MEJDS. 2019; 9:44.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Mindfulness based Stress Reduction-Children (MBSR-C) on Emotional self-Regulation and Emotional Resilience in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

*Rasoul Heshmati[1], Mahsa Hatami[2], Mahshid Ebneahmadi[3], Soraya Pirmardvand Chegini[2]

Author Address
1. PhD in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran;
2. Master of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;
3. MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational sciences and Psychology, Islamic Azad University of Tehran, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail**: psy.heshmati@gmail.com

Received: 2017 October 6; **Accepted:** 2018 March 11

Abstract

Background & Objectives: Emotion regulation is one of the most important problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The aim of this study was to investigate effectiveness of mindfulness based stress reduction–children (MBSR–C) on emotional self–regulation and emotional resilience in students with attention deficit/hyperactivity disorder.

Methods: in a semi–experimental study with pre–test–post–test design, 24 students with AD/HD selected by convenient sampling method, assigned to experimental, and control group randomly. The research instruments were child and youth resilience measure (CYRM) and emotion regulation checklist. MBSR–C program was used eight sessions on children with AD/HD and the control group did not receive any intervention. SPSS 18 was used for data processing and MANCOVA was used to analyze the data. The significance level was considered as 0.05 in all tests.

Results: the results revealed that mindfulness based stress reduction had significant effect on emotional self–regulation ($p<0.001$) and emotional resilience ($p<0.001$) in patients with AD/HD. From resilience components, MBSR–C had significant effect only on caregiver components ($p=0.030$). As well as, from emotional self–regulation, MBSR had significant effect on emotional liability/negativity (L/N) ($p<0.001$) and emotion regulation (ER) ($p<0.001$).

Conclusion: According to the results, it concluded that MBSR–C had effect on emotion modulation and regulation and enhancing of resilience of children with AD/HD. It is suggested that the mindfulness based stress reduction–children (MBSR–C) be used along with other interventions to regulate the negative emotions of these children.

Keywords: Mindfulness Based Stress Reduction–Children (MBSR–C), Emotional Self–Regulation, Emotional Resilience, AD/HD.

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

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 ۱۳۹۸؛ (۹):۴۴.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان بر خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری هیجانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

*رسول حشمتی[۱]، مهسا حاتمی[۲]، مهشید ابن‌احمدی[۳]، ثریا پیرمردوند چگینی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی سلامت، استادیار دانشگاه تبریز، دانشکدهٔ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** psy.heshmati@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴مهر۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰اسفند۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: تنظیم هیجان از مشکلات بسیار مهم در کودکان مبتلا به AD/HD است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی MBSR-C بر خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش‌بررسی: در روشی شبه‌آزمایشی، ۲۴ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌شیوهٔ دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان–۲۸ انگار و لیبنبرگ و چک‌لیست تنظیم هیجان شیلدز و سیسچتی استفاده شد. برنامهٔ MBSR-C به‌مدت هشت جلسه در گروه آزمایش صورت گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای پردازش داده‌ها، SPSS نسخهٔ ۱۸ و برای تحلیل داده‌ها، MANCOVA به‌کار گرفته شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد MBSR-C بر خودتنظیمی هیجانی ($p<۰/۰۰۱$) و تاب‌آوری هیجانی ($p<۰/۰۰۱$) دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر بود. دو گروه در مؤلفهٔ مراقبت ($p=۰/۰۳۰$) تفاوت معنادار داشتند. همچنین، در مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجانی و تفاوت‌ها در مؤلفه‌های هیجان منفی/بی‌ثباتی ($p<۰/۰۰۱$) و تنظیم هیجانی ($p=۰/۰۰۶$) معنادار به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت MBSR-C در تعدیل و تنظیم خلق و هیجانات و افزایش تاب‌آوری کودکان مبتلا به AD/HD مؤثر است. پیشنهاد می‌شود روش کاهش استرس براساس بهوشیاری در کنار سایر مداخلات در تنظیم عواطف منفی این کودکان به‌کار رود.

کلیدواژه‌ها: کاهش استرس براساس بهوشیاری، تاب‌آوری هیجانی، خودتنظیمی هیجانی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–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.

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

۱ مقدمه

اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی اختلالی عصبی‌تحولی بوده (۱) که مشخصهٔ آن اشکال در سطوح توجه و آشفتگی یا بیش‌فعالی/تکانشگری است (۱). فقدان توجه و آشفتگی موجب ناتوانی در تمرکز بر تکلیف و نشنیدن ظاهری و گم‌کردن اشیا می‌شود که این نقایص با سطح تحول و سن فرد هم‌خوانی ندارد. بیش‌فعالی/تکانشگری با فعالیت زیاد، بی‌قراری، ناتوانی در حفظ وضعیت نشستن، مزاحمت در فعالیت‌های دیگران و ناتوانی در انتظارکشیدن همراه است (۱). کودکان AD/HD[1] غالباً رفتار تحریک‌پذیر و انفجارگونه دارند. اغلب از نظر هیجانی بی‌ثبات بوده و به‌آسانی گریه یا خنده سر می‌دهند و خلق و عملکرد آن‌ها نیز متغیر و غیرمنتظره است. رفتار تکانشی و ناتوانی برای به‌تعویق‌انداختن رضایت از خصوصیات آن‌ها بوده و مستعد حادثه هستند (۲). ازیک‌سو میزان شیوع زیاد AD/HD یعنی ۵درصد در کشورهای مختلف دنیا (۳) و در ایران و ازسوی‌دیگر، تداوم ۳۰تا۷۰درصدی علائم اختلال در بزرگسالی، (۴،۵) پژوهشگران را بر آن داشته که پیش از اقدامات پیشگیرانه، به درمان اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی‌تکانشگری بپردازند.

مطالعات بیان می‌کند، باوجود آنکه تحریک‌پذیری مرضی این افراد ناشی‌از اختلال در تنظیم هیجانی توصیف می‌شود، هنوز اتفاق‌نظری درخصوص چگونگی مفهوم‌سازی در این زمینهٔ مشکل بالینی صورت نگرفته است. بااین‌حال این واقعیت وجود دارد که اختلال در تنظیم هیجانی در سراسر طول عمر مبتلایان به بیش‌فعالی/کمبود توجه شایع بوده و از عوامل اصلی این اختلال محسوب می‌شود (۶،۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اختلال در تنظیم هیجانی در AD/HD، ممکن است ناشی‌از نقص‌هایی در موقعیت‌یابی و تشخیص یا تخصیص توجه به محرک‌های هیجانی باشد (۶،۷)؛ به بیان دیگر نتایج پژوهشگران مشخص می‌کند، اختلال در درک محرک‌های هیجانی می‌تواند به‌عنوان یکی از علل مشکلات تنظیم هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی مدنظر قرار گیرد (۷،۸).

تاب‌آوری هیجانی به‌عنوان «توانایی تأثیرناپذیری از مشکلات یا حتی کسب توانمندی بیشتر از تجربیات یا موقعیت‌های سخت زندگی» تعریف می‌شود (۹). شواهد زیادی نقش تاب‌آوری را در سلامت و رشد افراد بسیار مهم قلمداد کرده‌اند (۱۰). تاب‌آوری رابطهٔ معناداری با سلامت روانی و جسمی دارد. ازسوی‌دیگر بر نیاز به طرح‌ریزی مداخله‌هایی برای افزایش تاب‌آوری در نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان دارای اختلال روانی تأکید می‌شود (۱۱).

شواهد پژوهشی در درمان کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/کمبود توجه نشان داد که دارودرمانی و استفاده از داروهای محرک، رویکرد درمانی بسیارمؤثری است (۱۲)؛ بااین‌وجود یافته‌های متعددی به تأثیرنداشتن دارو بر گروه‌های درخورتوجهی از این افراد روایت می‌کند و این نکته را خاطرنشان می‌سازد که با قطع دارو یا کم‌شدن تأثیر آن، مشکلات نمایان می‌شود (۱۳). درواقع درمان‌های موجود صرف‌نظر از اثرات کوتاه‌مدت، در بلندمدت کمکی به کودکان مبتلا به این اختلال جهت سازگاری اجتماعی، تنظیم هیجان، سلامت ذهنی و تاب‌آوری هیجانی نمی‌کند.

از میان درمان‌های پیشنهادی برای تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای تکانشی در کودکان مبتلا به AD/HD می‌توان به کاهش استرس مبتنی‌بر بهوشیاری اشاره کرد (۱۴). پژوهشگران در تحقیقات خود دریافتند آموزش بهوشیاری کاهش چشمگیری در اضطراب و افسردگی و خودکشی و افزایش تمرکز حواس و بهبود سلامت روان به‌همراه دارد (۱۵). شواهد نشان می‌دهد آموزش بهوشیاری، مداخله‌ای کلیدی برای کاهش اضطراب و افزایش همدلی و تمرکز و خلق‌وخوی و کمک به توانایی افراد برای مقابله با استرس است (۱۶). به‌اعتقاد سونگ و لیندگوست (۱۷) کاهش استرس براساس بهوشیاری روشی مؤثر در کاهش افسردگی و اضطراب است. MBSR[2] ازطریق سازوکارهایی مثل تقویت توجه و تغییر نگرش و اتصال ذهن ـ بدن منجربه تغییر و تنظیم خلق می‌شود. از مشکلات اساسی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نقص در توجه است. به‌نظر می‌رسد نقص توجه باعث می‌شود این کودکان در تنظیم شناختی‌هیجانی مشکل داشته باشند؛ چراکه برای تنظیم شناختی‌هیجانی، توجه به حالت‌های عواطف و فکرها، ضروری است. بهوشیاری ازطریق فنون بسط و تقویت توجه می‌تواند زمینه‌های بهبود این فرایند را فراهم کند. بااین‌حال اثربخشی فنون بهوشیاری بر خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری هیجانی این کودکان روشن نیست. ازجهت‌دیگر، باوجود پژوهش‌های فراوان که نقش کاهش استرس براساس بهوشیاری را بر هیجان‌ها و بهزیستی و سلامت روان اجرا کرده‌اند، تحقیقات اندکی وجود دارد که نقش MBSR-C را بر هیجان‌ها و تنظیم هیجانی کودکان مبتلا به AD/HD انجام داده باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش MBSR-C بر تاب‌آوری هیجانی و خودتنظیمی هیجانی کودکان مبتلا به AD/HD بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. براساس معیار حداقل مقدار حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی (۱۸)، نمونهٔ این پژوهش را ۲۴ دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تشکیل دادند که به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌روش تصادفی در دو گروه گواه و مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل موافقت کتبی والدین کودک برای شرکت آگاهانه در پژوهش و تشخیص AD/HD توسط متخصص روان‌پزشک بود. معیار خروج عبارت بود از: ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی و پزشکی. قبل از اجرای مداخله، از هر دو گروه آزمایش و گواه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش به‌روش کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان، تحت درمان قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ آموزشی را در طول این مدت دریافت نکرد. روش کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان، هشت جلسه بود که طی دو ماه به‌شکل هفتگی و هر جلسه حدود دوونیم الی سه ساعت برگزار شد. به والدین توضیح داده شد که شرکت در دوره داوطلبانه بوده و اطلاعات دانش‌آموزان محرمانه خواهد بود. محتوای برنامهٔ آموزشی در

[1]. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

[2]. Mindfulness-Based Stress Reduction

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

جدول ۱ آورده شده است. پایهٔ نظری این روش برگرفته از دیدگاه جان کابات‌زین (۱۹) است. کابات‌زین اولین‌بار این روش را در قالب برنامهٔ آموزشی هشت‌هفته‌ای تدوین کرد. در این تحقیق برنامهٔ کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان بوردیک استفاده شد که خود از مدل کابات‌زین اقتباس شده است.

جدول ۱. مروری بر دورهٔ هشت‌هفته‌ای کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان بوردیک (۲۰)

	موضوع جلسه	تمرینات منزل
هفتهٔ اول	ـ تمرینات عادت‌های غذایی مفید ـ تمرکز حواس به‌عنوان تمرکز به حال ـ تمرینات نفس عمیق	ـ تنظیم واجرای آزمون‌های خوشایند ـ شرکت درفعالیت‌های ذهنی
هفتهٔ دوم	ـ تمرینات عادت‌های غذایی مفید ـ مروری بر مرحلهٔ ۱ و انجام تمرینات منزل	ـ خوردن یک‌میان وعده
هفتهٔ سوم	ـ تمرینات عادت‌های غذایی مفید ـ معرفی مفهوم ذهن شاد ـ تمرینات جسمی	ـ تمرینات جسمی ـ نظارت بر آزمون‌های ناخوشایند ـ توجه به ذهن شاد
هفتهٔ چهارم	ـ تمرینات عادت‌های غذایی مفید ـ تمریناتی جهت بررسی افکاری مشکل‌زا ـ یوگا	ـ انجام فعالیت‌های ذهنی همچون یوگا ـ بازبینی آزمون‌های ناخوشایند
هفتهٔ پنجم	ـ تمریناتی جهت تغذیهٔ ذهن ـ بررسی احساسات و فکرها با انجام آزمون‌های ناخوشایند ـ پرورش ذهن شاد	ـ ادامهٔ تمرینات احساسی
هفتهٔ ششم	ـ افزایش گنجایش فکری و استعداد مشاهده ـ تمرینات قدم‌زنی	ـ تمرین محبت ـ برنامه‌ای هفتگی ارتباطات مشکل ـ تمرین «ذهن شاد»
هفتهٔ هفتم	ـ رشد استعداد دریافت و فرستادن حس محبت ـ ارتباط دونفره ـ معرفی تمرین محبت	ـ تمرین محبت ـ تمرین «ذهن شاد»
هفتهٔ هشتم	ـ انتخاب گروه ـ نوشتن نامه به یک‌دوست	ـ تمریناتی با نور ـ تعهد به تمرین در آینده

مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان ـ ۲۸: انگار و لیبنبرگ (۲۱) مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان ـ ۲۸ را به‌عنوان ابزار تفکیکی برای کشف منابع (فردی و مراقبتی و بافتی) تاب‌آوری طراحی کردند که برای نوجوانان سنین ۱۲تا۲۳ سال اجرایی است. مشخصات روان‌سنجی این مقیاس طی تحقیقات مختلف بررسی و تأیید شد. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه را کازرونی‌زند و شاملو و میرزائیان (۲۲) بررسی کردند. روایی واگرا و همگرا همبستگی مطلوبی را نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ و دونیمه‌سازی برابر ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۲). همچنین لیبنبرگ و همکاران (۲۱) با استفاده از دو روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کردند (۲۰).

چک‌لیست تنظیم هیجان: این چک‌لیست را شیلدز و سیسچتی (۲۳) ساختند و شامل موادی است که درک والدین از متدهای فرزندشان را ارزیابی می‌کند. این چک‌لیست دو مقیاس فرعی دارد: ۱. هیجان منفی/ بی‌ثباتی هیجانی که انعطاف‌ناپذیری و ناپایداری و اثر منفی هیجان تنظیم‌نشده را ارزیابی می‌کند؛ ۲. تنظیم هیجان که حالت هیجانی مثبت و همدلی و خودآگاهی را می‌سنجد. ضریب پایایی زیاد، برای مقیاس کلی یعنی ۰/۸۹ و برای دو مقیاس فرعی هیجان منفی/ بی‌ثباتی هیجانی یعنی ۰/۹۶ و تنظیم هیجان برابر ۰/۸۳ حاکی‌از همسانی درونی مطلوب برای این آزمون است (۲۳).

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۸ و برای توصیف متغیرهای پژوهش و تلخیص اطلاعات از روش‌های آمار میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی اثربخشی روش آموزشی کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) به‌کار گرفته شد. قبل از به‌کارگیری این روش، مفروضه‌های آن یعنی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب رگرسیون، همسانی واریانس‌ها و برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس بررسی شده و تمامی مفروضه‌ها تأیید شدند. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۰ و انحراف معیار برابر ۲/۱۲ بود. همهٔ شرکت‌کنندگان در مقطع تحصیلی ابتدایی

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

قرار داشتند و ۱۵ نفر (۶۲درصد) آن‌ها پسر و ۹ نفر (۳۸درصد) دختر بودند. ۱۴ نفر (۵۸درصد) از دانش‌آموزان وضعیت اجتماعی‌اقتصادی متوسط داشتند. یافته‌های مربوط به ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی ابزارهای استفاده‌شده در تحقیق مشخص کرد این ضریب برای مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان–۲۸ برابر ۰/۹۳ و برای چک‌لیست تنظیم هیجان برابر ۰/۸۸ به‌دست آمد که هر دو، ضرایب مطلوب و پذیرفتنی هستند.

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین نمرات تاب‌آوری هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه در پس‌آزمون با تعدیل اثر پیش‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فردی	پیش‌آزمون	۱۲/۵	۲/۷۵	۱۲/۵	۲/۰۶	۰/۰۶۱
	پس‌آزمون	۱۹/۲	۳/۳۲	۲/۶	۱/۶۴	
بافتاری	پیش‌آزمون	۱۶	۴/۵۴	۱۳/۵	۱/۶۴	۰/۴۸۲
	پس‌آزمون	۲۳/۷	۴/۸	۱۴/۴	۲/۰۱	
مراقبت	پیش‌آزمون	۱۵/۳	۲/۸۳	۱۶/۳	۴/۳۲	۰/۰۳۳
	پس‌آزمون	۲۳/۲	۲/۹۷	۱۵/۶	۳/۸۳	
تاب‌آوری هیجانی	پیش‌آزمون	۴۳/۸	۴/۷۳	۴۲/۳	۴/۰۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶۶/۱	۵/۲۱	۴۲/۶	۴/۲۹	

باتوجه به نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی پس‌آزمون پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در جدول ۲، بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای تاب‌آوری هیجانی تفاوت معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). همچنین، مقدار مجذور ایتا نشان داد ۹۴درصد (η=۹۴) تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری هیجانی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی‌از اجرای آموزش بهوشیاری مبتنی‌بر کاهش استرس بود. این یافته حاکی‌از این نکته است که مداخله‌درمانی بهوشیاری در افزایش میزان تاب‌آوری و میزان تحمل کودکان مبتلا به AD/HD نقش اساسی دارد. همچنین درخصوص مؤلفه‌های تاب‌آوری هیجانی، نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی مشخص کرد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفهٔ فردی (p=۰/۰۶۳) و بافتاری (p=۰/۴۸۹) مربوط به تاب‌آوری هیجانی، تفاوت معناداری نداشتند؛ اما تفاوت میانگین‌ها در مؤلفهٔ مراقبت معنادار به‌دست آمد (p=۰/۰۳۰)؛ بدین‌معنا که روش کاهش استرس براساس بهوشیاری از بین مؤلفه‌های تاب‌آوری تنها قادر به افزایش مؤلفه مراقبت بود.

جدول ۳. مقایسهٔ میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه در پس‌آزمون با تعدیل اثر پیش‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
هیجان منفی/بی‌ثباتی	پیش‌آزمون	۲۵/۶	۴	۲۶/۸	۳/۵۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۳/۴	۲/۸۳	۲۵/۷	۴/۳۷	
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲۷/۵	۵/۱۹	۲۳/۱	۲/۷۶	<۰/۰۰۶
	پس‌آزمون	۳۸/۳	۲/۷۵	۲۳/۳	۲/۴۵	
خودتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۳/۱	۶/۱۵	۴۹/۹	۴/۴۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۷/۷۱	۲/۹۴	۴۹	۴/۴۲	

نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی پس‌آزمون پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در جدول ۳ نشان داد بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای خودتنظیمی هیجانی تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین، مقدار مجذور ایتا مشخص کرد ۹۳درصد (η=۹۳) تغییرات در متغیر خودتنظیمی هیجانی ناشی‌از آموزش بهوشیاری مبتنی‌بر کاهش استرس بود. این یافته بیان می‌کند مداخله‌درمانی بهوشیاری در تنظیم هیجان‌های درونی کودکان مبتلا به AD/HD نقش اساسی دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در هر دو مؤلفهٔ خودتنظیمی هیجانی یعنی هیجان منفی/بی‌ثباتی (p<۰/۰۰۱) و تنظیم هیجان (p=۰/۰۰۶) تفاوت معناداری داشتند. باتوجه به تفاوت میانگین‌ها می‌توان گفت روش آموزش کاهش استرس براساس بهوشیاری در گروه آزمایش موجب کاهش هیجان منفی/بی‌ثباتی و افزایش تنظیم هیجان شده است. براساس ضریب ایتا، ۷۳درصد تغییرات در متغیر هیجان منفی/بی‌ثباتی و ۵۱درصد تغییرات در متغیر تنظیم هیجان ناشی‌از آموزش کاهش استرس مبتنی‌بر بهوشیاری بود.

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

۴ بحث

در این پژوهش اثربخشی کاهش استرس براساس بهوشیاری کودکان (MBSR-C) بر خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری هیجانی دانش‌آموزن مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بررسی شد. یافته‌ها نشان داد مداخله بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پژوهشگران پیشین (۱۶،۱۷،۲۱) همسوست. درخصوص تبیین این یافته مبنی‌بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی‌بر بهوشیاری بر افزایش تاب‌آوری هیجانی می‌توان گفت، بهوشیاری ازطریق تأثیرگذاری بر پریشانی روانی موجب افزایش تاب‌آوری کودکان مبتلا به AD/HD می‌شود. در بهوشیاری، جهت مقابله با هیجانات منفی، به ابعاد جسمانی و روانی توجه شده است. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که به فکرها و هیجانات خود آگاهی داشته باشند و با دیدی گسترده‌تر به آن‌ها توجه کرده و بدون قضاوت و ارزیابی آن‌ها را بپذیرند. هنگامی‌که افراد علاوه‌بر آگاهی و پذیرش، بدون داوری فکرها و هیجانات خود در حالت آرمیده و متمرکز قرار می‌گیرند، قادر به مشاهدهٔ اضطراب و هیجانات خویش می‌شوند. کسب این دانش سبب می‌شود که افراد در هنگام مواجهه با استرس به‌جای واکنش خودکار، به دادن پاسخ مقابله‌ای آگاهانه بپردازند (۲۲). بهوشیاری توانایی افراد را برای مقابله با عاطفهٔ منفی، ازطریق افزایش‌دادن آگاهی و کاهش‌دادن واکنش‌پذیری فراهم می‌سازد (۲۳). در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی‌بر بهوشیاری بر تنظیم هیجانی کودکان AD/HD که با نتایج اخیر پژوهشگران (۲۴) همسوست می‌توان گفت، علت اختلال در خودکنترلی و وجود تکانشگری که از علائم بارز بالینی کودکان مبتلا به AD/HD بوده، کاهش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی مجاور و قشرسینگولای قدامی و دیگر مناطق مغزی است (۲۴). بهوشیاری منجربه افزایش فعالیت در این مناطق درگیر شده و متعاقب آن سبب بهبود توانایی‌های خودکنترلی (تکانشگری) و تنظیم هیجان و کاهش استرس می‌شود. در همین راستا مطالعات کوئن و همکارانش (۲۶) نشان داد، بهوشیاری موجب تغییر معناداری در تقارن‌نداشتن پیشانی میانی می‌شود که سهم درخورتوجهی در خلق منفی دارد. به‌عبارت‌دیگر، پژوهش‌ها بیان می‌کند مراقبه ازطریق اصلاح عملکرد و ساختارهای مناطق مغزی متعدد، ازجمله قشر سینگولای قدامی، اینسولا، شبکهٔ لیمبیک‌فرونتو، قشرسینگولای خلفی و تقاطع گیجگاهی‌آهیانه‌ای موجب بهبود در تمرکز حواس و بهوشیاری می‌شود (۲۷). به عبارتی بهوشیاری با مناطقی از مغز که در توجه اجرایی و تنظیم هیجان و پردازش خودارجاعی نقش داشته، در ارتباط است. ازسوی‌دیگر می‌توان گفت، بهوشیاری توانایی فرد را برای به‌کارگیری رفتارهای هدفمند یا خودداری از رفتارهای تکانشی افزایش می‌دهد؛ درنتیجه می‌توان از این روش برای کاهش اختلال‌های هیجانی و افزایش تنظیم در کودکان مبتلا به AD/HD استفاده کرد. به بیانی دیگر می‌توان گفت، کاهش استرس مبتنی‌بر بهوشیاری با تعدیل و اصلاح فرایندهای عاطفی‌شناختی با تغییر پاسخ‌های هیجانی، واکنش هیجانی را کاهش و منجربه بهبود تنظیم هیجانی می‌شود (۲۷،۲۸).

ازجمله محدودیت‌های عمدهٔ پژوهش حاضر، کنترل‌نداشتن بر تأثیر انواع داروهای مصرفی کودکان AD/HD در نمونهٔ آزمایشی و گواه بود. یافته‌های این پژوهش، نتایج مهم و معناداری را درزمینهٔ اثربخشی بهوشیاری بر بهبود اختلال در تنظیم و تاب‌آوری هیجانی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/کمبود توجه به‌دست می‌دهد و راهنمای مناسبی برای درمانگران و متخصصان و روان‌پزشکان جهت ارتقای تنظیم هیجانی و تاب‌آوری هیجانی کودکان مبتلا به AD/HD است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت برنامهٔ کاهش استرس براساس بهوشیاری برای کودکان باعث افزایش تنظیم و تاب‌آوری هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه می‌شود. این کودکان قادر به تنظیم و تعدیل عواطف خود نیستند. روش درمانی بهوشیاری ازطریق سازوکارهای تقویت توجه و قصدمندی و نگرش می‌تواند میزان تاب‌آوری هیجانی و تنظیم هیجانی را در این کودکان بهبود بخشد. براساس این یافته، لازم است که روش کاهش استرس براساس بهوشیاری را در کنار سایر مداخلات، در درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه به‌کار گرفت.

۶ تشکروقدردانی

بدین‌وسیله ازتمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند به‌ویژه مسئولان، آموزگاران، کارکنان، والدین و همچنین کودکانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم آوردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

References

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Richa S, Rohayem J, Chammai R, Kazour F, Haddad R, Hleis S, et al. ADHD prevalence in Lebanese school-age population. Journal of Attention Disorders. 2014;18(3):242-46. doi:10.1177/1087054712445065
3. Najafi M, Foladchang M, Alizadeh H, Mohamadifar M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder. Journal of Exceptional Children. 2009;9(3):239-54. [Persian] http://joec.ir/article-1-311-en.html
4. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. Evidence-based guidelines for management of attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British association for psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2007;21(1):10-41. doi:10.1177/0269881106073219
5. Pishyareh E, Tehrani-Doost M, Mahmoodi-Gharaie J, Khorrami A, Joudi M, Ahmadi M. Attentional bias towards emotional scenes in boys with attention deficit hyperactivity disorder. Iranian Journal of Psychiatry. 2012;7(2):93-6. [Persian]
6. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. Journal of Abnormal Psychology. 1997;106:95–103. doi:10.1037/0021-843X.106.1.95
7. Carbonell DM, Reinherz, Giaconia RM. Risk and resilience in late adolescence. Child and Adolescent Social Work Journal. 1998;15(4):251-72. doi:10.1023/A:1025107827111
8. Prince-Embury S. Translating resiliency theory for assessment and application in schools. Canadian Journal of School Psychology. 2008;23(1):4-10. doi:10.1177/0829573508316560
9. Carlton BS, Goebert DA, Miyamoto RH, Andrade NN, Hishinuma ES, Makini GK, et al. Resilience, family adversity and well-being among Hawaiianand non-Hawaiian adolescents. International Journal of Social Psychiatry. 2006;52(4):291-308. doi:10.1177/0020764006065136
10. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Keith Conners C, Eugene Arnold L, et all. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. Journal of Developmental Behavioral Pediatrics. 2001;22(1):60-73.
11. Monastra VJ. Parenting children with ADHD: 10 lessons that medicine cannot teach. American Psychological Association; 2005.
12. Shim SH, Yoon Hj, Bak J, Hahn SW, Kim YK. Clinical and neurobiological factors in the management of treatment refractory attention-deficit hyperactivity disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2016;70:237-44. doi:10.1016/j.pnpbp.2016.04.007
13. Pan CY, Chu CH, Tsai CL, Lo SY, Cheng YW, Liu YJ. A racket-sport intervention improves behavioral and cognitive performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Research in Developmental Disabilities. 2016;57:1-10. doi:10.1016/j.ridd.2016.06.009
14. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2015;78(6):519-28. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
15. Serpa JG, Taylor SL, Tillisch K. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans. Medical Care. 2014;52:S19-24. doi:10.1097/MLR.0000000000000202
16. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? Psychosomatic medicine. 2002;64(1):71-83. doi:10.1097/00006842-200201000-00010
17. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. Nurse Education Today. 2015;35(1):86-90. doi:10.1016/j.nedt.2014.06.010
18. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1):155-59. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
19. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. New York: Dell Publishig, 1990.
20. Debra Burdick L. Mindfulness skills for kids & teens: A workbook for clinicians & clients with 154 tools, techniques, activities & worksheets. PESI Publishing & Media; 2014.
21. Liebenberg L, Ungar M, Vijver FVde. Validation of the child and youth resilience measure-28 (CYRM-28) among canadian youth. Research on Social Work Practice. 2012;22(2):219-26. doi:10.1177/1049731511428619
22. Kazerooni Zand B, Sepehri Shamloo Z, Mirzaiyan B. The study of psychometric features for child and youth resilience measure (CYRM-28) in Iranian society: validity and reliability. Journal of Health Breeze. 2013;2(3):15-21. [Persian]
23. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2004;33(4):750-59. doi:10.1207/s15374424jccp3304_10
24. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. Journal of Clinical Psychology. 2006;62(3):373-86. doi:10.1002/jclp.20237

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]

25. Tang YY, Tang R, Posner M. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug and Alcohol Dependence. 2016;163(1):S13-18. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041
26. Keune PM, Bostanov V, Hautzinger M, Kotchoubey B. Approaching dysphoric mood: State-effects of mindfulness meditation on frontal brain asymmetry. Biological Psychology. 2013;93(1):105-13. doi:10.1016/j.biopsycho.2013.01.016
27. Lu H, Song Y, Xu M, Wang X, Li X, Liu J. The brain structure correlates of individual differences in trait mindfulness: A voxel-based morphometry study. Neuroscience. 2014;272:21-8. doi:10.1016/j.neuroscience.2014.04.051
28. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83-91. doi:10.1037/a0018441

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

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.15.7]