

اثربخشی بسته آموزش بهوشیاری بر کاهش نشانه‌های بالینی و اختلالات همراه آن در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD)

ثنا نوری مقدم^۱، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^{۲*}، نیما قربانی^۳، علیرضا مرادی^۴، افسانه صحت^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. استاد گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۵. فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، عضو گروه روان‌پزشکی بیمارستان مهر، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع دوران کودکی است که تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد و ابعاد مختلفی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدین خاطر الگوهای درمانی متعددی برای این اختلال طراحی شده است. یکی از این الگوها آموزش بهوشیاری است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته آموزش بهوشیاری بر کاهش علائم و نشانگان بالینی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه است.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۹-۱۲ ساله دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در شهر تهران بودند. نمونه مورد مطالعه متشکل از ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بودند که به‌طور در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را به‌صورت هفتگی دریافت نمود. از مقیاس سنجش اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و فرم سیاهه رفتاری آخنباخ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش بهوشیاری به‌طور معناداری بر کاهش نشانه‌های بالینی کودکان بیش‌فعال مؤثر بوده است ($p < 0/001$). علاوه بر این نشانه‌های همراه در اختلال بیش‌فعالی از قبیل مشکلات عاطفی، اضطراب، مشکلات رفتار مقابله‌ای در این کودکان در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان روش آموزش بهوشیاری را به‌عنوان یک روش مؤثر در کنار سایر روش‌ها برای کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی بکار برد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، بهوشیاری.

*Email: rasool1134@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۱، پیاپی ۳۰
بهار و تابستان ۱۳۹۷
صص: ۱۴۰-۱۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 1, Serial 30

Spring & Summer
2018

pp.: 131-140

مقدمه

اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی^۱، یک اختلال عصب تحولی است که در دوران کودکی بروز می‌کند و تا بزرگسالی ادامه دارد. میزان شیوع آن در بیشتر فرهنگ‌ها در دوره کودکی حدود ۵ درصد و در بزرگسالی حدود ۲/۵ درصد است [۱]. علائم آن شامل درجاتی از کاهش توجه و یا بیش‌فعالی و تکانشگری می‌باشد. بی‌توجهی سبب عدم توانایی فرد در تداوم کار، گم کردن اشیاء و عدم توجه به سخنان دیگران می‌شود. این نابسامانی در حدی است که با سن تقویمی یا سطح رشدی مورد انتظار وی هماهنگ نیست. بیش‌فعالی و تکانشگری سبب پرتحرکی، وول خوردن، عدم توانایی در یکجا نشستن، مداخله در کارهای سایر افراد و عدم توانایی انتظار کشیدن می‌شود که این علائم بالاتر از سن تقویمی یا سطح رشدی بیمار است. [۱] اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی اغلب تا بزرگسالی تداوم داشته و سبب افت عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی می‌شود. همچنین این اختلال مزمن با پایه‌های زیست شیمیایی و عصب تحولی کاهش توانایی فرد در تنظیم و بازداری رفتار و حفظ توجه بر تکالیف به شیوه‌ای مناسب با مرحله رشدی او می‌شود. [۲] امروزه پیشرفت‌های روزافزون نظریه‌های سبب‌شناختی تأثیر عمیقی بر راهبردهای درمانی این اختلال نهاده است. گروهی از متخصصین که فرضیه عدم تعادل شیمیایی در مغز را به‌عنوان مبنای عصب‌شناختی این اختلال پذیرفته‌اند، معتقدند ناقل‌های عصبی دخیل در این اختلال شامل کاتکولامین و دوپامین و نوراپی نفرین هستند [۳] فرض می‌شود که کاتکولامین‌ها در توجه نقش دارند و بر این اساس یکی از رایج‌ترین درمان‌های اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی تجویز داروهایی است که باعث افزایش سطح فعالیت این گیرنده‌ها می‌شوند. این داروهای محرک مناطقی را که دچار کمبود فعالیت هستند، به سطح بالایی از برانگیختگی می‌رسانند؛ اما همه آن‌ها اثرات جانبی مهمی مانند بی‌اشتهایی، اختلال خواب، تهییج‌پذیری، خشم و اضطراب را در فرد ایجاد می‌کنند. علاوه بر این ۲۰ تا ۲۵٪ از این کودکان پاسخ خوبی به داروها نشان نمی‌دهند. این کودکان معمولاً در هنگام استفاده از داروهای محرک از اثرات جانبی جدی مانند اختلال‌های معدی-روده‌ای، سردردهای شدید، مسائل ادراری، تغییرات عاطفی، اختلالات تشنجی و تیک‌ها رنج می‌برند [۴] مسئله دیگر کوتاه‌مدت بودن اثر این داروهاست؛ که باعث می‌شود پزشکان روزانه دو یا سه دوز مصرفی را تجویز نمایند و به محض قطع دارو نشانه‌های اختلال با همان شدت قبلی ظاهر می‌شوند. پژوهشگران تنها کسانی نیستند

که از تأثیرات بالقوه‌ای که داروهای محرک می‌توانند بر کودکان اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی بگذارند ابراز نگرانی کرده‌اند. بسیاری از والدین در مورد استفاده از این داروها دچار تردیدند و رغبت چندانی به استفاده از این داروها برای درمان فرزندانشان نشان نمی‌دهند [۵]. دلیل احتمالی دیگر در زمینه اکراه والدین در استفاده از دارو ترس از اثرات جانبی دارو و اثرات بلندمدت دارودرمانی است [۶] امروزه به‌رغم پذیرش دارودرمانی به‌عنوان یک روش درمانی مفید برای کودکان بیش‌فعال، اهمیت تلاش در جهت دستیابی به درمان‌های غیر دارویی برکسی پوشیده نیست. معمولاً روش‌های درمانی غیر دارویی که برای این کودکان به کار می‌برند شامل آموزش والدین (فرزند پروری)، آموزش معلمان، کار درمانی و درمان‌های تکنولوژیک (نوروفیدبک، بیوفیدبک، بازتوانی شناختی) و درمان‌های شناختی رفتاری می‌باشد. در خصوص آموزش والدین و معلمان در زمینه درمان‌های این کودکان شواهد کافی برای این ادعا وجود دارد که آموزش والدین در زمینه فنون رفتاری و انجام مداخلات رفتاری در مدرسه جزء درمان‌های اعتبار یافته تجربی به حساب می‌آید [۷] نوع دیگری از درمان‌های مربوط به اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی درمان شناختی رفتاری است که شامل مؤلفه‌های حل مسئله، جهت‌دهی مجدد به‌منظور اصلاح خطاها و خود تقویت‌دهی است.

هرچند که نتایج رویکرد شناختی- رفتاری در درمان کودکان تأیید شده است، اما نتایج همواره یکسان نبوده است [۷، ۸] وجود این نتایج ناهمسان در پژوهش‌های اخیر و همچنین خلأهای موجود، پژوهشگران را بر آن داشت تا شیوه‌های درمانی دیگری را نیز بکار بگیرند و از آن طریق آگاهی فرد نسبت به مشکلات خویش و محیط اطرافش را افزایش دهند یکی از این روش‌ها آموزش بهوشیاری می‌باشد. بهوشیاری، معمولاً به‌عنوان حالتی از متوجه بودن و آگاه بودن از آنچه که در لحظه حال رخ می‌دهد، تعریف می‌شود [۹]. بهوشیاری به‌عنوان یک مدل دومؤلفه‌ای مفهوم‌سازی شده است که شامل: جهت دادن هدفمند توجه به لحظه حال و برخورد با تجربه در لحظه حال، گشودگی و پذیرش می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، مداخلات مبتنی بر آموزش بهوشیاری تأثیر بسیار مثبتی در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی دارد [۱۰] این روش درمانی بیشتر بر درمان اختلالات مرتبط با دوره بزرگسالی متمرکز بوده و اخیراً مطالعات بالینی بیشتری توسط پژوهشگران این حوزه بر روی نوجوانان و کودکان انجام گرفته است. در کودکان این روش بیشتر بر افکار و احساسات متمرکز می‌شود.

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)

کودک ۱۰ و ۱۲ ساله‌ی مبتلا مورد بررسی قرار دادند؛ که بعد از اتمام جلسات بهبود در نشانه‌های بیش‌فعالی و افزایش توجه و کاهش میزان شکایت والدین از مشکلات رفتاری گزارش شد [۲۰]. این نتایج مثبت اولیه توانایی بالقوه و کارایی عملی به‌کارگیری تمرینات بهوشیاری را در محیط‌های آموزشی و در کودکان نشان می‌دهند. مهم‌ترین فایده‌ی این درمان این است که کودکان یاد می‌گیرند هیجانات خود را بپذیرند و کودک قادر خواهد بود زمانی که لازم است تغییر ایجاد کند و هر طور که می‌تواند با هیجانات منفی مقابله کند. زمانی که کودکان بهوشیاری را یاد می‌گیرند به چالش‌های زندگی با روش‌های سازنده و مؤثر پاسخ می‌دهند و مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد در آن‌ها رشد پیدا می‌کند. در واقع این روش علاوه بر تمرکز روی افکار و احساسات و هیجانات کودک و شناسایی آن‌ها توسط وی، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش عملکرد در مؤلفه‌های تغییر توجه و تنظیم هیجانات می‌شود؛ بنابراین بهوشیاری به کودکان کمک می‌کند که مهارت‌های مقابله‌ای مورد نیاز را رشد دهند و می‌توانند یاد بگیرند که چگونه بدون اتکا به راهبردهای مقابله‌ای غریزی، به رویدادهای زندگی پاسخ بهتری نشان دهند. با توجه به اینکه در طی سال‌های گذشته درمان‌های بکار رفته برای این کودکان بیشتر دارو درمانی و درمان‌های تکنولوژیک (نوروفیدبک، بیوفیدبک) بوده است. هرچند که این درمان‌ها برای این کودکان ممکن است ضروری به نظر برسند، اما در کنار این روش‌های درمانی باید روش‌هایی را نیز به کار برد که علاوه بر حل مشکلات توجه و تمرکز کودکان، آگاهی هیجانی و احساسی را در آن‌ها افزایش دهد. روشی که کودک را به یک سری مهارت‌ها برای غلبه بر مشکلات رفتاری و اجتماعی و افزایش روابط میان فردی مجهز کند. لذا با توجه به مباحث مطرح شده این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی بهوشیاری در کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی انجام شد و فرضیه پژوهش عبارت است از: بسته آموزشی بهوشیاری نشانه‌های بالینی و اختلالات همراه را در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کاهش می‌دهد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی، با گروه آزمایش و گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل درمان بهوشیاری و متغیرهای وابسته، بهبود نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش

با توجه به اینکه کودکان از ارتباط بین رویدادها، افکار، احساسات و چگونگی تأثیر این عوامل بر یکدیگر آگاهی کمی دارند، با این روش آن‌ها می‌توانند یاد بگیرند که چگونه از فرایندهای ناخودآگاه ذهن که باعث می‌شود فرد به شیوه‌ی خاص به برانگیزنده‌هایی مانند موقعیت و فکر و احساس پاسخ دهد، آگاه شوند. [۱۱]. به نظر می‌رسد این روش درمانی خلأهای روش درمان شناختی رفتاری را برطرف کرده و می‌تواند به‌عنوان درمانی مکمل در کنار سایر شیوه‌های درمانی بکار رود. در تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی روش‌های بهوشیاری بر کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند، نتایج مختلفی به دست آمده است. در مجموعه‌ای از مطالعات از این روش به‌عنوان یک روش مداخله برای کودکانی که مشکلات روان‌شناختی دارند یاد نموده‌اند [۱۲]. در تحقیق دیگری که از روش آموزش مبتنی بر بهوشیاری استفاده کرده‌اند علائم برونی‌سازی و درونی‌سازی به شکل معناداری در کودکان کاهش یافته بود [۱۳]. در پژوهشی دیگر که بر روی چندین نوجوان دارای اختلال سلوک انجام شد کاهش معناداری در رفتارهای پرخطر مشاهده گردید [۱۴]. این نوجوانان گزارش نمودند که در مواقع استرس‌زا موفق شده‌اند که توجه خود را از موضوع منحرف کنند و بر روی خود متمرکز نمایند. در یک مطالعه اخیر که بر روی نوجوانان اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی انجام شده است تمرینات بهوشیاری علائم مرتبط با اختلال را به‌طور معناداری کاهش داد [۱۵]. سیبرت [۱۶] در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی بهوشیاری بر افزایش رفتار خودکنترلی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، تأثیر بهوشیاری را بر رفتار خودکنترلی کودکان مورد بررسی قرار داد. بعد از پنج جلسه تمرین بهوشیاری نتایج نشان داد که این تمرینات رفتار خودکنترلی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد. زیلوسکا و همکاران [۱۵] در پژوهشی با عنوان آموزش مراقبه بهوشیاری در نوجوانان و کودکان بیش‌فعال، بهبود در نشانه‌های بیش‌فعالی، افزایش توجه، کاهش بازداری شناختی و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در آن‌ها را گزارش نمودند. به‌علاوه بوهل میجر و همکاران [۱۷] معتقد است که آموزش بهوشیاری نشانه‌های افسردگی و اضطراب را کاهش و سازگاری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. بوگلز [۱۸] برنامه آموزش بهوشیاری را با تغییر اندکی بر روی ۱۰۲ نوجوان ۱۶- ۱۲ ساله که اخیراً در بخش روان‌پزشکی تحت درمان سرپایی قرار گرفته بودند، اجرا کردند. نتایج نشان‌دهنده کاهش استرس، اضطراب و چند نشانه آسیب‌شناسی دیگر بود. سینق و همکاران [۱۹] در پژوهشی اثربخشی تکنیک‌های بهوشیاری را بر روی کاهش علائم اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی در دو

فعالی و اختلالات همراه (مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، رفتار مقابله‌ای) می‌باشد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کودکان ۹-۱۲ ساله شهر تهران بود که به کلینیک‌های روان‌شناسی، روان‌پزشکی کودک و نوجوان مراجعه نموده و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه آنان به تأیید متخصصان بود.

ب) نمونه پژوهش: برای انتخاب نمونه تعداد ۳۰ نفر از آنان به صورت در دسترس انتخاب شده و پس از انجام مصاحبه با والدین و خودکودک و پر نمودن رضایت‌نامه اخلاقی، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند و مراحل پیش‌آزمون (انجام آزمون‌ها و پر نمودن پرسشنامه‌ها)، مداخله (هشت جلسه آموزش) و پس‌آزمون (ارزیابی مجدد) و پیگیری یک ماهه بر روی آن‌ها انجام شد. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، داشتن دامنه سنی بین ۹-۱۲ سال و داشتن بهره هوشی در دامنه نرمال می‌باشد؛ و ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: داشتن، مشکلات تأخیر در تحول، مشکلات گفتاری، داشتن نمره هوشبهر پایین‌تر از نرمال و داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی سریع درمان سازد.

ابزارهای پژوهش

۱) آزمون عملکرد پیوسته دیداری شنیداری رایانه‌ای: این آزمون توسط سندفورد و ترنر در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این آزمون بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نسخه چهارم، طراحی شده است. آزمون قادر به تشخیص و تفکیک انواع اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی در سنین بالای ۶ سال می‌باشد. چهار بخش آزمون شامل گرم کردن، تمرین، اجرای اصلی و آرام شدن می‌باشد [۲۱]. آزمون نیازمند حفظ توجه حین تکلیف مداوم و بازداری پاسخ‌های تکانشی است و برای ارزیابی توجه و تکانشگری مورد قرار می‌گیرد و به صورت برنامه کامپیوتری است که از دو قسمت دیداری و شنیداری تشکیل شده است [۲۱، ۲۲] در حین اجرای این آزمون، به فرد گفته می‌شود که با شنیدن یا دیدن عدد یک، کلیدی را فشار دهد. اگر به عدد ۲ که هدف نیست، پاسخ دهد، نشان‌دهنده تکانشگری و اگر به عدد یک که هدف است کمتر پاسخ دهد، نشان‌دهنده نقص توجه است. حساسیت مناسب (۰/۹۲) و قدرت پیش‌بینی

مثبت (۰/۸۹) برای استفاده در سنجش اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را دارد [۲۳]. اعتبار هم‌زمان این آزمون توسط ارزیابی مجدد کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، با ابزارهای تشخیصی دیگر، نظیر آزمون متغیرهای توجه، آزمون اجرای متمادی گوردون، مقیاس توجه کودکان و مقیاس رتبه‌بندی محاسبه شد، که درصد توافق بین دامنه ۹۰ تا ۱۰۰ درصد قرار گرفت. سندفورد و ترنر، برای بررسی اعتبار از روش باز آزمایی استفاده کردند، که ضریب ۰/۷۵ را گزارش کردند و این ضریب حاکی از اعتبار مطلوب این آزمون می‌باشد. برای ارزیابی اعتبار، این آزمون را روی افراد با و بدون اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی اجرا کردند که در ۰/۹۲... موارد این آزمون قادر به تشخیص درست این اختلال می‌باشد و ضریب گزارش شده حاکی از روایی مطلوب این آزمون است. [۲۴]. چهار زیر مقیاس که در پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است، به ترتیب عبارت‌اند از: کنترل پاسخ شنیداری، کنترل پاسخ دیداری، توجه شنیداری و توجه دیداری. مدت زمان اجرای این آزمون ۲۰ دقیقه می‌باشد.

۲) سیاهه رفتاری کودک، فرم والدین: این پرسشنامه یکی از سه پرسشنامه نظام مبتنی بر تجربه آنباخ است. این پرسشنامه که در ۲۰ تا ۲۵ دقیقه توسط والدین و یا سرپرست کودک تکمیل می‌گردد از سه قسمت تشکیل شده است. در قسمت اول والد باید اطلاعات جمعیت شناختی را درباره‌ی کودک و خانواده‌ی او تکمیل نماید. در قسمت دوم شایستگی‌ها و یا توانمندی‌های کودک مورد بررسی قرار می‌گیرد که سه مقیاس را شامل می‌شود: فعالیت‌ها، شایستگی‌های اجتماعی و شایستگی‌های مدرسه‌ای. در قسمت سوم، والد باید ۱۱۳ سؤال سه گزینه‌ای را در مقیاس ۰ تا ۲ (=درست نیست، ۱=تا حدی یا گاهی درست است و ۲=کاملاً یا اغلب درست است) بر اساس رفتاری که در طول شش ماه گذشته یا در حال حاضر در فرزند خود مشاهده کرده است، درجه‌بندی نماید. قسمت سوم این پرسشنامه مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ را شامل می‌گردد. جمع هر یک از خرده مقیاس‌ها در صفحه اول پرسشنامه (در قسمت نتایج) به صورت نمره‌ی خام، نمره‌ی استاندارد و رتبه‌ی درصدی گزارش می‌گردد. همچنین در گزارش نتایج این پرسشنامه از سه نمودار استفاده می‌گردد که نمرات مربوط به هر هریک از خرده مقیاس‌ها را به صورت نقطه‌ای روی یک نمودار نشان می‌دهد. بر اساس این نیمرخ‌ها می‌توان درباره شدت مشکلات

¹ Child Behavioral Checklist (CBCL)

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش بهوشیاری کودکان

| | |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی اعضای گروه. تعیین اهداف. نحوه همکاری والدین. نحوه انجام تنفس هشیارانه |
| جلسه دوم | آموزش توجه هشیارانه از طریق داستان، تمرینات پیگیری، تکلیف منزل |
| جلسه سوم | آموزش دیدن و شنیدن هشیارانه، دادن CD آموزشی جهت گوش دادن جلسات و تمرینات در منزل |
| جلسه چهارم | خوردن، بوییدن و لمس هشیارانه، نشستن هشیارانه. تمرینات پیگیری، تکلیف منزل |
| جلسه پنجم | حرکت هشیارانه، راه رفتن هشیارانه، نشستن هشیارانه، تمرینات پیگیری، تکلیف منزل |
| جلسه ششم | تفکر هشیارانه و پذیرش افکار، تمرینات پیگیری، تکلیف منزل |
| جلسه هفتم | اسکن بدنی، فعالیت و انجام تکلیف هشیارانه، تمرینات پیگیری، تکلیف منزل |
| جلسه هشتم | بهوشیاری در حین کارهای روزمره، بکار بستن آموزه‌های بهوشیاری در زندگی، جمع‌بندی نهایی |

بررسی وضعیت توصیفی داده‌ها نشان داد میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و این در حالی است که این نمره‌ها در گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است (جدول ۲).
همچنین نتایج آزمون T نشان داد که در دو گروه در تک تک متغیرهای نشانه‌های بالینی در پیش‌آزمون اختلاف معنادار وجود ندارد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

| متغیر | گروه کنترل | | گروه آزمایش | | |
|-----------|---------------------|------------------|-------------|------------------|------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| پیش‌آزمون | مشکلات عاطفی | ۶۲/۱ | ۳/۱۶ | ۵۷/۲ | ۴/۷ |
| | مشکلات اضطرابی | ۶۳/۲ | ۵/۲۸ | ۶۵ | ۵/۴ |
| | بیش‌فعالی- نقص توجه | ۷۶ | ۳/۵۱ | ۷۴/۹ | ۳/۳۱ |
| | رفتار مقابله‌ای | ۶۱ | ۷/۳۵ | ۶۲ | ۷/۵۷ |
| | شایستگی | ۳۶ | ۲/۱۶ | ۳۹ | ۲/۲۳ |
| | عملکرد تحصیلی | ۳۶ | ۱/۳۰ | ۳۸ | ۱/۵۳ |
| | مشکلات عاطفی | ۵۶/۳ | ۳/۵۶ | ۵۷/۷۳ | ۴/۶۸ |
| | مشکلات اضطرابی | ۵۸/۳ | ۵/۲۷ | ۶۴/۷۳ | ۴/۴۳ |
| | بیش‌فعالی- نقص توجه | ۶۳/۰۶ | ۳/۶۵ | ۷۴/۳۱ | ۲/۲۶ |
| | رفتار مقابله‌ای | ۵۷/۲۶ | ۵/۶۷ | ۶۱/۶۰ | ۷/۸۹ |
| پس‌آزمون | شایستگی | ۴۱ | ۱/۹۶ | ۳۹/۲ | ۱/۶۳ |
| | عملکرد تحصیلی | ۴۰/۴۶ | ۱/۶۴ | ۳۸/۶ | ۱/۷۵ |

کودک در مقایسه با گروه هنجار قضاوت نمود؛ که نمرات بالای ۷۰ نشان‌دهنده وجود و شدت اختلال است و نمرات ۶۵ تا ۷۰ حاکی از قرار گرفتن فرد در محدوده مرزی می‌باشد و داشتن نمره زیر ۶۵ در هر خرده مقیاس نشان‌دهنده نرمال بودن وی می‌باشد. ضرایب اعتبار این مقیاس با سه روش همسانی درونی، ثبات زمانی و توافق متقابل پاسخ‌دهندگان محاسبه شده است. [۲۵].

ضرایب همسانی درونی بر اساس روش آلفای کرونباخ، برای مقیاس‌های شایستگی در دامنه‌ی ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای مقیاس‌های مبتنی بر تجربه ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ و برای مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای تشخیصی اختلالات روانی ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ است. ضرایب ثبات زمانی بر اساس روش آزمون-بازآزمون برای مقیاس‌های شایستگی ۰/۵۵ تا ۰/۶۲ برای مقیاس‌های مبتنی بر تجربه ۰/۳۸ تا ۰/۹۷ و برای مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای تشخیصی اختلالات روانی ۰/۳۲ تا ۰/۴۷ می‌باشد. [۲۶] روایی سازه این پرسشنامه‌ها نیز با روش روابط درونی مقیاس‌ها، تمایز گذاری گروهی و بررسی ساختار عاملی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی روایی سازه مناسب این پرسشنامه‌ها بود [۲۵] روش آموزش بهوشیاری در طی ۸ جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه به مدت نود دقیقه به طول انجامید. چارچوب جلسات درمانی بر اساس بسته مداخلاتی آموزش بهوشیاری که برای درمان اختلالات دوره کودکی طراحی شده [۲۷]؛ و پکیج تمرینات بهوشیاری برای کودکان [۲۸] و نظرات صاحب‌نظران فعال در این حوزه تدوین و بر اساس شرایط فرهنگی کودکان ایران بومی شده است. جزئیات جلسات در جدول شماره ۱ بیان شده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، با توجه به تعداد متغیرهای وابسته و اجرای پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید

نتایج

در این قسمت نخست به بیان نتایج توصیفی مرتبط با متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود. در ادامه ابتدا نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش، مورد مقایسه قرار خواهد گرفت، سپس به نتایج نهایی پژوهش پرداخته خواهد شد جدول شماره ۲ و ۳ در برگیرنده شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به آزمون IVA به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|--------------------|-------------|------------------|------------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| توجه دیداری | ۷۵/۱ | ۳/۰۱ | ۵۵/۲ | ۳/۷ |
| توجه شنیداری | ۷۸/۸۶ | ۲/۲۸ | ۷۵/۳۵ | ۲/۷ |
| کنترل پاسخ دیداری | ۸۸/۰۶ | ۳/۵۱ | ۷۴/۹ | ۳/۳۱ |
| کنترل پاسخ شنیداری | ۱۰۲/۶۰ | ۲/۲۲ | ۸۸/۴۲ | ۲/۲۶ |
| توجه دیداری | ۸۰/۵۸ | ۲/۰۴ | ۵۹/۴۱ | ۲/۶۸ |
| توجه شنیداری | ۸۱/۰۳ | ۲/۳۰ | ۶۴/۵۱ | ۳/۱۱ |
| کنترل پاسخ دیداری | ۱۰۳/۶۵ | ۳/۶۵ | ۸۱/۳۹ | ۴/۱۸ |
| کنترل پاسخ شنیداری | ۱۰۵/۲۶ | ۳/۲۷ | ۸۸/۲۶ | ۲/۸۹ |

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون مقیاس آخنباخ در گروه‌های آزمایش و کنترل

| منبع | متغیر | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | توان آزمون |
|------|----------------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| گروه | مشکلات عاطفی | ۱ | ۱۲/۷۶ | ۷/۰۲ | ۰/۰۱۵ | ۰/۷۲ |
| | مشکلات اضطرابی | ۱ | ۱۹/۲۸ | ۹/۳۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۸۳ |
| | بیش‌فعالی - نقص توجه | ۱ | ۳۷۸ | ۷۶/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۱ |
| | رفتار مقابله‌ای | ۱ | ۶۶/۱۳ | ۱۴/۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| | شایستگی کلی | ۱ | ۶۰/۳۵ | ۶۴/۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹ |
| | عملکرد تحصیلی | ۱ | ۲۲/۸۵ | ۲۲/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹ |
| | خطا | | ۲۲ | ۱/۸۷ | | |
| | | ۲۲ | ۲/۰۶ | | | |
| | | ۲۲ | ۴/۹۴ | | | |
| | | ۲۲ | ۴/۰۹ | | | |
| | | ۲۲ | ۰/۹۳ | | | |
| کل | | ۲۲ | ۱/۹۲ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |

$P < 0.001$

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، روش درمان بهوشیاری در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعال نسبت به گروه کنترل در کاهش نشانه‌های بالینی و اختلالات همراه تأثیر داشته است. به‌منظور تعیین اختلاف دقیق بین گروه‌ها و اینکه این روش درمانی در کدام‌یک از متغیرها در دو گروه تأثیر بیشتری داشته از مقایسه پس‌تبعی ال. اس. دی. استفاده گردید.

نتیجه این مقایسه‌ها نشان داد که روش درمانی آموزش بهوشیاری در کاهش نشانه‌های بالینی مربوط به اختلال و در خرده‌مقیاس‌های مشکلات عاطفی و اضطرابی، رفتار مقابله‌ای، شایستگی کلی فرد و عملکرد مدرسه در گروه مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مؤثر بوده است.

بر اساس نتایج جدول شماره ۵ روش درمان بهوشیاری در کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل در افزایش توجه دیداری و شنیداری و کنترل پاسخ دیداری و شنیداری مؤثر بوده است.

در جدول ۳ نیز میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و این در حالی است که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. نتایج آزمون T نشان داد که در دو گروه در تک تک متغیرهای مربوط به آزمون IVA در پیش‌آزمون اختلاف معنادار وجود ندارد.

برای آزمون فرضیه پژوهشی دو تحلیل کوواریانس چند متغیری به‌صورت جداگانه برای نشانه‌های بالینی کودکان و توجه و کنترل پاسخ آن‌ها انجام شد.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های دو گروه و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از جدول M-box استفاده گردید؛ که نتایج بیانگر عدم معناداری آزمون M-box برای متغیرهای پژوهش و در نتیجه تأیید این پیش‌فرض بود. $F_{p < 0.001} = 29/154$

سپس به‌منظور تعیین اختلاف بین گروه‌ها در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که نتایج در جدول (۴) آمده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون IVA در گروه‌های آزمایش و کنترل

| منبع | متغیر | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | توان آزمون |
|------|--------------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| گروه | توجه دیداری | ۱ | ۱۶۲۶/۳۸ | ۳۵/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۱ |
| | توجه شنیداری | ۱ | ۱۰۸۳/۳۲ | ۱۸/۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹ |
| | کنترل پاسخ دیداری | ۱ | ۱۵۰۸/۱۲ | ۱۱/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸ |
| | کنترل پاسخ شنیداری | ۱ | ۹۳/۳۵ | ۹۹/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| خطا | | | ۴۵/۸۷ | | | |
| | | ۲۲ | ۵۸/۰۹ | | | |
| | | ۲۲ | ۱۳۱/۸۶ | | | |
| | | ۲۲ | ۱۰۰/۵۷ | | | |
| کل | | | ۳۰ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |
| | | | ۳۰ | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی بسته آموزش بهوشیاری بر کاهش نشانه‌های بالینی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون در نشانه‌های بالینی تفاوت معنادار به لحاظ آماری وجود دارد ($p < 0/001$) و استفاده از روش مداخله‌ی آموزش بهوشیاری باعث کاهش معنادار نشانه‌های بالینی و اختلالات همراه در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته هماهنگ با یافته‌های هامفری [۱۱]، زایلوسکا [۱۵] میجر [۱۷] سبیرت [۱۶] لی و همکاران [۱۳]، سینگه و همکاران [۱۴] است که نشان دادند که تمرینات بهوشیاری علاوه بر بهبود در نشانه‌های بیش‌فعالی باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش رفتارهای خودکنترلی می‌شود و همچنین با تحقیقات زایلوسکا و همکاران [۲۹] همسو است که بر روی نوجوانان اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی انجام شده بود و نتایج حاکی از آن بود که تمرینات بهوشیاری علائم مرتبط با اختلال را به‌طور معنادار کاهش داده بود. علاوه بر این یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های همراه در اختلال بیش‌فعالی از قبیل مشکلات عاطفی، اضطراب، مشکلات رفتار مقابله‌ای در این کودکان در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته که همسو با تحقیقات بوگلز [۱۸]، سینق و همکاران [۱۹] و سبیرت [۳۰] است که نشان دادند که تمرینات بهوشیاری علاوه بر بهبود در نشانه‌های بیش‌فعالی باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش رفتارهای خودکنترلی می‌شود. همچنین با نتایج پژوهش‌های سالترمن [۳۱] که با همکاری گروه روان‌شناسی دانشگاه استنفورد بر روی دانش‌آموزان پایه‌های

چهارم تا هفتم و والدینشان انجام شد همسو می‌باشد که نشان داد یک ساعت تمرین هوشیاری برای هشت هفته متوالی، توانایی دانش‌آموزان برای توجه کردن و انجام تکالیف درسی را افزایش داده و اضطراب آنان را کاهش می‌دهد. در قسمت دیگری از یافته‌های این پژوهش دیده شد که کودکان در مقیاس شایستگی و عملکرد کلی در مدرسه پیشرفت داشته‌اند و تغییرات مثبت و معناداری دیده شد که هم راستا با پژوهش‌های کیسر - گرینلند، لووکه، ایشیجیما و کاساری، [۳۲] می‌باشد که نتایج تحقیقات آن‌ها کارایی عملی به‌کارگیری تمرینات بهوشیاری را در محیط‌های آموزشی و تغییر در سطح عملکرد تحصیلی کودکان را نشان داد. به‌طور کلی تأثیرات مثبت تمرینات بهوشیاری را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که تمرینات بهوشیاری باعث می‌شود که کودکان یاد بگیرند هیجانات خود را آن‌گونه که هست بپذیرند و قادر خواهند بود زمانی که لازم است تغییر ایجاد نمایند و به چالش‌های زندگی با روش‌های سازنده و مؤثرتر پاسخ دهند و نسبت به آنچه در پیرامونشان در لحظه اکنون در حال اتفاق افتادن است آگاهی بیشتری پیدا کنند و به‌صورت کارآمدتر و با تأمل بیشتری به محرک‌ها و محیط اطراف پاسخ دهند. در واقع با استفاده از این روش بازدارنده رفتاری که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است [۷] افزایش می‌یابد. می‌توان گفت با استفاده از نظاره کردن افکار و احساسات بدون قضاوت آن‌ها و بررسی کردن آن‌ها فرد درمی‌یابد که " افکار صرفاً افکار هستند " و زمانی که این موضوع را می‌فهمد راحت‌تر می‌تواند آن‌ها را رها کند؛ و با مشاهده دقیق واقعیت‌های درونی خود با مهربانی و شفقت علت رفتارها، عواطف و احساسات منفی خود را درمی‌یابد و بدون قضاوت و سرزنش سعی در پذیرش و تجربه مجدد آن‌ها

مواجه می‌کند. همچنین اگر مادران این کودکان به صورت هم‌زمان دوره آموزش بهوشیاری را می‌گذراندند تأثیر بسیار مناسبی بر روابط والد کودک و نتیجه درمانی می‌گذاشت. بدیهی است که تفاوت‌های فردی میان کودکان از قبیل میزان انگیزش برای انجام تکالیف، برقراری ارتباط با همسالان، میزان همکاری والدین، انتظار یا امید به اینکه این روش درمانی می‌تواند کمک‌کننده و یا مؤثر باشد و می‌تواند در پاسخ درمانی تأثیرگذار باشد.

منابع

- ۱- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5. ترجمه رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی، زانت. تهران: ارجمند.
 - ۲- ریف، ساندر. اف، (۱۳۹۱). چک لیست اختلال بیش‌فعالی /کمبود توجه. دانستنی‌های ضروری برای والدین. ترجمه رضا رستمی، ثنا نوری مقدم، فرشته عظیمی پور. تهران: تبلور
 - 3- Culbertson, J. and Krull, K. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder. In R.L. Adams, O.A. Parsons, J.L., Culbertson, and S.J., Nixon, _europsychology for clinical practice: Etiology, assessment, and treatment of common neuropsychological disorders (pp. 271-330). Washington, DC. American Psychological Association
 - 4-Lubar, J. F. (1995). Neurofeedback for the management of attention deficit hyperactivity disorder. In M.S Schwartz and Associations (Eds.) Biofeedback. (2 nd, .ed. pp. 493-522)
 - 5-Monstra, V., (2003) Attention deficit hyperactivity disorder: children may benefit from brain wave training. Biological Psychiatry.vol:52: 85-97
 - 6- Moon, M. (2000) Allow for bias if parent report non response to treatment. بیش‌فعالی - کم توجهی. Family practice news: VOL 30: pp.37-48
 - 7-Barkley, R.A (2006). Comorbid Disorder, Social and Family Adjustment and Subtyping. In R.A Barkley (Ed). Attention Deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment. New York: Guilford
 - 8- Smith, B. H, Barkley.R.A& Shapiro C. J. (2006) ADHD disorder. Treatment of children disorders. New York: Gilford
 - 9-Kabat-Zinn, J. (2003), Mindfulness-Based intervention in context: Past, present, and future, clinical psychology: Science and practical.vol: 10: p.p. 144-156
- دارد؛ که این مراحل خود منجر به تغییرات مثبت در خلق و خوی فرد و کاهش نگرانی‌ها و آگاهی بیشتر نسبت به اعمال خود و کشف تجارب جدید در مورد خود و کنترل بهتر رفتار می‌گردد. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت با توجه به اینکه بهوشیاری به رشد سه مؤلفه خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه اکنون، توجه دارد، بنابراین فرد به پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلا واسطه فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیک، یا رفتاری می‌پردازد و از این رو آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزمره افزایش می‌یابد؛ و این آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات باعث بهبود نشانه‌های جسمانی از قبیل تحرک زیاد و تکانشی بودن می‌شود. همچنین این تمرینات خود نظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدنی را افزایش می‌دهد که منجر به کاهش نشانه‌های مربوط به اختلال، شامل تحرک زیاد و تکانشگری و افزایش توجه به رفتار و محیط می‌شود.
- از دیگر سو تمرینات بهوشیاری با افزایش فعال‌سازی سیستم پاراسمپاتیک همراه است که می‌توان به آرامش عضلات و ماهیچه‌ها و کاهش تنش و برانگیختگی منجر شود؛ و از طرفی تقویت مهارت‌های خود مشاهده‌گری رفتار در کودک ممکن است منجر به تنظیم هیجانات و افزایش تحمل ناکامی گردد. نکته دیگری که برای تبیین این اختلال می‌توان بکار برد این است که یکی دیگر از مؤلفه‌های اصلی بهوشیاری صبوری کردن است که یادگیری این امر برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی بسیار مفید و مؤثر است و افزایش بهوشیاری منجر به افزایش تحمل ناکامی و به تأخیر انداختن خواسته‌ها و کنترل هیجانات آن‌ها می‌شود. علاوه بر اینکه تمرینات بهوشیاری باعث افزایش نوروپلاستیسیته مغز (توانایی مغز برای تغییر خود) خواهد شد که انتظار می‌رود با افزایش نوروپلاستیسیته کنترل رفتاری و عملکرد توجهی فرد بهبود یابد.
- در نهایت باید گفت، بهوشیاری یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید و مکمل است که نیازمند واری‌های متعدد، به‌ویژه در نمونه‌های ایرانی و در گستره‌های متعدد است. این نکته را شری و همکاران تذکر داده‌اند که واری‌های اثربخشی و قابلیت پذیرش بالقوه این برنامه هنوز در ابتدای راه است، بدون تردید، پژوهش‌های آتی می‌توانند چشم‌اندازهای جدیدی را پیش روی ما قرار دهند [۳۳]
- البته باید توجه داشت که پژوهش حاضر دار ای محدودیت‌هایی بوده که می‌توان به آن‌ها اشاره داشت؛ نمونه موردنظر فقط از افرادی که به کلینیک‌های آتیه و مطب روان‌پزشکی دکتر صحت در شهر تهران، مراجعه می‌کردند انتخاب شده است و این مسئله تعمیم نتایج را با احتیاط

- from the 1995 annual convention of Children and Adults with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder, CHADD.
- 22-Turner DC, Clark L, Dowson J, Robbins TW&, Sahakian B. J. (2004). Modafinil improves cognition and response inhibition in adult attentiondeficit/hyperactivitydisorder. *BiolPsychiatry*.vol 55:p.p. 103-113
- ۲۳ - حمیدی، شبنم. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روش درمانی نوروفیدبک بر الگوی امواج مغزی، توجه و تکانشوری در کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- ۲۴- مدنی، اعظم السادات؛ حیدری نسب، لیلا؛ یعقوبی، حمید؛ رستمی، رضا (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش فعالی و تکانشگری در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی کم دوفصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)؛ سال ۲۱؛ شماره ۱۱ صص ۸۵-۹۸.
- ۲۵- آخنباخ، تی. ام و رسکورلا، ال. ای (۱۳۸۴) کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ. ترجمه اصغر مینایی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی
- ۲۶- مینایی، اصغر (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی، برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان، تهران: سخن
- 27- Burdick, D., (2014) *Mindfulness for kids & Teens, A workbook for clinician and client, improve treatment outcome.* New York PESI publishing
- 28- Snel, E. (2013). *Sitting still like a frog, mindfulness exercise for kids.* Boston, London: shambal publishing
- 29- Zylowska, L., Smalley, S. L., & Schwartz, J. M. (2010). Mindful awareness in ADHD. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness.* New York: Spring
- 30- Sibert, L. (2014). "Effects of Mindful Awareness Practices on Executive Functions in Elementary School Children" *Journal of Applied School Psychology*.vol:26: 1.p.p. 70 -95.
- 31- Saltzman E., et al. (2012). Yoga as a Complementary Treatment of Depression: Effects of Traits and Moods on Treatment Outcome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.vol: 4(4): p.p 493-502
- 32 - Flook, L., Smalley, S.L., Kitil, M. J., Galla, B.M., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., Ishijima, E., & Kasari, C. (2013) Evidence for the Impact of Mindfulness on Children and Young People.
- 10- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z& Goolkasian P. (2010) Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*.vol:19: p.p. 597-605.
- 11- - Hamferi, V. M. (2009) «Mindfulness-Based Stress Reduction in couples facing multiple Sclerosis: Impact on self-reported anxiety and uncertainty» PH.D in psychology. New York, univ
- 12- Semple, R., Reid, E., & Miller, L. (2005). Treating Anxiety with Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children. *Journal of Cognitive Psychotherap.* Vol: 19(4): p.p. 379-392.
- 13- Lee, J., et al. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Results of a Pilot Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*: vol: 22(1), pp. 15-28.
- 14- Singh, N., et al. (2010). Adolescents with Conduct Disorder Can Be Mindful of Their Aggressive Behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*: vol: 15(1). pp. 56-63.
- 15- Zylowska, L., et al. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adolescents and Adults with ADHD: A Feasibility Study. *J. Attention Disorders*: vol: 11(6). Pp. 737-746.
- 16- Sibert, A. L. (2013). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*: vol: 49. pp. 175-185.
- 17- Zylowska, L. (2012). *The mindfulness prescription for adult ADHD: An 8-step program for strengthening attention, managing emotions, and achieving your goals.* Boston: Shambhala.
- 18- Bögels, S., et al. (2014). *Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and their Parents.* *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*: vol: 36, pp. 193-209
- 19- Singh, N., et al. (2013). Mindful Parenting Decreases Aggression and Increases Social Behavior in Children with Developmental Disabilities. *Behavior Modification*: vol: 31(6).p.p. 749-771.
- 20- Flook, L., Smalley, S.L., Kitil, M.J., Dang, J., Cho, J., Kaiser-Greenland, S., Locke, J. & Kasari, C. (2014, April). A mindful awareness practice improves executive function in preschool children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*: vol: 34.p.p. 103-117
- 21- Sandford, J. A., Fine, A H., & Goldman, L. (1995). A comparison of auditory and visual processing in children with ADHD using the IVA Continuous Performance Test. In *Proceedings*

Clinical Child Psychology and Psychiatry.vol:
9(4): p.p.479-497

۳۳- رضیان، شیما؛ حیدری نسب لایلا؛ شعیری، محمدرضا؛
ظهراپی، شیما (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی برنامه کاهش
استرس مبتنی بر کاهش نشانه‌های افراد (MBSR) ذهن
آگاهی مبتلا به اضطراب اجتماعی. دوفصلنامه علمی پژوهشی
روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)؛ سال ۲۲؛ شماره
۱۲؛ صص ۳۷-۵۰