرتبط باشد. بر اساس نتایج بدست آمده MBCT می تواند به طور موثر و ایمن در مراقبت های اولیه ارائه شود. پژوهش فلیوسولرو همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تغییرات مثبت در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی فیزیکی، بهزیستی هیجانی، سطوح فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی شده است. ژو، ژانگ و هاوونگ^۱ (۲۰۱۹) در یک فراتحلیل دریافتند که مداخلات ذهن آگاهی تأثیر زیادی در کاهش علائم اختلال کم توجهی بیش فعالی دارد. مسئله ای که این پژوهش به دنبال آن است این است که آیا درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی و کیفیت ارتباط با همسالان در کودکان بیش فعال تأثیر دارد یا خیر؟

۲- روش شناسی

پژوهش حاضر، با هدف کاربردی، از نوع کمی، به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان بیش فعال دبستانی ۷ تا ۱۲ ساله شهر مشهد ناحیه ۶ در سال ۱۴۰۲ بود. در پژوهش حاضر، پژوهشگر از میان کلیه کودکان مدارس ابتدایی پسرانه ناحیه ۶ شهر مشهد با روش هدفمند و با آزمون نقص توجه کانرز فرم معلم تعداد ۴۰ دانش آموز بیش فعال را شناسایی و به صورت تصادفی ۲۰ نفر را در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داد. و پیش آزمون از آنها به عمل آمد. پس از آن در آخرین جلسه آموزش از گروه آزمایش و گروه کنترل که هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند مجدد پس آزمون اخذ شد. در نهایت داده ها توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. پرسشنامه ها بعد از جمع آوری با نرم افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت. بدینگونه که در سطح توصیفی به محاسبه شاخص های توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار پرداخته شد و در سطح استنباطی جهت بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

۲-۱- ابزارهای پژوهش

۲-۱-۱- پرسشنامه اختلال نقص توجه بیش فعالی کانرز (CPRS-R)

برای شناسایی کودکانی که دارای نشانه های اختلال نقص توجه بیش فعالی هستند از مقیاس درجه بندی کانرز، فرم گزارش والدین (CPRS-R) استفاده شد. مقیاس کانرز والدین یک پرسشنامه ۴۸ قسمتی است که به وسیله والدین تکمیل می شود. پاسخ سؤالات در فرم هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده و با استفاده از ۴ گزینه نمره گذاری می شود لذا دامنه نمرات هر سوال از صفر تا ۳ متغیر است. سؤالات مربوط به مشکلات بیش فعالی-تکانشگری ۱۰ سوال می باشد و نمره برش آن ۱۵ در نظر گرفته شده است. تکمیل این پرسشنامه، حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول می انجامد.

اختلال نقص توجه /بیش فعالی به عنوان الگوی تکراری بیش فعالی، تکانش گری و بی توجهی توصیف شده است که غالباً قبل از هفت سالگی شروع می شود و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (نیکخو، ۱۳۸۰). اختلال نقص توجه بیش فعالی توسط پرسشنامه آزمون کانرز (CPRS-R) با ۴۸ سوال سنجیده شده است. سؤالات همگی از طیف ۴ تایی لیکرت تشکیل شده اند که میزان موافقت پاسخ دهندگان با سؤالات را از ۰ (هیچ گاه) تا ۳ (همیشه) نشان می دهد. روایی و پایایی پرسشنامه

در مطالعه ای که در ایران توسط خوشابی و همکارانش (۱۳۸۲) بر روی ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، با استفاده از دو روش همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ، همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست (آلفا = ۰/۹۳) ارزیابی شد. بنابراین اعتبار بالای پرسشنامه می تواند بیانگر این باشد که این ابزار خصیصه اختلال بیش فعالی/نقص توجه را با دقت بالایی اندازه گیری می کند.

^۱ - Xue, Zhang & Huang

۲-۱-۲- پرسشنامه ادراک از ارتباط با همسالان چو و چانگ:

مقیاس ادراک از ارتباط با همسالان یک ابزار ۳۰ عبارتی می باشد که به منظور ارزیابی ادراک از ارتباط با همسالان از سه خرده مقیاس همنوایی همسالان، مقاومت در برابر همسالان و فشار همسالان توسط چو و چانگ (۲۰۱۲) ساخته شده است. این مقیاس مؤلفه های مقاومت همسالان، فشار همسالان و همنوایی همسالان را مورد سنجش قرار میدهند. گویه های پرسشنامه در طیف پنج گزینه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه بندی می شوند. پایایی مقیاس ارتباط با همسالان با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه گیری شد و ضریب آلفای مؤلفه های آن از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ محاسبه شدند (چو و چانگ، ۲۰۱۲). در ایران نیز خلیلیان اکرامی (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه را به دست آورد که ضریب پایایی برای سه مؤلفه ی همنوایی، فشار، مقاومت و کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۸۰ و ۰/۸۰ محاسبه گردید.

۲-۱-۳- خلاصه جلسات آموزشی ذهن آگاهی و ندرآورد^۱ و همکاران (۲۰۱۲)

جلسه	نام جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	مفهوم سازی درمان و اجرای پیش آزمون و انجام مقدماتی ذهن آگاهی	معرفی افراد شرکت کننده، بیان قوانی گروه، معرفی روش ذهن آگاهی و توضیح درباره علت اجرای این دوره برای شرکت کنندگان، بیان مکانیسم اثر ذهن آگاهی، توضیح هدف های اصلی درمان ذهن آگاهی، تاکید بر برنامه ریزی برای انجام تکالیف خانگی همراه والدین
جلسه دوم	ذهن آگاهی از اشیا و نقاشی ذهن آگاهانه	بیان تجربه کودکان از ذهن آگاهی، انجام تمرین ذهن آگاهی از اشیا، تمرین نقاشی ذهن آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی از اشیا
جلسه سوم	ذهن آگاهی خوردن	صحبت درباره تجربه کودکان در ذهن آگاهی از اشیا، تمرین ذهن آگاهی در زمان خوردن کشمش، بیان تجربه کودکان در این تمرین، ارائه تکلیف خانگی خوردن کشمش
جلسه چهارم	ذهن آگاهی تنفس	بیان تجربه کودکان در ذهن آگاه بودن، توضیح مفهوم هدایت خودکار، تمرین تنفس ذهن آگاهانه، تنفس قورباغه ای، ارائه تکلیف خانگی تنفس ذهن آگاهانه
جلسه پنجم	تنفس قورباغه ای	صحبت درباره تجربه تنفس قورباغه ای، تمرین ذهن آگاهی از فعالیت های روزانه، تمرین گزارشگری فعالیتها، تکلیف خانگی تنفس ذهن آگاهانه
جلسه ششم	پویش بدنی	بررسی تکالیف، انجام تمرین ذهن آگاهی از بدن با تمرکز بر اندام های مختلف بدن
جلسه هفتم	ذهن آگاهی افکار	بیان تجربیات کودکان از تمرین های ذهن آگاهی، انجام تمرین ذهن آگاهی از افکار و صداها، گزارش آب و هوای

¹ - Van der Oord

درونی، تکلیف خانگی تنفس ذهن آگاهانه		
صحبت درباره تجربه کودکان از ذهن آگاهی، تاکید بر ذهن آگاهی از فعالیتهای روزمره و انجام تمرین، گزارش دهی، جمع بندی از جلسات	جمع بندی و اجرای پس آزمون	جلسه هشتم

۳- نتایج یافته ها

برای گردآوری اطلاعات کمی متغیرها در سطح میدانی با استفاده از دو پرسشنامه پرسشنامه اختلال نقص توجه بیش فعالی کانرز (CPRS-R) و پرسشنامه ادراک از ارتباط با همسالان چو و چانگ اقدام به جمع آوری داده های خام شد. داده های خام با نرم افزار SPSS و با استفاده از تکنیک های آماری مناسب در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی به محاسبه شاخص های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرداخته شد و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس به آزمون فرض و بررسی فرضیه های پژوهشگر پرداخته شد، در جدول شماره ۱ فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی گروه های شرکت کننده بر اساس سن و جنسیت ارائه شده است.

جدول ۱- فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

کنترل		آزمایش		گروه	متغیر
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۵	۷	۴۰	۸	۷ تا ۸ سال	سن
۳۵	۷	۳۵	۷	۸ تا ۹ سال	
۳۰	۶	۲۵	۵	۹ تا ۱۲ سال	
۰	۰	۰	۰	دختر	جنسیت
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	پسر	

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است در مرحله ی پیش آزمون میانگین و انحراف معیار علائم نقص توجه و بیش فعالی گروه آزمایش ۸۷/۵۴، ۷/۲۴ و گروه کنترل ۸۳/۴۷، ۷/۰۹ بوده، همچنین در مرحله ی پس آزمون میانگین و انحراف معیار علائم نقص توجه و بیش فعالی گروه آزمایش ۶۲/۵۴، ۷/۲۴ و گروه کنترل ۷۱/۵۴، ۷/۵۴ می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار کیفیت ارتباط با همسالان گروه آزمایش ۶۹/۱۲، ۶/۴۳ و گروه کنترل ۷۱/۹۴، ۶/۲۳ بوده، همچنین در مرحله ی پس آزمون میانگین و انحراف معیار کیفیت ارتباط با همسالان گروه آزمایش ۸۸/۳۳، ۶/۰۹ و گروه کنترل ۷۰/۲۳، ۶/۶۶ می باشد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار علائم نقص توجه و بیش فعالی و کیفیت ارتباط با همسالان گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		مرحله	متغیر
			گروه	آزمایش		
۲۰	۷/۲۴	۸۷/۵۴	گروه	آزمایش	پیش آزمون	علائم نقص توجه و

۲۰	۷/۰۹	۸۳/۴۷	کنترل	پس آزمون	بیش فعالی
۲۰	۷/۲۴	۶۲/۵۴	آزمایش		
۲۰	۷/۵۴	۸۴/۰۹	کنترل		
۲۰	۶/۴۳	۶۹/۱۲	آزمایش	پیش آزمون	کیفیت ارتباط با همسالان
۲۰	۶/۲۳	۷۱/۹۴	کنترل		
۲۰	۶/۰۹	۸۸/۳۳	آزمایش		
۲۰	۶/۶۶	۷۰/۲۳	کنترل	پس آزمون	

جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۳ مشخص می شود که مقدار F در نمره پس از آزمون علائم نقص توجه و بیش فعالی [$F=۳۴/۵۵۳$ ، $p<۰/۰۰۱$] معنادار شده است. بنابراین فرضیه ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به عبارتی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی تاثیر معناداری دارد.

جدول ۳- تحلیل کواریانس جهت بررسی بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش آزمون	۲/۵۲۲	۱	۲/۵۲۲	۰/۱۷۶	۰/۴۳۶
گروه	۶۵۳/۳۳۹	۱	۶۵۳/۳۳۹	۳۴/۵۵۳	۰/۰۰۱
خطا	۸۷۴/۳۳۵	۳۸			

جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت ارتباط با همسالان از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص می شود که مقدار F در نمره پس از آزمون کیفیت ارتباط با همسالان [$F=۳۴/۵۵۳$ ، $p<۰/۰۰۱$] معنادار شده است. بنابراین فرضیه ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به عبارتی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت ارتباط با همسالان تاثیر معناداری دارد.

جدول ۴- تحلیل کواریانس جهت بررسی بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت ارتباط با همسالان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش آزمون	۱/۹۹۸	۱	۱/۹۹۸	۰/۲۳۱	۰/۵۱۱
گروه	۸۹۰/۲۳۸	۱	۸۹۰/۲۳۸	۳۸/۸۷۹	۰/۰۰۱
خطا	۱۰۹۸/۴۱۱	۳۸			

۴- نتیجه گیری

همانگونه که مشاهده شد جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد آموزش ذهن آگاهی بر کاهش علائم نقص توجه و بیش فعالی تاثیر معناداری دارد. همچنین نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت ارتباط با همسالان تاثیر معناداری دارد.

نتایج این آزمون ها با نتایج تحقیقات عبدالله زاده و همکاران (۱۴۰۲)، مرادی و همکاران (۱۴۰۱)، گلستانی و همکاران (۱۴۰۱)، الایسز و همکاران (۲۰۲۲) و فلیوسولرو همکاران (۲۰۱۷) هماهنگ و همسو می باشد.

تمرینات ذهن آگاهی با تاکید بیشتر به توجه بدون قضاوت شرکت کنندگان بر تجربه در حال گذر فرد در لحظه حال، منجر به تقویت تنظیم توجه میشود. همچنین آموزش مهارتهای ذهن آگاهی با مولفه اصلی بودن در زمان حال میتواند باعث افزایش توجه دانش آموزان و نوجوانان شود. مهارتهای ذهن آگاهی میتواند به عنوان تمرینهای آرام شدن برای کسانی که دچار بیش فعالی هستند به عنوان نوعی تکنیک بازدارنده از رفتارهای تکانشی و مختل کننده بکار گرفته شود. ذهن آگاهی مسلماً یک عبارت متداولی است که به سادگی به عمل توجه کردن اشاره دارد. به نظر میرسد از آنجایی که تمرینات ذهن آگاهی توجه فرد را درگیر می کند میتواند باعث ایجاد تغییراتی در نحوه توجه کردن به اطراف و آنچه که در حال رخ دادن است، شود. از طرفی شواهد پیشرفت تنظیم توجه شامل بهبود عملکردهای اجرایی به عنوان یک مکانیسم بالقوه برای کاهش نشانه های اصلی ADHD در چندین مطالعه به اثبات رسیده است. پژوهشگران نشان دادند که مداخله ذهن آگاهی در کاهش علائم بیشفعالی، تکانشگری و مشکلات رفتاری کودکان دارای بیشفعالی / نارسایی توجه موثر است. همچنین با توجه به اینکه تکنیک تنفس ذهن آگاهانه و فنون تن آرامی باعث بوجود آمدن آگاهی بیشتر در فرد میشود در کاهش بیشفعالی و تکانشگری نقش مستقیمی دارد. علاوه بر این میتوان نتیجه گیری کرد که ذهن آگاهی باعث افزایش بازدارنده رفتار میشود. میتوان گفت که با توجه به مولفه اینجا و اکنون، در زمان حال و معطوف به هدف ذهن آگاهی، برنامه هشت هفته ای آموزش مهارتهای ذهن آگاهی موجب آگاه شدن هرچه بیشتر نوجوانان از رفتار، افکار و احساساتشان شده و با هشیار بودن به لحظه به لحظه جریان زندگیشان سبب تقویت توجه انتخابی، تمرکز و انعطافپذیری شناختی میشوند و میتوانند موجب بهبود نشانگان بیشفعالی و بیتوجهی در افراد مبتال به ADHD شود. همچنین با توجه به نتایج این مطالعه و چندین مطالعه دیگر میتوان آموزش مهارتهای ذهن آگاهی را به عنوان مداخله ای موثر و نتیجه بخش برای درمان و کنترل اختلال ADHD در نوجوانان به کار برد.

در تبیین این یافته ها می توان چنین گفت که هدف آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی ، تجربه افکار، احساسات و حس ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد، می باشد. چندین مداخله می تواند برای تحقق این هدف استفاده شود. آموزش روانی_اجتماعی به مراجعین کمک می کند تا ماهیت تجارب درونی شان (به خصوص عملکرد هیجانات) را که روابط نامناسب با تجارب درونی می تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی شان نقش داشته باشد، بفهمند. پایش خود می تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می یابد که راه های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می کند (روی مر و اورسیلو، ۲۰۰۸).

در نهایت رفتاردرمانی ذهن آگاهی بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. این درمان ها ارزش بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد اهمیت شخصی یک عمل خاص رای فرد را نشان می دهد. این ارزش ها می تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می کند. مولفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزش ها اتفاق می افتد و اقدام به انجام این ارزش ها است. همه روش هایی که دو هدف اول را تحقق می بخشد، رسیدن به این هدف را نیز عملی می کند (روی مر و اورلیش، ۲۰۰۵).

این پژوهش محدودیت هایی نیز داشت. یکی از محدودیتهای این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری هدفمند برای انتخاب نمونه پژوهش بود. همچنین پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان دبستانی یک شهر انجام شد. بنابراین نمیتوان نتایج بدست آمده را به جامعه ، دانش آموزان گروه سنی کوچکتر یا بزرگتر و یا دانش آموزان دیگر شهرها تعمیم داد. یکی دیگر از محدودیتهای این مطالعه

نبود امکان پیگیری وضعیت روند بهبود عملکرد دانش آموزان بعد از بازه زمانی دوماهه به دلیل وجود محدودیت زمانی بود. با توجه به محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد میشود که پژوهشگران دیگر این پژوهش را در مورد جامعه دیگر و همچنین دانش آموزان مقاطع دیگر و شهرهای مختلف تعمیم دهند. همچنین میتوان این پژوهش را با اضافه کردن یک یا دو مرحله پیگیری کاملتر کرد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد میشود که برای حفظ و تقویت توجه و هوشیاری کودکان به محیط خود و به تبع آن حفظ سلامت روان آنها، ذهن آگاهی به عنوان نوعی تمرین در ساعات کلاس پرورش فکری به دانش آموزان و یا حتی در سنین کودک، یعنی در مهد کودک ها ارائه شود.

منابع و مراجع:

- ابوسعیدی مقدم، نجمه، ثناگوی محرر، غلامرضا، و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. روان شناسی کاربردی، ۱۱(۱) (پیاپی ۵۳)، ۳۵-۵۴.
- زادباقرصیقلانی، م.، بیرشک، ب.، زاده محمدی، ع. (۲۰۱۶). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS). مطالعات روان‌شناختی، ۱۱(۴)، ۷-۲۲.
- عبداله زاده، زینب، مشهدی، علی، بیگدلی، ایمان الله، طبیبی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک بر نشانه‌های اصلی و نارسایی کنش‌های اجرایی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱۱(۱)، ۱۰۷-۱۲۴.
- گلستانی، احسان اکبر عطادخت محمد نریمانی (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر بی توجهی و بیش‌فعالی در دانش آموزان بیش فعال ۱۶-۱۳ ساله، رویش روان شناسی سال یازدهم مرداد ۱۴۰۱ شماره ۵.
- مرادی کلارده سارا، میکائیلی نیلوفر، نریمانی محمد، حسین خازنده عباسعلی. اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل بازداری و توجه انتخابی بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. تازه های علوم شناختی. ۱۴۰۱؛ ۲۴ (۲): ۱-۱۲

۱۲

- Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 3:8-11.
- Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adult with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 187-201.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: American Psychiatric Association
- American Psychology Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Translated by Nikkhoo MR, Avadisyan H. Tehran: Sokhan Pub; 2000: 162-174. (in Persian).
- Blasco -Fontecilla, Hilario., Gonzalez -Perez, Marisa., Garcia -Lopez, Raquel., Poza -Cano, Belen., Perez -Moreno, Maria., de Leon -Martinez, Victoria., and Jose, Otero -Perez. (2015). Efficacy of chess training for the treatment of ADHD: A prospective, open label study. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 9(1), 13 – 21
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., & Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP -IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317 -328.

- Chou, I. C., Lin, C. C., Sung, F. C., & Kao, C. H. (2014). Attention -deficit hyperactivity disorder increases the risk of deliberate self-poisoning: A population -based cohort. *European psychiatry*, 29(8), 523 -527.
- Elices, M., Pérez-Sola, V., Pérez-Aranda, A., Colom, F., Polo, M., Martín-López, L. M., & Gárriz, M. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Primary Care and the Role of Depression Severity and Treatment Attendance. *Mindfulness*, 13(2), 362–372.
- Go, M. H., Green, H. D. Jr., Kennedy, D. P., Pollard, M., & Tucker, J. S. (2010). Peer influence and selection effects on adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1):239-242.
- Hwang, S., Meffert, H., Parsley, I., Tyler, P. M., Erway, A. K., Botkin, M. L., ... & Blair, R. J. R. (2019). Segregating sustained attention from response inhibition in ADHD: An fMRI study. *NeuroImage: Clinical*, 21, 101677.
- Kaplan, H., & Kaplan, S. B. (2014). Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Trans, Rezaai F. Tehran: Arjmand pub, 43 -447.
- Lee, A., & Choo, C. C. (2019). Early Abandonment and the Impact in Adolescence: Using Narrative Therapy Approach in Therapy. In *Clinical Psychology Casebook across the Lifespan*. Springer, Singapore
- Lo, H. H., Wong, S. Y., Wong, J. Y., Wong, S. W., & Yeung, J. W. (2016). The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-9.
- Luo, X., Guo, J., Liu, L., Zhao, X., Li, D., Li, H., Zhao, Q., Wang, Y., Qian, Q., Wang, Y., Song, Y., Sun, L. (2019). The neural correlations of spatial attention and working memory deficits in adults with ADHD. *NeuroImage: Clinical* 22. 101728.
- Pei F., Wang Y., Wu Q., Shockley McCarthy K., and Wu Sh (2021). The roles of neighborhood social cohesion, peer substance use, and adolescent depression in adolescent substance use. *Children and Youth Services Review*, 112, 104931
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A. Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,623-615
- Wilens, T. E., Robertson, B., Sikirica, V., Harper, L., Young, J. L., Bloomfield, R., ... & Cutler, A. J. (2015). A randomized, placebo -controlled trial of guanfacine extended release in adolescents with attention -deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 54(11), 916 -925.
- Wilens, T.E. (2004). Attention–deficit/ hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. **Psychiatric clinics of North America**, 27, 283-301.
- Xue, J., Zhang, Y., & Huang, Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine (Baltimore)*, 98(23).

Abstract

The present study was conducted with the aim of the effectiveness of mindfulness training on reducing the symptoms of attention deficit and hyperactivity and the quality of communication with peers of hyperactive primary school children. The current research was of a quantitative type with an applied purpose, using a semi-experimental method with a pre-test, post-test design with

a control group. The statistical population in the present study included all hyperactive primary school children aged 8 to 12 in Mashhad, District 6 in 1402. In the present study, the researcher identified 40 hyperactive students from among all the children of the boys' primary schools in the 6th district of Mashhad city with a targeted method and with the Connors attention deficit test of the teacher's form and randomly selected 20 people in the experimental group and 20 people in the experimental group. put control And the pre-test of them was done. After that, in the last training session, the experimental group and the control group, who did not receive any training, took the post-test again. Finally, the data was analyzed by spss software. After collecting the questionnaires, they were analyzed with spss 21 software. Data analysis was done on two descriptive and inferential levels. Thus, at the descriptive level, descriptive indices such as mean and standard deviation were calculated, and at the inferential level, analysis of covariance was used to examine the hypotheses. In order to investigate the effect of mindfulness training on improving the quality of communication with peers, univariate covariance analysis was used, the results of which showed that mindfulness training has a significant effect on improving the quality of communication with peers. In order to investigate the effect of mindfulness training on reducing the symptoms of attention deficit and hyperactivity, univariate covariance analysis was used, the results of which showed that mindfulness training has a significant effect on reducing the symptoms of attention deficit and hyperactivity.

Key words: mindfulness training, symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder, quality of communication with peers