

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال هفتم، شماره ۲۶، زمستان ۱۳۹۴

صفحات: ۹۳ - ۷۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۳/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۴

اثر بخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و استرس ادراک شده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی

سپیده پورحیدری *

سودابه بساک نژاد**

ایران داوودی***

محسن دوستکام****

زهراسادات باقرزاده انصاری*****

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و استرس ادراک شده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی در شهر اهواز بود. پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۳۲ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال بود که به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) تقسیم شدند. قبل از مداخله متغیر مستقل یعنی آموزش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲) و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳)، پیش آزمون به عمل آمد. سپس، تنها گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه ای آموزش های کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی را طی ۲ ماه دریافت نمود. پس از اتمام مداخله، مجدداً از آزمودنی ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون به عمل آمد. نتایج حاصل از یافته ها، با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < 0/001$ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که آموزش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش سلامت روان و کاهش استرس ادراک شده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی شده است.

کلید واژگان: کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت روان، استرس ادراک شده، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی

* دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

** دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

*** استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

**** دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات روان تنی. (نویسنده مسئول، ایمیل: mohsen_doust-

kam@yahoo.com)

***** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پوناد هندوستان.

مقدمه

یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی که توجه متخصصان را به خود جلب کرده است، اختلال کمبود توجه/بیش فعالی^۱ است. علائم این اختلال از اوایل کودکی با رفتارهای منفی و دارای مشکل آشکار شده و در طول زندگی به صورت مزمن ادامه می یابند (فیشر، بارکلی، اسمالیش و فلچر^۲، ۲۰۰۲). مطابق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، علائم این اختلال به دو دسته کمبود توجه و بیش فعالی - تکانشگری تقسیم می شود که شامل مشکل در توجه به جزئیات، دشواری در نظم دهی به تکالیف و توانایی ها و ناتوانی در نشستن در موقعیت های گوناگون می باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۹۳). مشکلات رفتاری این اختلال فقط شامل زندگی فردی کودک مبتلانی نمی شود؛ بلکه بر کل خانواده به عنوان یک سیستم اثر منفی می گذارد (اسمیت، بروان، بانکه، بلونت و کریستوفرسن^۵، ۲۰۰۲؛ هارپین^۶، ۲۰۰۵؛ علیزاده، اپیکویستو کوللیج^۷، ۲۰۰۷؛ کاگهیل^۸ و همکاران^۹، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپتزر^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ بکستر^{۱۱}، ۲۰۱۳) و موجب افزایش آشفتگی و بد عملکردی خانواده می شود (چی و هینشاو^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ اسمیت و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ رابینر^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ بیدرمن و فارونه^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ هارپین^{۱۵}، ۲۰۰۵؛ جونز، ولش، گلسمیر و تاوگیا^{۱۶}، ۲۰۰۶؛ علیزاده، اپیکویست و کوللیج^{۱۷}، ۲۰۰۷؛ کاگهیل و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۸؛ لیستاگ-لاند، زونبرگن و پتروس^{۱۹}، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپتزر^{۲۰}، ۲۰۰۹؛ بکستر^{۲۱}، ۲۰۱۳؛ هکل، کلارک، باری، مک کارتی و سلیکوویتز^{۲۲}، ۲۰۱۳).

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی به دلیل نقص در خود تنظیمی و کنترل رفتار، انفجارهای عاطفی ناگهانی و غیز قابل پیش بینی، فقدان مهارت های اجتماعی و بویژه داشتن مشکلاتی در زمینه انجام تکالیف، بازی با دیگران، مشکلات بسیاری در خانواده ایجاد می کنند (کندال^{۲۳}، ۱۹۹۹؛ کاگهیل^{۲۴}، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپتزر^{۲۵}، ۲۰۰۹؛ وان استیجن، اوئرلمانس، وان آکن، بیلتلار و روملس^{۲۶}، ۲۰۱۴) که در این میان مشکلات ارتباطی کودک بیش فعال با مادرش - به دلیل مدت زمان

۱. attention deficit/ hyperactivity disorder
۲. Fischer, Barkly, Smallish, & Fletcher
۳. Diagnostic and statistical manual of menta disorder
۴. American psychiatric assosiation
۵. Smit., Brown, Bunke, Blount & Christophersen
۶. Harpin
7. Alizadeh, Applrquist & Coolidge
۸. Coghill
۹. Anastopoulos, Sommer & Schatz
۱۰. Baxter
۱۱. Chi & Hinshaw
۱۲. Rabiner
۱۳. Biederman & Faraone
۱۴. Jones, Welsh, Glassmire & Tavegia
۱۵. Listug-Lunde, Zevenbergen & Petros
۱۶. Heckel, Clarke, Barry, McCarthy & Selikowitz
۱۷. Kendall
۱۸. Van Steijn, Oerlemans, Van Aken, Buitelaar & Rommelse

بیشتری که با هم سپری می کنند- بیشتر است. مادر از نافرمانی کودک در عذاب است و با شیوه های مختلف کنترل رفتار سعی در تغییر رفتارهای منفی او دارد؛ کودک هم متقابلاً در ارتباط با او لجباز تر و منفی گراتر شده و این چرخه معیوب در ارتباط آنها با هم تداوم می یابد (جانستون و مش^۱، ۲۰۰۱؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۲؛ کمپبل^۲، ۲۰۰۴). این چرخه منفی از رفتارهای چالش برانگیز کودک دارای اختلال و ادراک مادر از چگونگی کنترل رفتارهای کودک خود، منجر به ارزیابی شناختی منفی مادران از توانمندی خود به عنوان والد، احساس خود کارآمدی ضعیف، ایجاد سطوح بالای تعارض در روابط بین اعضای خانواده، فشار روانی مضاعف، استرس والدگری^۳ و نهایتاً کاهش سلامت روان^۴ مادران در خانواده می شود (کندال، ۱۹۹۹؛ هریسون و سوفرونوف^۵، ۲۰۰۲؛ کاگهیل، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپچتر، ۲۰۰۹؛ هابر^۶، ۲۰۱۰؛ وان استیجن و همکاران، ۲۰۱۴؛ روشن بین، پور اعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶). شرودر و کلی^۷ (۲۰۰۹) در نتیجه پژوهش های خود بر روی خانواده های دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، مادران کودک دارای اختلال را، طرد شده از اجتماع - به ویژه زمانی که شدت علائم اختلال بیشتر است - معرفی می کنند. به عبارت دیگر، والدین این کودکان به دلیل مشکلات رفتاری، بیش فعالی، پرخاشگری و تکانشگری کودکان خود و ناتوانی در مدیریت رفتار آنها و نیز به دلیل گرفتن بازخوردهای منفی از اطرافیان، ارتباط کمتری با خانواده گسترده و دیگر افراد اجتماع دارند و خانواده گسترده خود را کمتر حمایت کننده می شناسند (کانینگهام، بنیس و سیگل^۸، ۱۹۸۸؛ لانگه^۹، ۲۰۰۵) که این امر می تواند آثار بدی بر سلامت روان این مادران بگذارد. در تأیید این مطلب، رایبیر (۲۰۰۲) در نتیجه مطالعات خود بر روی این خانواده ها به این نتیجه رسید که والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بیشتر از والدین کودکان سالم به اختلال های خلقی، اضطرابی، احساس عدم کفایت در فرزند پروری و عدم رضایت از نقش والدینی خود دچار می شوند و میراندا و مارکو^{۱۰} (۲۰۰۸) نشان دادند که والدین این کودکان سطوح استرس بالاتر و احساس شایستگی کمتری نسبت به والدین دارای کودکان بدون اختلال دارند. روشن بین، پور اعتماد و خوشابی (۱۳۸۶) و یوسفی، سلطانی فر و تیموری (۱۳۸۸) نیز در پژوهش های خود به نتایجی مشابه نتایج پژوهش میراندا و مارکو (۲۰۰۸) دست یافتند.

این در حالی است که پژوهش ها نشان داده اند بین کاهش سلامت روان مادر در خانواده و کارکرد پایین اعضای خانواده و روابط نامناسب بین آنها ارتباط معناداری وجود دارد. از آن جمله نتایج مطالعه ی

۱. Johnston & Mash

۲. Campbell

۳. parenting stress

۴. mental health

۵. Harrison & Sofronoff

۶. Huber

۷. Schroeder & Kelley

۸. Cunningham, Bensusan & Siegel

۹. Lange

۱۰. Miranda & Marco

میدوس، ام سی لاناها و بروکس - گان^۱ (۲۰۰۷) بر روی مادران با سلامت روان پایین نیز نشان داد که اضطراب و افسردگی مادران با افزایش اختلالاتی نظیر اضطراب، افسردگی، نقص توجه و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان خانواده رابطه مثبت دارد. نتایج پژوهش ریاحی، امینی و صالحی ویسی (۱۳۹۱) نیز نشان داد بین مشکلات رفتاری برونی سازی و علایم رفتاری درونی سازی با همه خرده مقیاس‌های سلامت روان مادران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. در پژوهشی دیگر کالکین^۲ و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که مشکلات رفتاری کودکان با رفتار و ارتباط منفی مادر و استرس‌های او در ارتباط است و هر چقدر استرس‌های مادر در زندگی بیشتر باشد، آشفتگی‌های رفتاری و شدت اختلال در کودکان بیشتر خواهد بود (به نقل از بارلو، پارسونرز و استوارت - براون^۳، ۲۰۰۳؛ کرنیک، گاس و هافمن^۴، ۲۰۰۵). در تبیین این مطلب تحقیقات نشان داده‌اند مادرانی که تحت فشار تنیدگی قرار دارند، رفتار کودکان‌شان را منفی‌تر ادراک کرده و واکنش‌های بدتری در قبال رفتارهای نامناسب او نشان می‌دهند (کرنیک، گاس و هافمن، ۲۰۰۵)؛ که این امر می‌تواند به تبادل عاطفی و ارتباط بین مادر - کودک آسیب برساند و این آسیب منجر به کاهش آمیزش عاطفی و درک صحیح از عواطف در روابط دوسویه مادر - کودک شده و باعث شود که والدین واکنش‌های منفی تری به بدرفتاری کودک دارای اختلال خود نشان می‌دهند (والن و هنکر^۵، ۱۹۹۹؛ شکوهی یکتا، پرند، شهبان و اکبری زرخانه، ۱۳۸۷). به دنبال این امر بدرفتاری کودک نیز بیشتر شده و چرخه منفی تعارضات و ارتباطات منفی در روابط آنها فزونی می‌گیرد (بفرا^۶ و بار کلی، ۱۹۸۵؛ مش و جانسون، ۲۰۰۱؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۲؛ کمپل، ۲۰۰۴). میراندا و مارکو (۲۰۰۸) نیز همراستای با نتایج پژوهش‌های ذکر شده عقیده دارند که بین میزان استرس ادراک شده و احساس شایستگی کمتر والدین کودکان بیش فعال و به کارگیری راهبردهای انضباطی نا کار آمد - سهل گیرانه یا سخت گیرانه - ارتباط معناداری وجود دارد. آنها در طی پژوهشی نشان دادند که تنش بالایی که والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری تجربه می‌کنند با به کارگیری راهبردهای انضباطی نا کار آمد در زمینه مدیریت رفتارهای فرزندان‌شان مرتبط است.

با در نظر گرفتن این شواهد، اقدام مداخله گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای کاهش استرس و ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، بیش از پیش ضرورت دارد. یکی از رویکردهای مؤثر برای ارتقای سطح سلامت و کارایی خانواده با هدف قرار دادن ارتقای سلامت مادر از طریق تأثیر گذاری بر تنیدگی و افسردگی مادران واجد کودک دارای اختلال، مداخله‌ی آموزشی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی^۷ است. کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخله‌ای رفتاری است که بر مبنای

۱. Meadows, Mclanahan & Brooks-Gunn

۲. Calkin

۳. Barlow, Parsoners & Stewart- Brown

۴. Crnic, Gaze & Hoffman

۵. Whalen & Henker

۶. Beffera

۷. Mindfulness Based Reduction Stress

توجه و تمرکز بر افکار، احساسات و ادراک استوار می‌باشد. کابات-زین^۱ به عنوان معرف این مداخله، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است (کابات زین، ۲۰۰۳). این برنامه یک مداخله ی روانی-اجتماعی است که در کاهش نگرانی و ارتقای سلامت روان بزرگسالان تأثیر گذار است. هسته اصلی این مداخله و کاربردهای آن بر زندگی روزانه و مقابله با تنیدگی، بیماری و درد متمرکز بوده و با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد در کنار آمدن با مسایل زندگی کمک می‌کند (روزنویگ، گریسون، ریبیل، گرین، جیسر و بیسلی^۲، ۲۰۱۰) و با اینکه هدف اصلی این مداخله آرام سازی نیست؛ اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درون یا برانگیختگی فیزیولوژیکی که در طی ذهن آگاهی صورت می‌گیرد، خود باعث بروز این حالت خواهد شد (بور کووک^۳، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر می‌توان گفت که در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه شده و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن^۴ و دیگری بودن^۵، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال، ویلیامز و تیزدل^۶، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش‌ها در زمینه اثر بخشی این مداخله نشان داده اند که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تنیدگی، افسردگی، اضطراب و نگرانی و نیز ارتقای سطح کیفیت زندگی (خوری، شارما، راش و فورنیر^۷، ۲۰۱۵)، کاهش نشانه‌های خلق آسیب پذیر و اضطراب (تانی، لوتان و برنستین^۸، ۲۰۱۲)، بهبود خلق و کاهش خستگی و اضطراب (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گولکاسیان^۹، ۲۰۱۰)، کاهش افسردگی، اضطراب و ارتقای سازگاری روانشناختی (بهملیجر، پرینگر، تالو کویچرز^{۱۰}، ۲۰۱۰)، بهبود نشانه‌های تنیدگی و اضطراب و ارتقای سطح عزت نفس (گلدین و گروس^{۱۱}، ۲۰۱۰)، افزایش ذهن آگاهی و سلامت و نیز کاهش استرس و علائم فیزیکی و روانشناختی (مارس و ابی^{۱۲}، ۲۰۱۰)، ارتقای بهزیستی روانی، جسمانی و هیجانی (فلوگل کول، وینسنتاچا، لوه‌رر، بائروانر-رودلر^{۱۳}، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو، بوتزین، فیگردو، لویز و شوارتز^{۱۴}، ۲۰۰۳)، لذت بردن از زندگی و کاهش تنش (کیویت-استیجنن، ویسر، گارسن و هو دیگ^{۱۵}، ۲۰۰۸)، کاهش تنیدگی

۱. Kabat-Zinn

۲. Rosenzweig, Greeson, Reibel, Green, Jasser & Beasley

۳. Borkovec

۴. doing

۵. being

۶. Segal, Williams & Teasdale

۷. Khoury, Sharma, Rush & Fournier

۸. Tani, Lotan & Bernstien

۹. Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian

۱۰. Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

۱۱. Goldin & Gross

۱۲. Mars & Abbey

۱۳. FlugelColle, Vincent ACha, Loehrer, Bauer & Wahner-Reodler

۱۴. Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwarts

۱۵. Keiviet- Stijnen, Visser, Garssen & Hudig

زناشویی در مادران واجد فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (مطهری، احمدی، سلیمانی و بهزادپور، ۱۳۹۱) و نیز بر کاهش فشار روانی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی (سید اسماعیلی قمی، کاظمی و پزشکی، ۱۳۹۴) مؤثر بوده است.

با توجه به تمهیدات یاد شده و اثر بخشی مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی در گستره وسیعی از مشکلات بالینی و ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد و نیز اهمیت توجه به سلامت روان مادران از طریق تمرکز بر کاهش استرس تجربه شده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، پژوهش حاضر به بررسی این امر پرداخته است که آیا مداخله آموزشی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای سطح سلامت روان مادران و کاهش استرس تجربه شده در آنها مؤثر است؟ برای رسیدن به هدف فوق و با توجه به پیشینه پژوهش فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون گسترده با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کلیه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی در شهر اهواز می‌باشند و نمونه تحقیق مشتمل بر ۳۲ نفر می‌باشد که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پژوهشگر جهت انتخاب و توجیه نمونه‌های مورد پژوهش به مرکز مشاوره طراوت در شهر اهواز مراجعه نموده و پس از توجیه و جلب همکاری مسئول مرکز و از طریق فراخوان در مرکز و شبکه‌های اجتماعی مرتبط با مرکز از بین کلیه مادران داوطلب شرکت در پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود: ۱- داشتن یک فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی (با تشخیص روانشناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV از طریق پرسشنامه و مصاحبه) ۲- همکاری و مشارکت طی جلسات درمانی و ۳- داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۳۲ مادر را به طور تصادفی انتخاب و مجدداً به طور تصادفی در ۲ گروه، شامل گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۶ مادر در هر گروه) قرار داد.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت عمومی

فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلر با استفاده از روش تحلیل عاملی از روی فرم بلند آن ساخته شد. این پرسشنامه به صورت خود گزارشی است و در مجموعه‌های بالینی با هدف ارزیابی کسانی که مبتلا به یک نوع اختلال روانی غیر روان پریشی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه ۴ خرده آزمون ۷ سوالی دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد؛ خرده آزمون نشانه‌های جسمی شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست؛ خرده آزمون اضطراب شامل موادی است که با اضطراب و کم خوابی مرتبطند؛ خرده آزمون ناسازگاری اجتماعی گسترده توانایی افراد در مقابله با مقتضیات شغلی و مسایل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن

با موقعیت‌های معمول زندگی مشخص می‌کند و خرده آزمون افسردگی در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبطند (استورا^۱، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷) پاسخ‌های آرایه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از خیر تا خیلی زیاد میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. نمره گذاری پرسشنامه مذکور به صورت لیکرت انجام می‌گیرد و نمره اختصاص یافته به هر یک از مواد آن از ۰ تا ۳ متغیر است. بنابراین نمره کل فرد در این پرسشنامه از ۰ تا ۸۴ متغیر است. نقطه برش سلامت روان و عدم آن ۲۱ است (تقوی، ۱۳۸۰). ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از سه روش بازآزمون، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است، که در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل روایی ۰/۷۲-۰/۸۷ به دست آمده است و در نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخش واریماکس بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علایم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰٪ کل آزمون را تبیین می‌کند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد و پایایی آزمون-بازآزمون آن طی ۲ ماه ۰/۸۶ به دست آمد، که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

مقیاس استرس ادراک شده^۲: این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۳ تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول ۱ ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره‌ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین، این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل به زبان‌ها گوناگون ترجمه شده و در کشورهای زیادی هنجاریابی شده است. به هر پرسش، بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت به هر گز = ۰، تقریباً هر گز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری اوقات = ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می‌شود (هر گز = ۴ تا بسیاری اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ۳ مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (کوهن، ۱۹۸۳؛ به نقل از صناعتی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد و پایایی آزمون-بازآزمون آن طی ۲ ماه ۰/۸۱ به دست آمد، که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

۱. Stoura

۲. perceived stress

۳. kohen

روش مداخله

آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی: مضمون جلسات آموزشی برای گروه آزمایش که بر اساس شیوه‌ارایه شده توسط چاسکالون^۱ (۲۰۱۱) در قالب ۸ جلسه آموزشی طراحی شده است، به شرح زیر می‌باشد:

جلسه ۱. معارفه و بحث گروهی پیرامون اهداف مورد انتظار شرکت کنندگان از شرکت در این جلسات، معرفی بسته آموزشی و لزوم استفاده از آن با توجه به حضور کودک مبتلا به اختلال در خانواده و تأثیر این امر بر کارکرد خانواده، آموزش توجه بر شی (تمرین خوردن کشمش)، دادن پسخوراند و بحث پیرامون تمرین، ارایه توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خود کار و اهمیت آن در زندگی، نحوه ی کاربرد آگاهی در لحظه ی حال از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس، تعیین تکلیف هفته ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول، اتمام کلاس با آموزش و تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.

جلسه ۲. مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واری واری دقیق بدنی، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واری بدنی، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، تمرین کششی یوگا، تعیین تکلیف هفته آینده (ثبت تجارب خوشایند)، توزیع جزوات جلسه دوم و سی دی واری بدنی.

جلسه ۳. مرور تکلیف هفته گذشته، انجام نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته)، انجام تمرینات یوگا، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تعیین تکلیف خانگی، توزیع جزوات جلسه سوم و سی دی مربوط به حرکات یوگا.

جلسه ۴. مرور تکالیف هفته گذشته، انجام مجدد تمرین واری بدنی، تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، تمرین مجدد نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن، تعیین تکلیف خانگی توزیع جزوات جلسه چهارم.

جلسه ۵. مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین تنفس، تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به آن، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی، انجام تمرینات یوگای هشیارانه، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تعیین تکلیف خانگی، توزیع جزوات جلسه پنجم.

جلسه ۶. مرور تکالیف هفته گذشته، انجام یوگای هشیارانه، انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از افکار و صداها)، تعیین تکلیف هفته آینده، توزیع جزوات جلسه ششم و سی دی آموزشی بین شرکت کنندگان.

جلسه ۷. مرور تکلیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش، تعیین تکلیف هفته آینده، توزیع جزوات جلسه هفتم، مراقبه کوهستان.

جلسه ۸. مرور تکلیف هفته قبل، تمرین واری بدنی، بازنگری کل برنامه، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات، پایان دادن به مداخله با آخرین مراقبه (سنگ، مهره، تپله).

تجربه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. برای آزمون فرضیات پژوهشی از

روش آماری تحلیل کوواریانس و برای بررسی همگنیاریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

نتایج

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد نمونه ۳۵/۵ و تحصیلات ۴ نفر زیر دیپلم، ۲۲ نفر دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر بالاتر از لیسانس بود. میانگین مدت ازدواج افراد نمونه ۱۴/۵ سال و از این تعداد، ۳ نفر دارای ۱ فرزند، ۲۵ نفر دارای ۲ فرزند، ۴ نفر دارای ۳ فرزند و بالاتر بودند و فرزند مبتلا به اختلال عمدتاً فرزند اول خانواده بود (۸۸/۴).

پس از اجرای پیش آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل، با اجرای آزمون t مستقل به بررسی تفاوت دو گروه از نظر دو متغیر سلامت روان و استرس ادراک شده پرداخته شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر دو متغیر سلامت روان ($t = 0.342, p < 0.05$) و استرس ادراک شده ($t = 0.542, p < 0.05$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

برای بررسی تأثیر مداخله انجام گرفته بر سلامت روان و استرس ادراک شده در گروه نمونه، مؤلفه‌های توصیفی گروه آزمایش و گروه کنترل را در پیش آزمون و پس آزمون در جداول زیر (جدول ۱ و ۲) ارائه شده است.

جدول ۱. مؤلفه‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

در مقیاس سلامت روان به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳۲/۰۸	۱۵/۰۲	۱۴/۶۴	۱۰/۲۱
کنترل	۳۱/۲۸	۱۴/۷۴	۳۰/۲۰	۱۴/۱۳
کل	۳۱/۶۸	۱۴/۸۸	۲۲/۴۴	۱۲/۱۶

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر چشمگیری داشته است؛ در صورتی که در گروه کنترل بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون تغییر محسوسی دیده نمی‌شود.

جدول ۲. مؤلفه‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

در مقیاس استرس ادراک شده به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵/۳۸	۴/۷	۱۱/۲۳	۳/۰۲
کنترل	۱۵/۷۰	۵/۴	۱۵/۸۶	۶/۰
کل	۱۵/۵۴	۵/۴۳	۱۳/۵۶	۴/۵۲

نتایج ثبت شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات استرس ادراک شده آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر بارزی داشته است؛ در صورتی که در گروه کنترل بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون تغییر بارزی دیده نمی‌شود. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد. در این زمینه نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای سلامت روان ($F=0/850$ ، $p \leq 0/05$) و استرس ادراک شده ($F=0/62$ ، $p \leq 0/05$) به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید گردید. به علاوه، با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش آزمون مؤلفه‌های سلامت روان و گروه و نیز استرس ادراک شده و گروه معنادار نبود؛ داده‌ها از فرضیه ی همگنی واریانس‌ها پشتیبانی می‌کنند. بنابراین، اجرای کوواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون سلامت روان و گروه و نیز استرس ادراک شده و گروه، جایز است.

فرضیه اول: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای سطح سلامت روان در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تأثیر مثبت دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین پس آزمون سلامت روان گروه‌ها
با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
سلامت روان	۳۸۴۱/۶۲	۱	۳۸۴/۶۲	۹۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶

فرضیه دوم: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تأثیر مثبت دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین پس آزمون استرس ادراک شده گروه‌ها
با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
استرس ادراک شده	۴۲/۵۸	۱	۴۲/۵۸	۴۵/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۸۵

همان طور که در جدول ۳ و جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در هر دو متغیر سلامت روان و استرس ادراک شده، بین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون با کنترل پیش آزمون تفاوت معنای داری وجود دارد ($p \leq 0/01$) و بنابراین تأثیر آموزش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در ارتقای سطح سلامت روان و کاهش استرس ادراک شده معنادار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به هدف پژوهش حاضر که بررسی اثربخشی مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای سطح سلامت روان و کاهش استرس ادراک شده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعال بود، نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای سطح سلامت روان و کاهش استرس ادراک شده در مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است ($P < 0/001$)؛ این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های خوری و همکاران (۲۰۱۵)، تانی، لوتان و برنستن (۲۰۱۲)، مارس و ابی (۲۰۱۰)، زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، بهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰)، گلدین و گروس (۲۰۱۰)، فلوگل کول و همکاران (۲۰۱۰)، اسمیت (۲۰۰۹)، کیویت-استیجن و همکاران (۲۰۰۸)، لیگ، باون و مارلات (۲۰۰۵) و مطهری و همکاران (۱۳۹۱) می‌باشد. همچنین، با پژوهش کابات زین (۲۰۰۳) مبنی بر اینکه فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامبخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد، همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش سید اسماعیلی قمی، کاظمی و پزشک (۱۳۹۴) نیز که به بررسی تأثیر آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش فشار روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی پرداختند، نیز همخوان می‌باشد. یافته‌های پژوهش آنها نیز حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش معنی دار فشار روانی این گروه از مادران مؤثر است و از آنجایی که کودکان دارای اختلالات خاص از جمله کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی به دلیل نقص در خود تنظیمی و کنترل رفتار، فقدان مهارت‌های اجتماعی و... نیاز به رسیدگی و مدیریت دایم والدین و به خصوص مادر دارند (کندال، ۱۹۹۹؛ کاگیل، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپتزر، ۲۰۰۹؛ وان استیجن، اوئرلمانس، وان آکن، بیلتار و روملس، ۲۰۱۴)؛ این امر انرژی بالایی از مادران گرفته و منجر به ایجاد چرخه منفی تعارضات بین مادر-فرزند، احساس ناکارآمدی مادر و استرس بالا برای او می‌شود (کندال، ۱۹۹۹؛ کاگیل، ۲۰۰۸؛ آناستوپولوس، سامر و اسپتزر، ۲۰۰۹؛ هابر، ۲۰۱۰؛ وان استیجن و همکاران، ۲۰۱۴؛ روشن بین، پور اعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶). این در حالی است که احساس ناکافی بودن در مورد والدگری در گذر زمان، به سایر بخش‌های خصوصی زندگی و روابط زناشویی آنها گسترش پیدا می‌کند (روشن بین و همکاران، ۱۳۸۶) و آنها را با استرس‌های مضاعف، نشخوارهای فکری، احساس تنهایی، بی‌یاوری و خطر کاهش سلامت جسمی و روانی مواجه می‌سازد. بنابراین با توجه به مطالب فوق و دانستن اینکه ذهن انسان از روی عادت وقایع گذشته را بررسمی کند و در تلاش است تا آینده را پیش‌بینی کند و به همین خاطر به راحتی پریشانی شود، اهمیت مدیریت کردن افکار، هیجانات و رفتارهای این مادران و کمک به آنها برای حضور در لحظه‌ی اکنون بیش از پیش احساس می‌شود. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان عنوان کرد که ناتوانی در عدم حضور در لحظه‌ی اکنون باعث می‌شود بین فرد و واقعیت فاصله افتد و امکان درک صحیح موقعیت و ارایه پاسخ‌های معقول و هشیارانه از او سلب گردد. پژوهش‌های علمی متعدد نیز نشان داده‌اند که علت بسیاری از مشکلات روانی و ناراحتی‌های افراد، عدم حضور آنها در همین جا و همین لحظه از زندگی‌شان است، در حالی که افراد ذهن آگاه به دلیل توانایی حضور

در زمان حال، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه ی گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱). حضور ذهن با مؤلفه هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال) و اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است. افراد تحت مداخله به کمک فن های ذهن آگاهی مشاهده ی عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می گیرند؛ آن هادی آموزشند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس زا و غم انگیز، الگوی افکار منفی را قبل از آن که به چرخه معیوب کشیده شود، شناسایی کنند (ویلیامز و پنمن^۱، ۲۰۱۲). همچنین، این فنون با افزایش آگاهی افراد از تجربیات لحظه ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در افراد می گردد (کاوایانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴) و این واقعیتی بود که در گروه آزمایش پس از شرکت در برنامه مداخله تأیید و گزارش شد.

بر خلاف بسیاری از درمان های مبتنی بر آموزش به مادران که سعی در تصحیح رفتار و افکار آنها در ارتباط با فرزندان شان دارند، می توان گفت که ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه های غلط تفکر در گذشته نیست، بلکه با هشیاری به بررسی محرک های زیربنایی شناخت ها و هیجان ها توجه می کند و مضمون های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می دهد که اولاً هیجانات مرکب از افکار، حس های بدنی، احساسات خام و تکان ها هستند و دوماً آن ها اغلب نشانه های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه ی برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند؛ آن ها اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می کنند و علایمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند. به این ترتیب ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکپی عمل می کند که عمیق ترین الگوهای ذهن را نشان می دهد و به افراد کمک می کند تا با وضعیت های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن ها به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه شوند که آن ها تنها فکر نمی کنند، بلکه می توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. وقتی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می گیرد، افکار و هیجانات خود به خود ناپدید می شوند (ویلیامز، پنمن، ۲۰۱۲) و همان گونه که شیگان (۲۰۰۶) مطرح کرده است، تمرینات ذهن آگاهی به علت ویژگی مواجهه با افکار و احساسات اضطراب زا و کنترل اجتناب به عنوان عامل فزاینده ی اضطراب، به افراد تحت مداخله فرصت مشاهده ی افکار، هیجانات و حس های بدنی در غیاب پیامدهای آزار دهنده را می دهد (به نقل از اکبری، نفیسی و جمشیدی فر، ۱۳۹۲) و با بهره گیری از تنفس متمرکز، بر تنظیم هیجانات مؤثر است (آرچ و کراسک، ۲۰۰۵). امانوئل، آپد گراف، کالمبک و کیسلا^۲ (۲۰۱۰) نیز در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر این عقیده اند که ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا این نکته را درک کنند که هیجان های منفی ممکن است در زندگی رخ

۱. Williams & Penman

۲. Emanuel, Updegraff, Kalmbach & Ciesla

دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد. این آموزش‌ها با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگران کننده به صورت اتوماتیک خارج می‌کند؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در افراد می‌گردد (کاوایانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴) و این امری بود که بنا به اظهارات مادران شرکت کننده در پژوهش حاضر در مورد آنها تحقق یافته بود. به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد می‌گذارد و ضمن اینکه به فرد کمک می‌نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کند و آن را با زندگی روزمره‌اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید؛ به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، عصبانیت، افسردگی و نارضایتی نجات دهد (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

بنابراین، در نتیجه گیری پایانی می‌توان گفت که استفاده از روش مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای سطح سلامت روان و کاهش استرس ادراک شده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی مؤثر است و این شیوه‌ی مداخله را می‌توان به عنوان رویکردی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی به تنهایی و یا در کنار سایر مداخلات درمانی و آموزشی به کار برد.

منابع

- استورا، (۱۹۹۱). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه پریرخدادستان (۱۳۷۷)، تهران: انتشارات رشد.
- اکبری، محمد اسماعیل؛ نفیسی، ناهید؛ و جمشیدی فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار، ۷(۲۷): ۷-۱۶.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۳). نشر روان.
- تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روان شناسی، شماره ۲۰: ۳۹۸-۳۸۱.
- روشن بین، مهدیه؛ پور اعتماد، حمید رضا؛ و خوشابی، کتایون. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه‌ی گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودک مبتلا به ADHD. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳(۱۰): ۵۷۲-۵۵۶.
- ریاحی، فروغ؛ امنی، فاطمه؛ و صالحی ویسی، محمد. (۱۳۹۱). مشکلات رفتاری کودک کان و ارتباط آن با سلامت روان مادران، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ۱۰(۱): ۵۲-۴۶.

سید اسماعیلی قمی، نسترن؛ کاظمی، فرنگیس؛ و پزشک، شهلا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی. فصلنامه افراد استثنایی، ۵(۱۷): ۱۳۱-۱۴۸.

شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم؛ شهبان، آمنه و اکبری زرخانه، سعید. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش روش تربیتی مبتنی بر حل مسئله بر روش فرزند پروری و رفتارهای خشمگینانه والدین. چهارمین همگروه سراسری آسیب شناسی خانواده (۷۹-۸۰). ۲۱ تا ۲۳ اردیبهشت. تهران، ایران.

صناعی، هاله. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر خود کارآمدی، استرس ادراک شده و جهت گیری به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ و بحیرانی، هادی. (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه، تازه های علوم شناختی، ۷(۱): ۴۹-۵۹.

مطهری، زهرا سادات؛ احمدی، خدابخش؛ سلیمانی، علی اکبر؛ و بهزادپور، سمانه. (۱۳۹۱). اثر بخشی روش ذهن آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی. فصلنامه علوم رفتاری، ۱-۱۶.

نجاتی، وحید؛ ذبیح زاده، عباس و نیک فرجام، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۲(۲): ۳۱-۴۲.

یوسفی، شهره؛ سلطانی فر، عاطفه و تیموری، سعید. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. مجله بهداشت علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۲(۴۲): ۱۱۵-۱۲۲.

Alizadeh, H., Applequist, K. F., & Coolidge, F. L. (2007). Parental selfconfidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child abuse & neglect*, 31(5), 567572.

Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167170.

Barlow, J., Parsoners, J., & StewartBrown, S. (2003). Preventing emotional and behavioural problems: The effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child care health and development*. 31(1): 3342.

Baxter, J. L. (2013). The Effects of ADHD on the Family Unit. Master of Nursing, Washington State University College of Nursing. [online]. Hdl.handle.net/2376/4330.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005), "Attention deficit hyperactivity disorder". *Lancet*, 366, 23748.

Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girl and boys: Mother child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 439452.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P (2010). The effects of mindfulnessbased stress

- reduction therapy on mental health of adult with a chronic medical disease: Ametaanalysis. *J Psychosom Res.* 68: 539544.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 7680.
- Campbell, S. B. (2004). Motherchild interaction: A comparison of hyperactive, learning disabled, and normal boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 5157.
- Chaskalson, M. (2011). *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. John Wiley & Sons.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of abnormal child psychology*, 30(4), 387400.
- Cogill, D., Soutullo, d'Aubuisson, C., Preuss, Lindback, T., Silverberg, M. & Buitelaar, J., C. (2008). Impact of attention deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and mental Health*, vol. 2: 31, ss. 115.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant Child Dev*, 14:11732.
- Cunningham, C., Benness, B. B., & Siegel, L. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children, *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169177.
- Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010), "The role of mindfulness facets in affective forecasting, *Personality and Individual Differences*, 49(7). 815818.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult followup of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of abnormal child psychology*, 30(5), 463475.
- FlugelColle, K., Vincent ACha, S, S., Loehrer, L, L., Bauer, B, A., & WahnerReodler, D, L.(2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulnessbased stress reduction program *Complement, TherClinPract.* 16: 3640.
- Goldin, P, R., Gross, J, J.(2010). Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Acta Psychologica*. 10: 8391.
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703712.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, 90(suppl 1), 1217.
- Heckel, L., Clarke, A. R., Barry, R. J., McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2013). Child AD/HD severity and psychological functioning in relation to divorce, remarriage, multiple transitions and the quality of family relationships. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 18(4), 353373.
- Huber, J, S. (2010). *The Medical Effect of Sibling Warmth on Parental Stress in Families with Children who have Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. PH.D Thesis in psychology. The Florida State University College of Human Sciences.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention – deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendations. For future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183207.
- Jones, K. B., Welsh, R. K., Glassmire, D. M., & Tavegia, B. D. (2006). Psychological functioning in siblings of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family*

- Studies, 15(6), 753759.
- KabatZinn, J. (2003). Mindfulnessbased interventions in context: past, peresent, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144156.
- KeivietStijnen, A., Visser, A., Garssen, B., &Hudig, H. (2008). Mindfulnessbased stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in wellbieng. *Patient Educ and Couns.* (72): 436446.
- Kendall, J. (1999). Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder, *family Process*, 38, 117136.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E & Fournier, C. (2015). Mindfulnessbased stress reduction for healthy individuals: Ametaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*.78: 519528.
- Lange, G. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27(1), 7696
- ListugLunde, L., Zevenbergen, A. A., &Petros, T. V. (2008). Psychological symptomatology in siblings of children with ADHD.*Journal of attention disorders*, 12(3), 239247.
- Mars, T. S.,& Abbey, H. (2010). Mindfulness Meditation Practice as a Healthcare Intervention: A Systemic Review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13: 5666.
- Mash , E. J., & Johnston, C. (2001). Families of children with deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendation for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183207
- Meadows, S. O., Mclanahan, S. S.,& BrooksGunn, J.(2007). Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types. *Journal Marriage Fam*, 69(5): 116277.
- Miranda, A., Marco. (2008). Estilos.De discipline in families with ADHD children, *Child Development*, 44, (Sup.2), 2326.
- Nafisi,M., Khoshdel,A., Mokhtary, F., Lankaraby, M.,&Asary, SH. (2004). Correlation raw score Connors in elementary children publication. *Scientific journal of Army Medicine Sciences University Republic of Iran*, 2: 327332.
- Rabiner, P. (2004). Training parents in behavior modification: Effects on perceptions of family interaction and deviant child behavior. *Behavior Therapy*, 8, 406410.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulnessbased stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 2936.
- Scheroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2008). Association between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD.*Journal of child and family studies*, 18(2), 227235.
- Segal, Z. V., Williams, M.G.,& Teasdale, j. d. (2002). *MindfulnessBased Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S, L., Bootzin, R, R., Figueredo, A, J., Lopez, A, M., &Schwartz, G, E. (2003). The efficacy of mindfulnessbased stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with bret cancer An exploratory study. *J Psychosom Rec.* (54): 8591.
- Smith, A. J., Brown, R. T., Bunke, V., Blount, R. L., &Christophersen, E. (2002). Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 165177.
- Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012). Salutary proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: A pilot preventive intervention. *Behavior therapy*, 43(3), 492505.

- van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., van Aken, M. A., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2013). Match or mismatch? Influence of parental and offspring ASD and ADHD symptoms on the parent-child relationship. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(8), 1935-1945.
- Whalen, C. K., & Henker, B. (1999). The social profile of attention deficit hyperactivity disorder: Five fundamental facets. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 1, 395-410.
- Williams, M., & Penman, D. (2012). *Mindfulness: An eightweek plan for finding peace in a frantic world*. Rodale.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious cogn.* 19: 597-605.

Effectiveness Of Mindfulness Based Stress Reduction Training On Mental Health And Perceived Stress In Mothers With ADHD Children

S. Pour Heydari*
S. Basak Nejad**
I. Dawoodi***
M. Doustkam****
Z. Sadat Bagher-zadeh Ansari*****

Abstract

The main propose of current research was studying the effectiveness of mindfulness based stress reduction training on mental health and perceived stress in mothers of ADHD children in Ahwaz. This study was semi-experimental with pretest-post test and control group. The sample included 32 mothers having a child with ADHD and were divided to experimental and control group randomly. Each group members fulfilled Mental Health Questionnaire (Goldberg & Hiller, 1992) and Perceived Stress Scale (Cohen, 1983) before intervention. Then, the experimental group participated in 8 mindfulness based stress reduction sessions during 2 months. After terminating intervention, both groups had the post test. Based on results from ANCOVA ($P > 0/001$), two groups were significantly different; mentioning that mindfulness based stress reduction training resulted the increasing of mental health and decreasing the perceived stress in mothers with ADHD children.

Keywords: mindfulness based stress reduction, mental health, perceived stress.

*PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Ahwaz Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

**Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Ahwaz Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

*** Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Ahwaz Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

****PhD, Department of Psychology and Educational Sciences, Ahwaz Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

*****M.A. in Clinical Psychology, India Pounad University