رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۵، شماره پیاپی ۷۴، مرداد ۱۴۰۱
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(5), 2022*

# اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر بی‌توجهی و بیش‌فعالی در د انش‌آموزان بیش‌فعال ۱۳-۱۶ ساله

# The Effectiveness of Teaching of Mindfulness Skills on Inattention and Hyperactivity in 13 to 16 years old Hyperactive Students

صفحات۲۲-۱۳

**احسان گلستانی**
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
**اکبر عطادخت** (نویسنده مسئول)
استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
**محمد نریمانی**
استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

**Ehsan Golestani**
Ph.D Student of psychology. Department Of psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
**Akbar Atadokht***
Professor of psychology, Department Of psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
*AK_atadokht@yahoo.com*
**Mohammad Narimani**
Professor of psychology, Department Of psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

## چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان بیش‌فعال انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از میان مناطق پنج‌گانه آموزش پرورش شهر اردبیل، منطقه یک آن انتخاب و از میان ۸ مدرسه متوسطه اول در این منطقه دو مدرسه و سپس تعداد ۳۶ دانش‌آموز با نشانه‌های بیش‌فعالی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. برای سنجش و جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسا توجه/فزون‌کنشی نسخه چهارم SNAP-IV (سوآنسون، نولان و پلهام، ۲۰۰۱) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج نشان داد که متغییرهای بی‌توجهی (F=۲۴/۴۴۱) و بیش‌فعالی (F=۷۴/۱۹۵) در سطح آلفای ۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری را بین گروه‌های آزمایش و گواه دارند و نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی تاثیر دارد. این نتایج بیان می‌کند که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند با کمک تکنیک-های صحیح توجه کردن به تمام لحظات زندگی باعث کاهش علائم بی-توجهی و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان بیش‌فعال شود.

***واژه‌های کلیدی:*** *ذهن‌آگاهی، بی‌توجهی، بیش‌فعالی، دانش آموزان.*

## Abstract
This study aimed to investigate the effectiveness of teaching mindfulness skills to hyperactivity and inattention symptoms were done in hyperactive students. The method of this study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of this study was all students of the first high school of Ardebil in the academic year 1397-1398. Using the purposive sampling method, among the five education areas of Ardabil city, area number one and among of 8 high schools in that area, 2 high schools were selected, and then 36 students with hyperactive symptoms were selected and were randomly assigned to two groups of 18 experiments and controls. For collecting data, the Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV (Swanson, Nolan & Pelham, 2001) was used. Data were analyzed by covariance analysis. The results showed that the variables of inattention (F=24.441) and hyperactivity (F=74.195) at the alpha level of 0.05 had a significant difference between the experimental and control groups and indicating that the training of mindfulness skills has an effect on reducing inattention and hyperactivity symptoms. These results state that the training of mindfulness skills can help with the proper techniques to attention in all moments of life and reduce the inattention and hyperactivity symptoms of hyperactive students.

***Keywords:*** *Mindfulness, Inattention, Hyperactivity, Students.*

**نوع مقاله : پژوهشی** **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۱**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

## مقدمه

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (ADHD) به عنوان یکی از شایعترین اختالالت تشخیصی در حیطه اختلالات عصبی رشدی شناخته شده است. این اختلال رایج‌ترین اختلال دوران کودکی است که به مساله مهمی برای روانشناسان، روانپزشکان، والدین و معلمان تبدیل شده است (بوسینگ، میسن، بل، پارتر و گارون[۱]، ۲۰۱۰). این اختلال شامل عمدتاً تکانشگری[۲]، بی‌توجهی و نوع مرکب می‌باشد (بلاسکو فونتکیلا، گونزالس‌پرز، گارسیالوپز، پوزاکانو، پرزمورنو[۳] و همکاران، ۲۰۱۵). معیارهای پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) برای این اختلال بر دو چیز تاکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با این اختلال تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در حداقل دو محیط مختلف، مثلا خانه و مدرسه (کاپلان و سادوک[۴]، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به ADHD در بخش‌هایی از خود دارای نابهنجاری هستند. برای مثال در مغز این کودکان دستگاه شبکه‌ای[۵] که در عملکرد توجه و هشیاری نقش دارد به درستی عمل نمی‌کند (ویلنز، رابرتسون، شیکیریا، هارپر، یانگ، بلومفیلد[۶] و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین این کودکان در مخچه و قطعه پیشانی[۷]به ویژه قطعه پیش‌پیشانی که در برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، ادراک زمان، حافظه، بازداری و تفکر نقش دارند، دچار مشکلاتی هستند (چو، لین، سانگ و کائو[۸]، ۲۰۱۴). همچنین افزایش شدت علائم ADHD با کاهش بازسازی قشر اینسولای داخلی رابطه دارد (هوآنگ، مفرت، پارزلی، تایلر، اروی، بوتکین[۹] و همکاران، ۲۰۱۹). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال ۲٪/۵ برای بزرگسالان و رقم ۵٪ برای کودکان گزارش شده است (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳). بر اساس بررسی‌های انجام شده در مناطق مختلف ایران، این فراوانی متغیر گزارش شده است. چنانچه در همدان ۸/۶۲ درصد (زارع بهرام آبادی و گنجی، ۱۳۹۳)، در کهگیلویه و بویر احمد ۲/۸ درصد دانش‌آموزان تیزهوش (بهشته، گنجی و ستوده، ۱۳۹۰)، در اراک ۳/۲ درصد (صالحی، مرادی، ابراهیمی و رفیعی، ۱۳۸۹) و در استان مرکزی ۶/۶ درصد (گنجی، عسگری و ترک، ۱۳۹۰) گزارش شده است.

بیش‌فعالی و تکانشگری از جدی‌ترین مشکلات کودکان دارای اختلال نقص در توجه و بیش‌فعالی است. اغلب کودکان مبتلا به اختلال ADHD دارای مشکلاتی در زمینه تکانشگری می‌باشند. بارکلی[۱۰] (۲۰۰۶)، اعتقاد دارد که ناتوانی در مهار برانگیختگی، نقش بنیادی در این اختلال دارد. عمل تکانشی بدون تفکر صورت می‌گیرد. گرچه برخی از کودکانی که مشکل ندارند نیز ممکن است تکانشگر باشند، اما تکانشگری ADHD به این صورت است که به طور معمول حرف دیگران را قطع می‌کنند، بی‌موقع به سوالات پاسخ می‌دهند و نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند (بارکلی، ۱۹۹۷). تکانشگری نیز مانند بی‌توجهی، در افراد با توجه به شرایط و موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند و بسیاری از متخصصان بر این باور هستند که ناتوانی در مهار رفتارهای تکانشگرانه، در ایجاد اختلال ADHD، نقش بنیادی و اساسی را ایفا می‌کند. بیش‌فعالی نیز از نخستین نشانه‌هایی می‌باشد که در سال های پیش از دبستان در کودکان مبتلا به اختلال ADHD، دیده می‌شود. بیش‌فعالی با توجه به سن فرد و سطح رشد او متغیر می‌باشد. لذا برای تشخیص آن در کودکان خرد سال باید جانب احتیاط را رعایت کرد. کودکان نوپا و پیش‌دبستانی که این اختلال را دارند با کودکان عادی فعال از آن جهت متفاوتند که پیوسته در جنب و جوش و دستکاری اشیا هستند. کودکان بیش‌فعال را به عنوان کودکان بی‌قرار و ناراحت که قادر به قرار گرفتن در یک جا نیستند، توصیف می کنند.

امروزه طیف گسترده‌ای از پژوهش‌های روانشناختی و روانپزشکی به دنبال درمان ADHD هستند اما با وجود درمان‌های مختلف مثل درمان دارویی، رفتاری و شناختی این شیوه‌ها دارای مشکلات خاص خود می‌باشند. در حال حاضر رفتاردرمانی و دارو درمانی تنها درمان‌های کارایی هستند که برای درمان ADHD استفاده می‌شوند. این درمان‌ها علی‌رغم اثربخش بودن، نمی‌توانند به صورت مستقیم مشکلات شناختی همراه با این اختلال را بهبود دهند. لذا باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود عملکردهای شناختی بود. یکی از رویکردهای

1 Bussing, Mason, Bell, Porter, & Garvan
2 Impulsivity
3 Blasco-Fontecilla, Gonzalez-Perez, Garcia-Lopez, Poza-Cano, Perez-Moreno
4 Kaplan & sadok
5 Limbic sistem
6 Wilens, Robertson, Sikirica, Harper, Young, Bloomfield
7 Forehead lobe
8 Chou, Lin, Sung, & Kao
9 Hwang, Meffert, Parsley, Tyler, Erway, Botkin
10 Barkley

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

موج سوم شناختی که به نظر می‌رسد می‌تواند درباره این مشکل کمک کننده باشد ذهن‌آگاهی[1] است. روی‌آورد شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی ترکیبی از اصول درمانگری شناختی و ذهن‌آگاهی برای جلوگیری از عود افسردگی و به صورت برنامه‌ای شامل کاربرد مهارت‌های ذهن‌آگاهی و مراقبه است؛ شرکت‌کنندگان طی این برنامه می‌آموزند وخامت خلق‌وخوی خود را به رسمیت بشناسند و الگوهای نشخواری و افکار منفی را که به عود افسردگی می‌انجامد، کنار بگذارند (مارچند[2]، ۲۰۱۲؛ پارسونز، کرین، پارسونز، جوربک و کایکن[3]، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی نیز عبارت از توجه به طریق خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری در مورد تجربه‌های درونی و بیرونی است. غالباً این حالت ذهنی از طریق شیوه‌های مراقبه آموخته می‌شود (کابات زین[4]، ۲۰۱۳؛ بائر[5]، ۲۰۰۳؛ امیدی و محمد خانی، ۱۳۸۷). رویکرد مداخله‌ای مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی روش سیستماتیک و فشرده است که به‌منظور افزایش توجه، آگاهی و بینش[6] و نیز کسب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه توانمندی‌های درونی برای رسیدن به آرمیدگی به کار می‌رود. یافته‌ها بیانگر آن است که این نوع مداخله برای درمان هر دو دسته علائم فیزیکی و روانشناختی موثر بوده است (ملکی، مظاهری، ذبیح‌زاده، آزادی و ملک-زاده، ۱۳۹۳). بر مبنای این دیدگاه، ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق تقویت لحظه به لحظه رفتارهای افراد منجر به کاهش رفتارهای منفی (خصومت، اجبار، کنترل بیش از حد و ارتباط بیاثر) و افزایش رفتارهای مثبت (گرمی، پذیرش، تشویق) شده و درنهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری، هیجانی و روانشناختی آنان گردد (پارنت، مک‌لی، راف و فورهند[7]، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند سبب کاهش آسیب‌های روانشناختی گردد. ازجمله‌ی این پژوهش‌ها، پژوهش پری پریش، کوپلند لیندر، وب و سیبینگا[8] (۲۰۱۶) بود که در بررسی خویش تحت عنوان رویکردهای ذهن‌آگاه محور برای کودکان و نوجوانان به این نتیجه دست یافتند که می‌توان از این رویکرد در درمان مولفه‌های روانشناختی کودکان و نوجوانان سود جست (پری‌پریش، کوپلند-ایندر، وب و سیبینا، ۲۰۱۶). از جمله آسیب‌های روانشناختی که می‌توان با کمک ذهن‌آگاهی آن را کاهش داد، می‌توان به بیش‌فعالی و تکانشگری در اختلال ADHD اشاره نمود. همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند در بهبود کارکردهای شناختی نظیر توجه انتخابی، تغیرپذیری شناختی و انعطاف پذیری نقش زیادی داشته باشد. بنابراین با توجه به شیوع بالای بیش‌فعالی در دانش‌آموزان و پیامدهای مخرب آن بر روی آینده تحصیلی و بهداشتی آن‌ها، و نیز خلاءهای پژوهشی موجود، شامل کمبود مطالعاتی برای سنجش اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر روی دانش‌آموزان بیش‌فعال زیر آستانه بالینی و به طور کل کمبود مطالعات اثربخشی بر روی نوجوانان بیش‌فعال، به دلیل دشواری در برقراری رابطه درمانی، از این رو، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر بی‌توجهی و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان بیش‌فعال شهر اردبیل بود.

## روش

پژوهش حاضراز نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان ۱۳ تا ۱۶ ساله پایه‌های دوازدهم، سیزدهم، چهاردهم و پانزدهم شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. از میان مناطق پنج‌گانه آموزش پرورش شهر اردبیل، منطقه یک آن انتخاب و از میان ۸ مدرسه متوسطه اول در این منطقه دو مدرسه شهید رجب‌زاده یک و شهید رجب‌زاده دو انتخاب شد. نمونه پژوهش ۴۲ دانش‌آموز با نشانه‌های بیش‌فعالی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۱ نفری آزمایش و گواه گمارش شدند. تعداد ۳ نفر از هر گروه دچار افت آزمودنی شدند و در نهایت، تعداد نمونه پایانی گروه آزمایش و گواه در این پژوهش ۱۸ نفر شد.. ملاک‌های ورودی آزمودنی‌ها در این مطالعه سن ۱۳ تا ۱۶ سال (پایه اول متوسطه)، داشتن علامت‌های بیش‌فعالی و بی‌توجهی با توجه به ابزار SNAP-IV و گرفتن نمره حداقل ۳۶، و نداشتن اختلال شدید

1 Mindfulness
2 Marchand
3 Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken
4 Kabat-Zinn
5 Baer
6 insight
7 Parent, McKee, Rough, & Forehand
8 Parry Parish, Copland Linder, Web and Sibbinga

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

روانی به وسیله سنجش با مصاحبه تشخیصی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، نداشتن اعتماد کافی نسبت به گروه و تشخیص درمانگر نسبت به زیان رساندن گروه به فرد بود.

داده‌های این پژوهش به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس[1] برای بررسی اثر بخشی مداخله مورد نظر بر روی متغیرهای وابسته در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند

قبل از انجام مداخله بر روی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه، رضایت والدین به صورت کتبی و رضایت دانش آموزان به صورت شفاهی کسب شد. همچنین مفاد اخلاق در پژوهش و حقوق دانش‌آموزان به آنها توضیح داده شد و به دانش‌آموزان اعلام شد که اگر به هر دلیلی دیگر تمایلی به شرکت در گروه نداشتند می‌توانند آزادانه گروه را ترک کنند.

**ابزار سنجش**

**مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسا توجه/فزون‌کنشی نسخه چهارم (SNAP-IV)**[2]: در این پژوهش به منظور غربالگری افراد توسط معلمان‌شان از مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV استفاده شد. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۰ توسط سه مؤلف به نام‌های سوانسون، نولان و پلهام[3] بر اساس DSM ساخته و با حروف اول اسامی سازندگان آزمون به نام SNAP شناخته شد. همزمان با تجدیدنظر در ملاک‌های DSM و تدوین DSM-IV مقیاس مذکور نیز بازنویسی و در سال ۲۰۰۱ منتشر شد (سوانسون، اشچوک، مان، کارلسون، هارتمن، سرجنت[4] و همکاران، ۲۰۱۲). SNAP-IV شامل ۱۸ آیتم برای طبقه اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی است، که به دو مجموعه از نشانه‌ها برای حوزه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی/تکانشگری تقسیم می‌شود. در این مقیاس از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (اصلاً= ۰، کمی= ۱، تا حدی= ۲، خیلی زیاد= ۳) استفاده می‌شود. اولین گزینه عدم آسیب روانی را بیان می‌کند و سایر گزینه‌ها درجه حضور نشانه را منعکس می‌کند. به جای استفاده از شمارش نشانه همان طور که به وسیله ملاک‌های DSM مشخص می‌شود، یک نمره خلاصه برای تعریف طبقه‌بندی در بعد شدت نشانه به کار برده شد. شیوه نمره‌گذاری بدین صورت است که برای بعد بی‌توجهی میانگین ۹ آیتم مربوط به بی‌توجهی و برای بعد بیش فعالی/تکانشگری میانگین ۹ آیتم مربوط به بیش فعالی/تکانشگری محاسبه می‌گردد و نمره کل از طریق محاسبه میانگین ۱۸ آیتم به دست می‌آید. هنجاریابی این مقیاس توسط بوسینگ و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شده و ضریب آلفای کرونباخ جهت کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر مقیاس نارسایی توجه و بیش فعالی/تکانشگری به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۶ محاسبه شد (بوسینگ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین صدرالسادات، هوشیاری، زمانی و صدرالسادات (۱۳۸۶) به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در ایران پرداختند که با استفاده از ۳۶ نفر از دانش‌آموزان گروه نمونه با کمک ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مورد مصاحبه تشخیصی یک روان‌شناس بالینی قرار گرفتند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ بوده و روایی محتوایی آن توسط متخصصان قابل قبول است. همچنین ضریب پایایی این آزمون به شیوه باز آزمایی ۰/۸۲ به شیوه آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ و به شیوه دونیمه کردن ۰/۷۶ است (صدرالسادات و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین میزان آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای کل آزمون مقدار ۰/۹۳ محاسبه شده است.

در مرحله پیش‌آزمون مقیاسSNAP-IV برای سنجش میزان بیش‌فعال بودن دانش‌آموزان هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس، برنامه آموزش مهارت‌ها به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش برگزار شد. در این پژوهش تمرینات توجه آگاهانه بر اساس کتاب تجویز ذهن آگاهی برای بزرگسالان ADHD (زایلوفسکا[5]، ۲۰۱۲) تنظیم گردید. این کتاب شامل ۸ گام می‌باشد و در هر گام تمریناتی گنجانده شده که با هدف بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی به ویژه مشکلات در نظم‌بخشی هیجانی هماهنگ می‌باشد. آموزش این تمرینات به نوجوانان مبتلا به ADHD نیز امکان پذیر می‌باشد.

1 Covariance analysis
2 SNAP-IV rating scale
3 Swanson, Nolan & Pelham
4 Schuck, Mann, Carlson, Hartman, Sergeant
5 Zylowska

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

**جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی**

| جلسه | شرح فعالیت‌ها |
|---|---|
| جلسه اول | معرفی درمانگر و اعضا به یکدیگر، برقراری رابطه صحیح اعضا و درمانگر با هم، توضیح راجب دلیل تشکیل گروه، قوانین گروه، مفهوم ADHD و مشکلات متعاقب آن، مفهوم ذهن‌آگاهی، مراحل مداخله و در اخر پاسخ به سوالات شرکت کنندگان |
| جلسه دوم | صحبت درباره مفهوم آگاهی، توضیح مفهوم توجه و انواع تقسیم بندی آن، توضیح مفهوم اهمیت تنفس با توجه آگاهانه و معین کردن تکلیف خانگی |
| جلسه سوم | توضیح درباره چگونگی تغییر و جابجایی توجه، آموزش تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی برای جلسه بعد |
| جلسه چهارم | توضیح مفهوم ارتباط بین ذهن و بدن، تمرین خوردن کشمش و خوردن ذهن‌آگاهانه، تکنیک کاوش (اسکن بدنی)، مرور تکنیک تنفس ذهن-آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی برای جلسه بعد |
| جلسه پنجم | توضیح راجب ماهیت افکار، آموزش شناسایی انواع افکار به روش کاوش و ثبت ستونی افکار، مرور تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی برای جلسه بعد |
| جلسه ششم | توضیح راجب ماهیت هیجانات و انواع آن، مرور تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه، آموزش کاوش هیجانات روزانه و ثبت آن‌ها، تعیین تکلیف خانگی برای جلسه بعد |
| جلسه هفتم | توضیح مفهوم بودن در زمان حال، آموزش تکنیک گوش‌دادن ذهن‌آگاهانه و توصیف ذهن‌آگاهانه یک شکل، مرور تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه، ضرورت خاتمه گروه و توصیف و پذیرش احساسات راجب آن، تعیین تکلیف خانگی برای جلسه بعد |
| جلسه هشتم | مرور و بررسی مفاهیم آموخته شده و تکنیک‌های جلسات قبلی، توضیح راجب ضرورت ادامه دادن تکنیک‌های آموخته شده بعد از اتمام گروه و خود مربی‌گری |

## یافته ها

در این پژوهش ۳۶ نوجوانان پسر ۱۳ تا ۱۶ ساله در دو گروه آزمایش و گواه با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۱۳/۸۳و ۳/۴۶ برای گروه آزمایش و میانگین و انحراف استاندارد سنی ۱۴/۳۸ و ۳/۷۲ برای گروه گواه شرکت داشتند. در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای حاضر در پژوهش نشان داده می‌شود.

**جدول ۲. آماره‌های توصیفی مربوط به بی‌توجهی و بیش‌فعالی مربوط به نوجوانان بیش‌فعال در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

| متغیر | مرحله | گروه | میانگین | انحراف معیار | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بی‌توجهی | پیش آزمون | آزمایش | ۳۰/۶۶ | ۴/۶۵ | -۱/۱۲۶ | ۱/۸۵۳ |
| | | گواه | ۲۹/۵۵ | ۵/۷۷ | -۰/۴۲۸ | -۰/۹۸۶ |
| | پس آزمون | آزمایش | ۲۵/۹۴ | ۵/۴۱ | -۱/۳۱۹ | ۱/۰۰۲ |
| | | گواه | ۲۹/۱۱ | ۵/۱۵ | -۰/۴۳۱ | -۰/۹۷۸ |
| بیش‌فعالی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۸/۵۰ | ۲/۹۷ | ۰/۸۳۷ | ۱/۲۹۷ |
| | | گواه | ۲۸/۶۲ | ۵/۷۲ | -۱/۳۱۵ | ۱/۱۱۹ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۲۲/۳۹ | ۱/۸۵ | ۰/۲۲۹ | -۰/۸۹۱ |
| | | گواه | ۲۸/۸۸ | ۵/۵۶ | -۱/۶۶۵ | ۱/۲۴۹ |

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار بی‌توجهی و بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شده است و همانطور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات بی‌توجهی و بیش‌فعالی گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون بسیار نزدیک به یکدیگر است، در صورتی که میانگین گروه آزمایش در این متغیرها در مرحله پس‌آزمون به مقدار قابل توجهی کمتر از گروه گواه می‌باشد.

قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون کوواریانس چند متغیری ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای حاضر در پژوهش را از نظر نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد و نتایج آن نشان داد که میزان sig برای هر دو متغیر بی‌توجهی (sig=۰/۲۰۰) و بیش‌فعالی (sig=۰/۱۹۰) نوجوانان بیش‌فعال بیش از ۰/۰۵ و معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد. همچنین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و ام باکس استفاده شد و نتایج آزمون لون نشان داد که هر دو متغیر بی‌توجهی

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

(sig=۰/۳۰۲) و بیش‌فعالی (sig=۰/۷۵۸) نوجوانان بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون امباکس (F=۱/۰۸۰ و sig=۰/۳۹۲) نیز نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس‌ها با هم برابر نیست، بنابراین فرض همگنی واریانس در گروه‌ها صادق است. همچنین با انجام آزمون همگنی شیب رگرسیونی نتایج نشان داد که متغیر همپراش (sig=۰/۱۱۴) (پیش آزمون)، از ۰/۰۵ بیشتر است و معنی‌دار نیست. بنابراین با اطمینان، می توانیم بگوییم، شرط همگنی شیب رگرسیون، برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است.

**جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

| نام آزمون | مقدار | Df | Df خطا | F | Sig | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۰/۷۲۶ | ۲ | ۳۱ | ۴۱/۱۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۶ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۷۴ | ۲ | ۳۱ | ۴۱/۱۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۶ |
| اثر هتلینگ | ۲/۶۲۵ | ۲ | ۳۱ | ۴۱/۱۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۶ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۲/۶۲۵ | ۲ | ۳۱ | ۴۱/۱۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۶ |

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با کنترل اثرات نمرات پیش آزمون در متغیرهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (Sig=۰/۰۰۱ و F=۴۱/۱۱۱).

**جدول شماره ۴. نتایج مقایسه گروه آزمایشی و گروه گواه**

| منبع-تغیرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | Df | میانگین-مجذورات | نمره F | سطح معناداری | Cohen-D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مدل تصحیح- | بیش‌فعالی | ۸۱۵/۵۰۴ | ۳ | ۲۷۱/۸۳۵ | ۵۸/۴۵۹ | ۰/۰۰۱ | |
| شده | بی‌توجهی | ۷۵۶/۵۷۶ | ۳ | ۲۵۲/۱۹۲ | ۲۸/۳۷۶ | ۰/۰۰۱ | |
| پیگیری | بیش‌فعالی | ۱۳/۵۷۶ | ۱ | ۱۳/۵۷۶ | ۲/۹۱۸ | ۰/۰۹۷ | |
| | بی‌توجهی | ۶/۳۳۵ | ۱ | ۶/۳۳۵ | ۰/۷۱۳ | ۰/۴۰۵ | |
| گروه | بیش‌فعالی | ۳۱۳/۲۱۵ | ۱ | ۳۱۳/۲۱۵ | ۶۷/۳۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۱/۷۵ |
| | بی‌توجهی | ۲۱۲/۱۵۰ | ۱ | ۲۱۲/۱۵۰ | ۲۳/۸۷۱ | ۰/۰۰۱ | -/۶۰ |
| خطا | بیش‌فعالی | ۱۴۸/۸۰۱ | ۳۲ | ۴/۶۵۰ | | | |
| | بی‌توجهی | ۰۲۸۴/۳۹۶ | ۳۲ | ۸/۸۸۷ | | | |
| کل | بیش‌فعالی | ۲۴۶۲۹/۰۰۰ | ۳۶ | | | | |
| | بی‌توجهی | ۲۸۳۲۱/۰۰۰ | ۳۶ | | | | |
| کل تصحیح | بیش‌فعالی | ۹۶۴/۳۰۶ | ۳۵ | | | | |
| شده | بی‌توجهی | ۱۰۴۰/۹۷۲ | ۳۵ | | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای بیش‌فعالی (Sig=۰/۰۰۱ و F=۶۷/۳۵۸) و بی‌توجهی (Sig=۰/۰۰۱ و F=۲۳/۸۷۱) تفاوت معناداری دارند؛ بنابراین با توجه به میانگین نمرات گروه‌ها در علائم بیش‌فعالی می‌توان گفت که دانش‌آموزان بیش‌فعال نمرات بالاتری را در این دو متغیر کسب کرده‌اند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر کاهش بی‌توجهی و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان بیش‌فعال انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی باعث کاهش نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی می‌شود. این نتایج

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

با یافته های پژوهش پویزنت، مندرک، تالبوت، خوری و نولان[1] (۲۰۱۹)، هپارک[2] و همکاران (۲۰۱۹)، چان[3] و همکاران (۲۰۱۸) و شیمیلکز[4] و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. همگی این پژوهش‌ها و چندین پژوهش دیگر بر اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های اختلال ADHD تاکید دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تمرینات ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی با مولفه اصلی بودن در زمان حال می‌تواند باعث افزایش توجه دانش‌آموزان و نوجوانان شود. مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان تمرین‌های آرام شدن برای کسانی که دچار بیش‌فعالی هستند به عنوان نوعی تکنیک بازداری از رفتارهای تکانشی و مختل کننده بکار گرفته شود. ذهن‌آگاهی مسلماً یک عبارت متداولی است که به‌سادگی به عمل توجه کردن اشاره دارد (سیرز و چارد[5]، ۲۰۱۶، ترجمه بشرپور و گلستانی). به نظر می‌رسد از آن‌جایی که تمرینات ذهن‌آگاهی توجه فرد را درگیر می‌کند 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 نشانه‌های اصلی ADHD در چندین مطالعه به اثبات رسیده است (هولزل، لازار، گارد، شومن‌اولیور، واگو، اوت[6]، ۲۰۱۱؛ کنگ، اسموسکی و رابینز[7]، ۲۰۱۱). لو، وونگ، وونگ، وونگ و ینگ[8] (۲۰۱۶) نشان دادند که مداخله ذهن‌آگاهی در کاهش علائم بیش‌فعالی، تکانشگری و مشکلات رفتاری کودکان دارای بیش‌فعالی / نارسایی توجه موثر است. همچنین با توجه به اینکه تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه و فنون تن‌آرامی باعث بوجود آمدن آگاهی بیشتر در فرد می‌شود در کاهش بیش‌فعالی و تکانشگری نقش مستقیمی دارد. علاوه بر این می‌توان نتیجه گیری کرد که ذهن‌آگاهی باعث افزایش بازداری رفتار می‌شود. لذا با توجه به این موضوع که در نوجوانان، به خصوص نوجوانان مبتلا به ADHD تبعیت از دستورات درمانی یا مصروف داروهای درمانی (ریتالین) در مقایسه با دیگر افراد بسیار پایین‌تر می‌باشد (ویلنز، رابرتسون، شیکیریا، هارپر، یانگ، بلومفیلد و همکاران، ۲۰۱۵)، نیاز به وجود مداخله‌های جدیدتر احساس می‌شود.

بنابراین در تبیین یافته‌ها و با توجه به مطالعاتی که بیان کننده وجود اخلال در کارکردهای تحصیلی و روزمره نوجوانان مبتلا به ADHD می‌باشد می‌توان گفت که با توجه به مولفه اینجا و اکنون، در زمان حال و معطوف به هدف ذهن‌آگاهی، برنامه هشت هفته‌ای آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی موجب آگاه‌شدن 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 مبتلا به ADHD شود. همچنین با توجه به نتایج این مطالعه و چندین مطالعه دیگر می‌توان آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی را به عنوان مداخله‌ای موثر و نتیجه بخش برای درمان و کنترل اختلال ADHD در نوجوانان به کار برد.

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت. یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب نمونه پژوهش بود. همچنین پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول در شهر اردبیل انجام شد. بنابراین نمی‌توان نتایج بدست آمده را به جامعه دختران، دانش‌آموزان گروه سنی کوچک‌تر یا بزرگ‌تر و یا دانش‌آموزان دیگر شهرها تعمیم داد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه نبود امکان پیگیری وضعیت روند بهبود عملکرد دانش‌آموزان 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 دختران و همچنین دانش‌آموزان 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، ذهن‌آگاهی به عنوان نوعی تمرین در ساعات کلاس پرورش فکری به دانش‌آموزان و یا حتی در سنین کودک، یعنی در مهد کودک‌ها ارائه شود.

**تقدیر و تشکر:** از اداره آموزش و پرورش کل استان اردبیل، معلمان، کارمندان و دانش‌آموزان مدرسه شهید رجب‌زاده یک و شهید رجب زاده دو برای همکاری‌شان تشکر می‌شود.

1 Poissant, Mendrek, Talbot, Khoury, & Nolan
2 Hepark
3 Chan
4 Chimiklis
5 Sears, & Chard
6 Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier Vago, & Ott
7 Keng, Smoski, & Robins
8 Lo, Wong, Wong, Wong & Yeung

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

## منابع

امیدی، ع.، و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷). آموزش حضورذهن به عنوان یک مداخلهٔ بالینی: مروری مفهومی و تجربی. *فصلنامهٔ سلامت روان*، دوره ۱، شماره ۱، ۲۹-۳۸.

بهشته، ن.، گنجی، ک.، و ستوده، م. (۱۳۹۰). شیوع نشانه های اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در دانش آموزان تیزهوش دوره راهنمایی استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۹۰-۱۳۸۹. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، دوره ۲، شماره ۶، ۶۱-۹۴.

سیرز، د.، و چارد، ا. (۲۰۱۶). *شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اختلال استرس پس از ضربه*، ترجمه سجاد بشرپور و احسان گلستانی. اردبیل: انتشارات دانشگاه محقق اردبیلی، ۱۳۹۸.

صالحی، ب.، مرادی، ش.، ابراهیمی، س.، و رفیعی، م. (۱۳۸۹). مقایسه شیوع اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی-تکانشگری، ترکیبی) در دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره ۱۶، شماره ۲، ۴۵-۵۴.

صدرالسادات، س.، هوشیاری، ز.، زمانی، ر.، صدرالسادات، ل. (۱۳۸۶). تعیین مشخصات روانسنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، اجرای والدین، *مجله توانبخشی*، ۸(۴)، ۶۵-۵۹.

زارع بهرام آبادی، م.، و گنجی، ک. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش آموزان دبستانی. *مجله ناتوانی های یادگیری*، دوره ۲، شماره ۴، ۲۵-۴۳.

کیانی، ب؛ هادیان فرد، ح. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر آموزش مراقبه ذهن آگاهی بر بی نظمی هیجانی در نوجوانانADHD غیر بالینی. *مجله ی روان شناسی مدرسه*، دوره ی ۵، شماره ۱، ۱۳۸-۱۱۸.

گنجی، ک.، عسگری، م.، و ترک، ف. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی استان مرکزی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، دوره ۳، شماره ۱، ۱۰۹-۱۳۸.

ملکی، ق.، مظاهری، م.، ذبیحزاده، ع.، آزادی، ا.، و ملکزاده، ل. (۱۳۹۳). نقش پنج عامل شخصیت در ذهن‌آگاهی. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، دوره ۳، شماره ۱، ۱۰۳-۱۱۴.

Alvi, T., Assad, F., Ramzan, M., & Khan, F. A. (2010). Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*, *20*(2), 122-6.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington: *American Psychiatric Association*

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10 (2), 125-143.

Blaauw, B. A., Dyb, G., Hagen, K., Holmen, T. L., Linde, M., Wentzel-Larsen, T & ,.Zwart, J.-A. (2014). Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *The journal of headache and pain*, 15(1), 38.

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.

Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(6), 595-605.

Chan, S. K. C., Zhang, D., Bögels, S. M., Chan, C. S., Lai, K. Y. C., Lo, H. H. M., ... & Wong, S. Y. S. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 8(11), e022514.

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.

Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K., & Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3155-3168.

Ghobadi, A., Shafiei, R., & Gorbani, N. (2018). The Mediating Role of Self-Criticism in the Correlation Between Well-Being and Mental and Physical Vulnerability. *Revista Publicando*, 14(1), 799-812.

Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. (2019). The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of attention disorders*, 23(4), 351-362.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, *6*(6), 537-559.

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.

Kabat-Zinn, J. (1994). Mindfulness Meditation for Everyday Life. New York: Hyperion.

Kaplan, H., & Kaplan, S. B. (2014). Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Trans, Rezaai F. Tehran: *Arjmand pub*, 43-447.

Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. (2011) Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev* ;31:1041–56.

Lo, H., Wong, S., Wong, J., Wong, S.W. & Yeung, J.K. (2016). The effect 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). *Biomedical Central Psychiatry*, 16 (4):162-171.

Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zenmeditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of PsychiatricPractice*, 18, 232-259.

Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., Forehand, R. (2015). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44 (1), 191-202.

Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, *95*, 29-41.

Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., Sibinga, E. M. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46 (6), 172-178.

Poissant, H., Mendrek, A., Talbot, N., Khoury, B., & Nolan, J. (2019). Behavioral and cognitive impacts of mindfulness-based interventions on adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Behavioural neurology*, *2019*.

Pourhosein, R., Dehghani-arani, F., & Darabi, F. "Determination of the Relationship between Ego-Strength and Body Image with the Mental Health of Adolescent High School Female Students." *Journal of Clinical Review & Case Reports*, 4(1), 1-8.

Schoenfelder, E., Moreno, M., Wilner, M., Whitlock, K. & Mendoza, J. (2017). Piloting a mobile health intervention to increase physical activity for adolescents with ADHD. *Preventive Medicine Reports*, 6 (1): 210-213.

Swanson, J., Schuck, S., Mann, M., Carlson, C., Hartman, C. A., Sergeant, J. A., & al., e. (2012). Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 10(1), 21-70.

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.

Zylowska, L. (2012). The mindfulness prescription for adult ADHD: An 8-step program for strengthening attention, managingemotions, and achieving your goals. *Boston: Shambhala*.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.1.6 ]