MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

Investigating the Effect of Mindfulness-based Intervention for Children on their Mindfulness and Mental Health

*Roshanak Vesali Mahmoud[1], Hassan Ahadi[2], Mohammad Bagher Kajbaf[3], Hamid Taher Neshatdoost[4]

Author Address
1. PhD student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan Branch), Isfahan, Iran;
2. Professor and Head of Psychology Department, Azad University (Science and Research Branch), Tehran, Iran;
3. Professor of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran;
4. Professor and Head of Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.
***Corresponding Author Address**: Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan Branch), Isfahan, Ira.
***Tel:** 09122581732; ***E-mail:** r.vesali@ut.ac.ir

Received: 2015 September 6**; Accepted:** 2016 January 17.

Abstract

Objective: The use of mindfulness-based interventions is now common in various psycho-educational and therapeutic investigations for adults and adolescents. However, this intervention is not used for Iranian children. Therefore, this study evaluates the effect of Children Mindfulness-based Intervention on mindfulness and mental health of Iranian school-aged children.

Methods: This is a two group pre-test post–test quasi-experimental research. The population of this study was Iranian school-aged children aged 5-12. Convenience (voluntarily) sampling was used to recruit the participants. A total of 234 participants (116 boys, 118 girls) were randomly assigned to control (n=117) and intervention (n=117) groups. The Intervention group received 9 weeks of mindfulness-based educational-intervention (each session was 45-70 min), while the control group did not receive. The instruments to assess mindfulness and mental-health were CAMM and PCS-17 respectively. ANCOVA procedures were used to analyze the data.

Results: The results showed an increase in children's mindfulness ($F_{(1,229)}$=52.70, p<0.001) and a decrease in total score of mental health ($F_{(1,229)}$=21.31, p<0.001), internalizing ($F_{(1,229)}$=18.54, p<0.001) among the participants in the intervention group. There was also a significant difference between girls and boys in the post-tests of total mental health ($F_{(1,229)}$=7.18, p<0.01), internalizing ($F_{(1,229)}$=4.65, p<0.05) scores in control and intervention groups. As mental health and internalizing scores indicate the intervention program had a statistically significant effect on the participants' mental health and mindfulness. As to gender differences, the results show that girls benefited from the intervention program more than boys on both aforementioned dimensions.

Conclusion: Mindfulness-based intervention for children could be used as an intervention to increase children's mental health and to decrease externalizing and internalizing disorders as it increases their mindfulness.

Keywords: Mindfulness-Based Intervention, Mindfulness, Mental Health, Children.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ویژهٔ کودکان بر ذهن‌آگاهی و سلامت روان آن‌ها

*روشنک وصالی‌محمود[۱]، حسن احدی[۲]، محمدباقر کجباف[۳]، حمیدطاهر نشاط‌دوست[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای رشتهٔ روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. استاد و مدیر گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد (واحد علوم و تحقیقات)، تهران، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. استاد و مدیر گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه آزاداسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

***تلفن:** ۰۹۱۲۲۵۸۱۷۳۲؛ ***رایانامه:** r.vesali@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸ بهمن ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان بسته‌ای آموزشی‌ـ درمانی در مطالعات زیادی توسط روان‌شناسان در حوزهٔ بزرگسالان و نوجوانان استفاده شده است. این درحالی‌است که این مداخله در ایران در جمعیت کودکان به کار گرفته نشده است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ویژهٔ کودکان بر بهبود ذهن‌آگاهی و سلامت روان کودکان انجام گرفت.

روش‌بررسی: جامعهٔ آماری پژوهش، شامل کودکان ۵ تا ۱۲ ساله (دانش‌آموزان دبستانی و پیش‌دبستانی) ایرانی در سال ۹۴ بود. به‌همین‌منظور، به شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس، ۲۳۴ کودک (۱۱۶ پسر، ۱۱۸ دختر) انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۱۱۷ نفر) و گواه (۱۱۷ نفر) قرار گرفتند. مداخله به مدت ۹ هفته بر روی کودکان گروه آزمایشی صورت گرفت. طرح پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه و ابزارهای استفاده شده پرسشنامه‌های ذهن‌آگاهی کودکان (CAMM) و فرم ۱۷ سؤالی سلامت روان کودک (PSC-17) بود. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کودکان منجر به افزایش نمرهٔ ذهن‌آگاهی ($F_{(۱/۲۲۹)}=۵۲/۷۰$، $p<۰/۰۰۱$) و کاهش نمرهٔ کلی مقیاس سلامت روان ($F_{(۱/۲۲۹)}=۲۱/۳۱$، $p<۰/۰۰۱$) و خرده‌مقیاس درون‌سازی ($F_{(۱/۲۲۹)}=۱۸/۵۴$، $p<۰/۰۰۱$) در گروه مداخله شد. همچنین، بین دو جنس در گروه مداخله در نمرات پس‌آزمون سلامت روان ($F_{(۱/۲۲۹)}=۷/۱۸$، $p<۰/۰۱$) و خرده‌مقیاس درون‌سازی ($F_{(۱/۲۲۹)}=۴/۶۵$، $p<۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که تغییرات نمرات کل سلامت روان و نیز خرده‌مقیاس درون‌سازی در دختران گروه مداخله بیشتر از پسران بود.

نتیجه‌گیری: مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با افزایش مهارت‌های ذهن‌آگاهانه کودک به بهبود سلامت روان، به‌ویژه کاهش اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی در کودکان به‌عنوان ابزار مداخله‌ای مهم به روان‌شناسان کودک معرفی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی، سلامت روان، کودک.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

تقریبا ۳۰درصد از جمعیت جهان را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند (۱) و حدود ۱۰ الی ۲۰درصد از آن‌ها مبتلا به اختلالات روانی (اکثراً اضطراب، افسردگی و سلوک) تشخیص داده می‌شوند (۲). برخلاف تصور عمومی، ناخوشی‌های روانی‌ـعاطفی مشکل شایع‌تر یا محدود به جمعیت بالغ و بزرگسال کشورها نیست، بلکه کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب‌پذیر، اما بسیار کم‌تر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند (۳). طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، از بین تمامی ناخوشی‌های کودکی ۲۳درصد مربوط به اختلالات روانی است (۲). علاوه‌بر کودکانی که مطابق معیارهای DSM اختلال روانی قابل تشخیص دارند، تعداد زیادی کودکِ در معرض خطر آسیب‌های آینده یا به خاطر مشکل رفتاری، فشارِ عاطفی یا روانی نیازمند کمک هستند؛ اما هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که معیارهای مذکور دربارهٔ آن‌ها صدق کند (۳). حدود نیمی از کودکانی که در کودکی از اختلالات روانی رنج می‌برند در بزرگسالی نیز مجدداً به این اختلالات مبتلا خواهند شد (۴). بررسی تاریخچهٔ بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان می‌دهد که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته‌اند یا نابسامانی‌های رفتاری و هیجانی را پشت سر گذاشته‌اند (۵). باتوجه به موارد فوق، اقدام به کاهش اختلالات روانی و درنتیجه برقراری سلامت روانی در بین کودکان باعث جلوگیری از اتلاف انرژی و هزینه و نیز به‌صرفه خواهد بود که عملاً در نهایت برای جامعه سودآور خواهد شد (۶). منظور از سلامت روانی، درجه‌ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود، بین رفتارهای خود برقرار می‌کند و رفتار منطقی از خود بروز می‌دهد (۷). از نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده و به‌عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت داشته و در حیطهٔ کاری یا تحصیلی خود مفید و سازنده باشد. سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را دو حالت سلامتی کامل جسمانی و روانی‌ـاجتماعی می‌داند و معتقد است که سلامتی تنها فقدان بیماری یا ناتوانی نیست (۸). البته قابل ذکر است که سلامت روانی، سلامت جسمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹).

در چند دههٔ اخیر، شاهد استفادهٔ فزاینده‌ای از مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بوده‌ایم که مهارت‌های ذهن‌آگاهانه برای ارتقای سلامت روانی و به‌طورکلی سلامتی را آموزش می‌دهند. ذهن‌آگاهی، نوع خاصی از توجه است که توسط کابات‌ـزین معرفی شده است (۱۰). سالتزمن (۱۱) ذهن‌آگاهی را برای کودکان توجه‌کردن با مهربانی و کنجکاوی بر این‌جا و اکنون، و سپس انتخاب رفتار مناسب برای پاسخ‌دهی به‌جای عکس‌العمل نشان دادن، تعریف می‌کند. پژوهش‌های مختلف‌ـاغلب بر روی بزرگسالان، من‌جمله پژوهش کینگستون و همکاران (۱۲) نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی با سلامت روانی همبسته است و باوجوداین متغیر نشانه‌های روان‌نژندی کاهش می‌یابد. اگرچه اکثر مداخلات و مطالعات ذهن‌آگاهانه بر جمعیت بزرگسال انجام گرفته‌اند، اما استفاده از این روش‌ها بر روی کودکان نیز در سال‌های اخیر رو به رشد است (۱۳). من‌جمله پژوهش‌های اندکی که بر روی کودکان در این زمینه صورت گرفته‌اند می‌توان به مطالعهٔ ناپولی و همکاران (۱۴) اشاره کرد که نشان داد مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی رفتارهای بیش‌فعالی و کاهش توجه (ADHD) را کاهش می‌دهد. علاوه‌براین، مطالعهٔ شونرت‌ـریچل و لالور (۱۵) نیز نشان داد که مداخلهٔ ذهن‌آگاهی باعث کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای در کودکان می‌شود. به‌علاوه، مطالعات جویس و همکاران (۱۶) و لیهر و دیاز (۱۷) نیز حاکی از کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و به‌عبارت‌دیگر افزایش سلامت روانی در کودکان پس از مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بود.

با درنظرگرفتن مطالب فوق، فرض می‌شود که به‌کارگیری مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ویژهٔ کودکان از طریق ایجاد و پرورش توانایی توجه کافی و ارائهٔ پاسخ مناسب به مسائل و مشکلات زندگی روزانه منجربه افزایش ذهن‌آگاهی کودکان شود. به‌علاوه، انتظار می‌رود به‌دنبال انجام این مداخله، اختلالات روانی آن‌ها کاهش یافته یا به‌عبارت دیگر سلامت روان آن‌ها بهبود یابد؛ بدین‌طریق، حال و آینده سالم‌تری از نظر روانی برای ایشان تأمین و از مشکلات بزرگسالی آن‌ها کاسته شود. باتوجه به این که تاکنون در ایران چنین پژوهشی بر روی کودکان در سنین پیش از نوجوانی صورت نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ویژهٔ کودکان بر ذهن‌آگاهی و سلامت روان کودکان (۱۲-۵ سالهٔ) ایرانی انجام گرفت.

۲ روش بررسی

باتوجه به روش نمونه‌گیری و گمارش آزمودنی‌ها در گروه‌ها پژوهش حاضر طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون‌ـپس‌آزمون بود که در آن از یک گروه آزمایش با مداخلهٔ آموزشی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کودکان و یک گروه گواه استفاده شد. متغیر مستقل گروه دارای دو سطح مداخله و گواه (که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد)، متغیر مستقل ثانویهٔ جنس و متغیرهای وابستهٔ ذهن‌آگاهی و سلامت‌روان بودند.

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر کودکان ۵ تا ۱۲ ساله (دانش‌آموزان دبستانی و پیش‌دبستانی) ایرانی در سال ۹۴ بودند. در این پژوهش، برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. بدین‌طریق که ۸ دبستان و پیش‌دبستان دخترانه و پسرانه (۴ دخترانه و ۴ پسرانه) از شهرهای تهران، اراک، نسیم‌شهر و فراهان در دو استان تهران و مرکزی انتخاب شدند؛ سپس در هر کدام جلسه‌ای جهت معرفی این مداخله تشکیل شد و کودکان یا والدین‌شان در صورت تمایل و داوطلبانه به ثبت‌نام در این دوره پرداختند. در هر مدرسه از بین اسامی کودکان ثبت‌نام‌شده، افرادی که دارای ملاک‌های ورود بودند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گواه (هر کدام ۸ الی ۱۳ نفر) قرار گرفتند. همهٔ افراد شرکت‌کننده اعم از گروه‌های مداخله یا گواه پرسشنامه‌ها را در اولین و نیز در آخرین جلسهٔ مداخله تکمیل کردند. به‌ازای شرکت در دوره هزینه‌ای اخذ یا پرداخت نگردید، اما به‌ازای تکمیل پرسشنامه‌ها هدایایی متناسب با سن کودکان متشکل از کتاب و دفتر ارائه شد. علاوه‌براین، آموزش‌دهندگان متعهد شدند که در طی چندماه آینده همین دوره را برای گروه گواه نیز اجرا کنند. ملاک ورود برای این پژوهش عبارت بود از اینکه سن افراد حداقل پنج سال

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

و حداکثر دوازده سال تمام باشد و ملاک‌های خروج نیز تحت روان‌دارودرمانی بودن، ابتلا به اختلالات ارتباطی (مانند اوتیسم) و وجود عقب‌ماندگی ذهنی و نبودن در محدودهٔ سنی موردنظر بود. جلسات مداخله در مهرماه سال ۹۴ به‌مدت ۹ هفته و هر هفته یک جلسه آغاز شد. زمان هر جلسه ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود. علاوه‌براین، در پایان هر جلسه تکالیفی برای انجام در منزل به کودکان داده می‌شد که باید روزانه آن‌ها را به‌مدت ۵ـ۱۰ دقیقه انجام می‌دادند. هفتهٔ پنجم به‌عنوان هفتهٔ استراحت و بدون تشکیل جلسهٔ مداخله اعلام گردید. سپس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن از طریق نرم‌افزار آماری SPSS و با آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد.

ابزار سنجش متغیر ذهن‌آگاهی در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامهٔ پذیرش و ذهن‌آگاهی کودکان (CAMM[1]). این پرسشنامه که به‌وسیلهٔ گریکو (۱۸) ساخته شده است، نشان‌دهندهٔ جنبه‌های اساسی توجه، آگاهی و پذیرش در ذهن‌آگاهی است. به‌عبارت‌دیگر، کودکان با پاسخ‌دهی به گویه‌های این مقیاس میزان مشاهدهٔ تجربه‌های درونی و میزان عملکرد آگاهانهٔ خود و پذیرش بدون قضاوت تجربیات درونی خود را مشخص می‌کنند. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که آزمودنی براساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای (هرگز=۰، به‌ندرت=۱، گاهی=۲ و اغلب=۳ و همیشه=۴) به آن پاسخ می‌گوید. حداقل نمره در این آزمون ۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. هر چه فرد نمرهٔ بالاتری کسب کند، بدین‌معناست که وی ذهن‌آگاهی و پذیرش بیشتری دارد (۱۸). روایی همسانی درونی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴-۰/۸۷ (۱۸) و در ایران در پژوهش اسماعیلیان و همکاران (۲۰) ۰/۸۵ به دست آمده است. علاوه‌براین، اعتبار همزمان مقیاس (با پرسشنامهٔ اجتناب و پیوندجویی کودک[2]) r=-۰/۴۷ و (با ابزار سرکوب شناختی[3]) ۰/۳۶ـ (۳۶) گزارش شده است (۱۹). متغیر سلامت روان نیز با پرسشنامهٔ مقیاس سلامت روان کودکان (PSC-17[4]) سنجش شد. این مقیاس برای تسهیل در تشخیص مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری کودکان و شروع به‌هنگام درمان به کار می‌رود. مقیاس مذکور (فرم PSC-17) دارای ۱۷ گویه است که در سال ۱۹۹۹ به‌وسیلهٔ گاردنر (۲۰) از فرم PSC-35 استخراج و ارائه شد. هر گویه دارای سه آیتم پاسخگویی است: هرگز=۰، گاهی=۱ و اغلب=۲. این پرسشنامه دارای سه خرده‌مقیاس ویژگی‌های درون‌ساز ی[5] (گویه‌های ۲، ۶، ۹، ۱۱)، ویژگی‌های برون‌سازی[6] (گویه‌های ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۶) و توجه[7] (گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۱۳ و ۱۷) است. کسب نمرهٔ ۵ یا بیشتر از آن در خرده‌مقیاس درون‌سازی حاکی از وجود اختلالات خلقی و اضطراب، کسب نمرهٔ ۷ و بیشتر از آن در خرده‌مقیاس توجه نشان‌دهنده ابتلا به اختلالات نقص‌توجه مانند ADD و ADHD است؛ به‌دست‌آوردن نمرهٔ ۷ و بیش‌تر از آن در مقیاس برون‌سازی نشان از وجود اختلال سلوک (وجود رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای) است. نمرهٔ کلی پرسشنامه عبارت است از حاصل‌جمع نمرات تمامی سؤالات آزمون که اگر ۱۵ یا بیشتر از آن باشد نشان‌دهندهٔ وجود مشکلات روانی‌ـ رفتاری یا به‌عبارت‌دیگر عدم سلامتی روان کودک است. نمرات سؤالاتی که پاسخ داده نشده‌اند ۰ در نظر گرفته شده و اگر چهار سؤال یا بیشتر بدون پاسخ مانده باشد، نمرهٔ پرسشنامه معتبر نیست. روایی همسانی درونی این مقیاس به‌وسیلهٔ کلهر و همکاران (۲۱) ۰/۸۲-۰/۶۷ و در ایران در مطالعهٔ رستمی و همکاران (۲۲) ۰/۸۱، و اعتبار آن نیز ۰/۷ـ۰/۷۴ (۲۱) به دست آمده است. همچنین، میزان حساسیت یا نرخ مثبت صحیح آن ۰/۴۲ـ ۰/۸۸ و تشخیص یا نرخ منفی صحیح آن ۰/۶۱ـ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۱).

محتوای جلسات مداخلهٔ آموزشی: جلسهٔ اول‌ـتنفس: معرفی ذهن‌آگاهی و نیز شرکت‌کنندگان به یکدیگر، تنظیم توافقات و دستورالعمل‌های گروهی، انجام تمرینات خوردن و گوش‌سپاری ذهن‌آگاهانه و گفت‌وگو دربارهٔ آن، تنفس، گوش‌سپاری ذهن‌آگاهانه پایانی، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن برای کودکان.

جلسهٔ دوم‌ـ شروعی دوباره: با هدفِ حمایت و پشتیبانی از شرکت‌کنندگان برای انجام تمرین‌های روزانه از طریق گفت‌وگو دربارهٔ تجربهٔ انجام و موانع سد راه آن؛ جست‌وجو دربارهٔ وقایع خوشایند زندگی، تمرینات گوش‌سپاری و خوردن، حرکت جلبک‌های دریایی، تنفس، وقایع خوشایند و گفت‌وگو دربارهٔ آن، گوش‌سپاری، ارائهٔ تکالیف روزانه منزل و شرح چگونگی انجام آن.

جلسهٔ سوم‌ـ مشاهدهٔ افکار و ذهن نامهربان: با هدفِ ادامهٔ حمایت و تشویق شرکت‌کنندگان برای انجام تمرین‌های روزانه؛ ایجاد توانایی مشاهدهٔ افکار در شرایط دشوار و رقابتی و گفت‌وگوی ذهن نامهربان[8]، تمرینات گوش‌سپاری و خوردن و گفت‌وگو راجع به ترجیحات خوردن، مرور تکالیف منزل، تمرین ذهن‌آگاهی و مشاهدهٔ افکار و گفت‌وگو دربارهٔ آن، ملاقات با ذهن نامهربان. تمرین نُه نقطه وگفت‌وگو دربارهٔ آن، ارائهٔ تکالیف روزانه منزل و شرح چگونگی انجام آن.

جلسهٔ چهارم‌ـ احساسات و تجربه‌های ناخوشایند: با هدفِ بررسی افکار و احساسات مرتبط با وقایع ناخوشایند و گفت‌وگو دربارهٔ مقاومتی که در مقابل آن‌ها وجود دارد؛ کمک به رشد هوش هیجانی کودکان. تمرین‌های گوش‌سپاری و خوردن، مرور تکالیف منزل، وقایع خوشایند و گفت‌وگو دربارهٔ آن، گفت‌وگو دربارهٔ درد و رنج، مروری بر ذهن نامهربان، حرکات موزون، یوگای کششی انگشتان و گفت‌وگو دربارهٔ آن، ذهن‌آگاهی احساسات، نقاشی یا شعر احساسات، گفت‌وگوی یوگای خجالتی، گفت‌وگو با احساسات، گفت‌وگوی نیمهٔ دوره، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن.

جلسهٔ پنجم‌ـ پاسخ و عکس‌العمل: با هدفِ مرور و بسط ظرفیت شرکت‌کنندگان؛ کاوُش در موضوعات مراقبت از خود و حفظ تعادل؛ افزایش توانایی پاسخ‌دهی به‌جای عکس‌العمل، انجام تمرین‌های

1. Child Acceptance and Mindfulness Measure
2. Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth
3. Measurement of Cognitive Suppression
4. Pediatric Symptom Checklist- 17
5. Internalizing
6. Externalizing
7. Attention
8. Unkind Mind

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

گوش‌سپاری و خوردن، مرور تکالیف منزل، گفت‌وگوی تئوری هیجان، به‌سازی عواطف، گفت‌وگوی وقایع خوشایند، یوگا، گفت‌وگوی چاله‌ها و خیابان‌های متفاوت، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن.

جلسهٔ ششم- پاسخ‌دهی و ارتباط: با هدفِ مروری بر تجربهٔ کودکان در ارتباط با چاله‌ها (واکنش) و خیابان‌ها (پاسخ‌ها)ی متفاوت؛ جست‌وجو در ورود و خروج به گفت‌وگوهای دشوار؛ معرفی قلب مهربان[1] به‌عنوان درمانی برای ذهن نامهربان. تمرین‌های گوش‌سپاری و خوردن، مرور تکالیف منزل، وارسی بدن، ارتباطات دشوار و گفت‌وگو دربارهٔ آن‌ها، راه‌رفتن ذهن‌آگاهانه، گفت‌وگوی قلب مهربان، گوش‌سپاری پایانی، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن.

جلسهٔ هفتم- ارتباط و عشق: با هدفِ ادامه‌دادن به بسط ظرفیت پاسخ‌دهی با قلب مهربان به‌جای ابراز عکس‌العمل؛ معرفی مهربانی به‌عنوان تمرینی ویژه برای رشد قلب مهربان، تمرین‌های گوش‌سپاری و خوردن، تکانه‌ها، مرور تکالیف منزل، تمرین پاسخ به‌جای عکس‌العمل و گفت‌وگو دربارهٔ آن، حرکت باران، همه‌باهم، مهربانی و گفت‌وگو دربارهٔ آن، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن، اشاره به این‌که جلسهٔ بعدی جلسهٔ آخر دوره خواهد بود.

جلسهٔ هشتم- اتمام دوره: با هدفِ ترویج و رشد دوست‌داشتن. انجام تمرین‌های گوش‌سپاری و خوردن، مرور تکالیف منزل، تمرین منتخب کودکان، نامه به یک دوست، نماد، گفت‌وگوی نهایی دوره، گوش‌سپاری نهایی، ارائهٔ تکالیف روزانهٔ منزل و شرح چگونگی انجام آن.

۳ یافته‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای تعیین اثربخشی مداخله از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) استفاده شد. یافته‌های توصیفی و استنباطی به تفکیک متغیر وابسته، قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نتایج مربوط به تحلیل کواریانس اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کودکان بر متغیرهای وابسته ذهن‌آگاهی و سلامت روان (و خرده‌مقیاس‌های آن)

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون میانگین (انحراف‌استاندارد)		پس‌آزمون میانگین (انحراف‌استاندارد)		F	مقدارp
ذهن‌آگاهی	مداخله	۳۸/۹۱	(۱۱/۴۱)	۵۲/۱۷	(۱۴/۲۴)	۵۲/۷۰	p<۰/۰۰۱
	گواه	۳۷/۶۱	(۱۲/۰۵)	۴۱/۴۹	(۱۴/۹۴)		
سلامت روان (نمره‌کل)	مداخله	۹/۴۲	(۴/۸۷)	۷/۴۹	(۳/۷۹)	۲۱/۳۱۲	p<۰/۰۰۱
	گواه	۹/۵۱	(۴/۷۸)	۸/۷۴	(۴/۳۶)		
خرده‌مقیاس اختلالات برون‌سازی	مداخله	۲/۳۶	(۲/۵۵)	۱/۸۱	(۱/۷۷)	۱/۵۱۵	p=۰/۰۹۷
	گواه	۲/۶۷	(۲/۴۶)	۲/۲۳	(۲/۱۱)		
خرده‌مقیاس اختلالات درون‌سازی	مداخله	۳/۵۸	(۲/۹۹)	۲/۳۱	(۲/۱۵)	۱۸/۵۴۲	p<۰/۰۰۱
	گواه	۳/۴۸	(۲/۸۷)	۲/۹۴	(۲/۵۶)		
خرده‌مقیاس توجه	مداخله	۳/۳۲	(۲/۵۸)	۳/۵۱	(۲/۴۶)	۰/۴۱۹	p=۰/۵۱۸
	گواه	۳/۳۹	(۲/۵۳)	۳/۶۷	(۲/۳۹)		

مقایسهٔ میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مداخله دلالت بر این دارد که میانگین نمرات ذهن‌آگاهی در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌دنبال مداخله افزایش و میانگین نمرات سلامت روان، درون‌سازی و برون‌سازی کاهش داشته است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه مداخله و گواه از نظر ذهن‌آگاهی ($F_{(۱/۲۲۹)}$=۵۲/۷۰ ،p<۰/۰۰۱)، سلامت روان ($F_{(۱/۲۲۹)}$=۲۱/۳۱ ،p<۰/۰۰۱) و خرده‌مقیاس درون‌سازی ($F_{(۱/۲۲۹)}$=۱۸/۵۴ ،p<۰/۰۰۱) معنادار است. به‌عبارت‌دیگر، بر طبق میانگین‌های دو گروه، نمرات ذهن‌آگاهی افراد گروه مداخله در مقایسه با افراد گروه گواه به‌طور معناداری افزایش و نمرات سلامت روان و خرده‌مقیاس درون‌سازی کاهش یافته است؛ اما، بین دو گروه مداخله و گواه در نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس توجه و برون‌سازی تفاوت معناداری وجود ندارد.

علاوه‌براین، تحلیل کواریانس نشان داد که جنس آزمودنی‌ها و نیز تعامل جنس و گروه تنها در نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس سلامت روان ($F_{(۱/۲۲۹)}$=۷/۱۸ ،p<۰/۰۱؛ $F_{(۱/۲۲۹)}$=۱۳/۵۳ ،p<۰/۰۰۱) و درون‌سازی ($F_{(۱/۲۲۹)}$=۷/۱۸ ،p<۰/۰۱؛ $F_{(۱/۲۲۹)}$=۱۳/۵۳ ،p<۰/۰۰۱) اثر معناداری ایجاد کرده است؛ یعنی، باتوجه به میانگین‌های دو جنس، باوجوداینکه نمرات سلامت روان و درون‌سازی پسران گروه مداخله از دختران کمتر بود، اما تغییرات این نمرات در دختران گروه مداخله بیشتر از پسران بود (نمودار ۱ و ۲).

[1]. Kind heart

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]



نمودار ۱. میانگین نمرات سلامت روان دختران و پسران در گروه مداخله



نمودار ۲. میانگین نمرات خرده‌مقیاس درون‌سازی دختران و پسران در گروه مداخله

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کودکان بر ذهن‌آگاهی و سلامت روان ایشان صورت پذیرفت که نتایج آن نشان داد این مداخله بر افزایش توانایی ذهن‌آگاهی، سلامت روان و برخی خرده‌مقیاس‌های آن در ایشان مؤثر است. از آن‌جایی که خرده‌مقیاس درون‌سازی متشکل از اختلالات افسردگی و اضطراب است، به‌نظر می‌رسید که مداخلهٔ مذکور باید بیش‌ترین اثر را بر کاهش نمرات این بخش از سلامت روان کسب کند؛ این فرضیه تأیید شد و نتیجهٔ آن با پژوهش‌های مشابه پیشین (۱۶،۱۷) بر روی کودکان در همین محدودهٔ سنی منطبق است. علاوه‌براین، یافته‌های این پژوهش با نتیجهٔ بررسی‌های مشابه جویس و همکاران (۱۶)، لیهر و دیاز (۱۷) و اسماعیلیان و همکاران (۲۰) بر روی کودکان در زمینهٔ افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش مشکلات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی همسو و با پژوهش شانرت‌ـریشل و لالور (۱۵) در زمینهٔ کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای و نیز پژوهش ناپولی و همکاران (۱۴) در زمینهٔ کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و نقص‌توجه مغایر بود. دلیل عدم بهبود رفتارهای بیش‌فعالی و نقص‌توجه شاید این باشد که این اختلالات بیشتر دارای علل فیزیولوژیک هستند. به‌علاوه، مدت دورهٔ مداخله در پژوهش ناپولی و همکاران ۲۴ هفته بود که بسیار بیشتر از زمان مداخله این پژوهش است؛ بنابراین ممکن است کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی نیازمند مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی طولانی‌تری باشد.

درمجموع، انجام تمرین‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باتوجه به استرس‌های زندگی مدرن، پر رقابت و پرسرعت (۱۱) برای کودکان در قرن حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد. چرا که این مداخله موجب افزایش آگاهی کودک به خود، دیگران و موقعیت‌ها در «زمان کنونی» به‌جای گذشته و آینده می‌شود. بدین‌ترتیب کودکان می‌آموزند که هر لحظه با «نگاهی نو» به خود و محیط، از طریق پاسخ‌های سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت به‌جای عکس‌العمل‌های سریع به موقعیت‌ها «پاسخ» بدهند و این امر باعث بهبود فعالیت‌ها و روابط اجتماعی شده و از ناکارآمدی‌ها و ناکامی‌های احتمالی که باعث بروز پرخاشگری، افسردگی و اضطراب و رفتارهای مقابله‌ای می‌شوند می‌کاهد. همچنین، در طی زمان این مداخله کودکان می‌آموزند که چگونه «بدون قضاوت» و با پذیرش به خواسته‌های محیطی پاسخ مناسب بدهند و بدین‌طریق از پرخاشگری و نقض حقوق کاسته می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

قابل ذکر است که در این پژوهش تفاوت معناداری بین دو جنسیت در افزایش متغیر ذهن‌آگاهی دیده نشد که با نتایج مطالعه کتز و تونر در زنان و مردان (۲۲) مغایر بود؛ به‌عبارت‌دیگر، دریافت مداخلهٔ مذکور بر متغیر ذهن‌آگاهی، در دختران و پسران به میزان مساوی اثربخش بود. دلیل این برابری می‌تواند سن افراد حاضر در این پژوهش باشد که تنها شامل دوران کودکی بود. در رابطه با متغیر سلامت روان، باوجودی‌که پسران سلامت روان بیشتری از دختران را گزارش کردند و در پایان مداخله نیز سلامت روان آن‌ها بیشتر از دختران بود، اما دختران در مداخله عملکرد بهتری را نشان دادند. بررسی علت نتیجهٔ اخیر اگرچه نیاز به پژوهش‌های آتی بیشتری دارد اما به‌طور اجمالی و براساس آن‌چه در حین مداخله دیده شد شاید بتوان دلیل آن را ویژگی‌های برنامه‌ریزی‌پذیرانه بیشتر دختران، دقت عمل بیشتر در برنامه‌های درمانی و انجام به‌موقع و مشتاقانه تکالیف دانست. دختران در این پژوهش تمرینات کلاسی و روزانه خود را به‌موقع و کامل انجام می‌دادند و مسئولیت‌پذیری بیش‌تری در قبال اتمام مؤثر دوره در آن‌ها مشاهده می‌شد. علاوه‌براین، دختران بیشتر به مربیان دوره رجوع و دربارهٔ تمرینات سؤال می‌کردند.

باتوجه به مطالب بیان‌شده و نقش مداخلهٔ ذهن‌آگاهی در بهبود سلامت روان کودکان ۵ تا۱۲ ساله، پیشنهاد می‌شود که در مدارس و کلینیک‌های آموزش‌وپرورش و بخش آموزش‌های روانی[1] وزرات بهداشت، آموزش‌هایی برای والدین، مربیان، معلمان، مشاوران و دانش‌آموزان مقاطع دبستان و پیش‌دبستان دربارهٔ ذهن‌آگاهی، تمرینات آن و نیز اهمیت کارکرد آن در بهبود سلامت روان کودکان ارائه شود. باید در نظر داشت که این بررسی بر نمونهٔ دردسترس صورت گرفت و نمونهٔ بررسی‌شده در مقیاس جمعیت کودکان ایرانی حجم کوچکی داشت، فلذا تعمیم اطلاعات حاضر از این پژوهش باید با احتیاط انجام شود و بهتر است مطالعهٔ مشابه با حجم نمونهٔ بزرگتر در این زمینه انجام شود. همچنین، انجام مطالعه‌های مشابه با جلسات پیگیری چندماهه به‌منظور بررسی ماندگاری اثرات مداخله پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش می‌توان گفت مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کودکان بر روی متغیرهای ذهن‌آگاهی و سلامت روان اثرگذار بوده و با وجود ماهیتی سرگرم‌کننده و بی‌خطر برای کودکان جذابیت کاربردی داشته و توصیه می‌شود که در مدارس و کلینیک‌های توان‌بخشی روانی برای افزایش ذهن‌آگاهی کودکان و ارتقای سلامت روان آن‌ها بالاخص کودکان مبتلا به اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی به کار گرفته شود.

٦ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از زحمات صادقانهٔ آقای دکتر محمد ربیعی‌نژاد و خانم‌ها فاطمه کشوری و فاطمه شبیه‌خوانی که در اجرا و انجام پژوهش، نگارنده را یاری نمودند و نیز تمامی کودکان شرکت‌کننده در این مطالعه و اولیای مدرسهٔ ایشان تشکر و قدردانی می‌شود.

[1]. Psycho-Education

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

References

1. United Nations Children's Fund (UNICEF): The State of the World's Children 2014 In Numbers. UNICEF. [Link]
2. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet. 2011;378(9801):1515–25. [Link]
3. Kaveh MH, Shojazadeh D, Shahmohammadi D, Eftekhar-Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. The role of teachers in elementary schools mental health: The results of an interventional study. Payesh Journal. *2003;2(2):95-103. [Persian]* [Link]
4. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(7):709–17. [Link]
5. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2005;18(2):45–52. [Link]
6. Bonin E-M, Stevens M, Beecham J, Byford S, Parsonage M. Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modelling study. BMC Public Health. 2011;11:803. [Link]
7. Navaabi nejad Sh. Norml and Abnormal Children. Tehran: Anjoman Olia and Morabian Publications; 1997. [Persian] [Link]
8. World Health Organization. Investing in mental health. WHO. 2003. [Link]
9. Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S, Prince M, Dewey M, Stewart R. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. Br J Psychiatry. 2009;195(2):118–25. [Link]
10. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based INTERVENTIONS IN CONTEXT: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003;10(2):144–56. [Link]
11. Saltzman A. A Still Quiet Place: A Mindfulness Program for Teaching Children and Adolescents to Ease Stress and Difficult Emotions. New Harbinger Publications; 2014. [Link]
12. Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. Journal of Psychosomatic Research. 2007;62(3):297–300. [Link]
13. Burke CA. Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. J Child Fam Stud. 2010;19(2):133–44. [Link]
14. Napoli DM, Krech PR, Holley LC. Mindfulness Training for Elementary School Students. Journal of Applied School Psychology. 2005;21(1):99–125. [Link]
15. Schonert-Reichl KA, Hymel S. Educating the heart as well as the mind: social and emotional learning for school and life success. Education Canada. 2007;47(2):20–5. [Link]
16. Joyce A, Etty-Leal J, Zazryn T, Hamilton A. Exploring a mindfulness meditation program on the mental health of upper primary children: A pilot study. Advances in School Mental Health Promotion. 2010 ;3(2):17–25. [Link]
17. Liehr P, Diaz N. A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children. Archives of Psychiatric Nursing. 2010;24(1):69–71. [Link]
18. Greco LA, Dew SE, Ball S. In: Measuring Acceptance, mindfulness, and related processes - Empirical findings and clinical applications across child, adolescent, and adult samples. Dew SE, Baer RA, editor. Washington, D.C: Association for Behavior and Cognitive Therapies; 2005. Acceptance, mindfulness, and related processes in childhood - Measurement issues, clinical relevance, and future directions.
19. Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. Psychol Assess. 2008;20(2):93–102. [Link]
20. Esmailian N, Tahmasian K, Dehghani M, Mootabi F. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression symptoms in children with divorced parents. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):47-57. [Persian] [Link]
21. Gardner W, Murphy M, Childs G, Kelleher K, Pagano M, Jellinek M, et al. The PSC-17: a brief Pediatric Symptom Checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. Ambulatory Child Health. 1999;5:225-36. [Link]
22. Rostami R, Mirjalili R, Piri M, Zareei J, Sadeqi V. Psychosocial disorders among 3-10 year-old children by Pediatric Symptom Checklist (PSC). 2012; Available from: [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]

23. Katz D, Toner B. A systematic review of gender differences in the effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders. Mindfulness. 2013;4(4):318–31. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.20.8]