تأثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

دکتر عزت‌اله قدم‌پور[۱]، علیرضا شیرازی تهرانی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۵ تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۵/۳۰
پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۷/۱۴

چکیده

هدف: والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی با چالش‌های بسیاری مواجه‌اند که آنها را در معرض سطوح بالای استرس و پیامدهای منفی روانی قرار می‌دهد. مشارکت والدین در برنامه‌های درمانی می‌تواند این آشفتگی‌ها را کاهش دهد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامهٔ کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح به‌کار رفته در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از مقیاس غربالگری سی‌اس‌آی-فور از بین پرونده‌های موجود در هسته مشاوره اصفهان گزینش شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، مقیاس عاطفه مثبت و منفی و مقیاس رضایت از زندگی بود. مادران گروه آزمایش ۸ جلسه دوساعته برنامه آموزش ذهن‌آگاهی را دریافت کردند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سطح ($P\leq$ ۰/۰۱) معنادار بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین با توجه به اثربخشی این درمان در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی، این روش درمانی می‌تواند برای مراجعانی که به منظور دریافت درمان اثربخش به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند، گزینه مناسبی باشد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی*

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان
۲. **نویسنده مسئول:** دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان

Effectiveness of Training of Mindfulness-based Stress Reduction on Psychological Well-being of ADHD Children's Mothers

Ezatollah Ghadampour, Ph.D.[1], Alireza Shirazi Tehrani, M.A[2].

Received: 2016.05.04 Revised: 2016.09.20
Accepted: 2016.10.05

Abstract

Objective: Parent of children with ADHD confront challenges placing them at risk for high level of stress and other negative psychological outcomes. Involvement of parent in implementing intervention strategies designed to help their children can reduce these negative outcomes. Therefore, in this research the effectiveness of parent mindfulness training on the psychological well-being of ADAD children's mothers was examined. **Method**: The method was quasi-experimental and the research design was pre-test, post-test with control group. The subjects included 30 ADHD children's mothers who were selected via convenience random sampling and using screening method of CSI-4 scale among existing files in Esfahan counseling center and the subjects were randomly assigned to experimental and control groups .Measurement instrument in this study was Positive and Negative Affect Scale (PANS) and Satisfaction with Life Scale. Mothers in the experimental group received 8 two-hour sessions of mindfulness training. **Results**: Results of covariance analysis showed that mindfulness training has been significant in increasing psychological well-being of ADHD children's mothers. **Conclusion**: Given the effectiveness of this therapy on increasing psychological well-being of ADHD children's mothers, it can be relevant option for clients who go to counseling centers for an effective treatment.

Keywords: *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Psychological well-being, Mindfulness-based stress reduction*

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Lorestan
2. **Corresponding Author:** Ph.D. Candidate in psychology, Department of Psychology, University of Lorestan, **Email**: ghadampour.e@lu.ac.ir

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی[1] یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر می‌شود و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تکانش‌گری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود و فراگیر بودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان همبودی اختلال‌های دیگر همچون مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و رفتارهای قانون‌شکنانه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند (جانسون، ۲۰۱۲؛ بوسینگ، زیما، ماسون و می، ۲۰۱۲). برآوردهای مربوط به شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بسته به ملاک‌های تشخیصی به‌کار رفته بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (ویلکات، ۲۰۱۲). پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده است که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می‌گذارند (شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). مشکلات خانوادگی، تنیدگی زیاد، حمایت ناچیز و آسیب روانی والد مانند افسردگی، پرخاشگری، مصرف بیش از حد الکل و تعارض زناشویی رابطه نزدیکی با این اختلال دارند. وجوه رفتاری متعدد اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت و کفایت در تربیت فرزند، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی‌تر این کودکان با خواهر و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوش‌ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). این اختلال تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده دارد و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوگیل، ساتولو، آبویسون، پروس و لیندبک، ۲۰۰۸).

تحقیقات نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دلیل این که با چالش‌های والدگری بیشتری روبه‌رو هستند استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که وجود اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری و عدم تبعیت از قواعد و قوانین در کودکان با اختلال بالاخص نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش‌گر، بر تعامل والدین- فرزند و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند، زیرا والدین دچار مشکلات روان‌شناختی بیشتری شده، در مهارت‌های فرزندپروری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (اسچلینگ، ۲۰۱۱؛ جانسون، ۲۰۱۲). والدین این کودکان با یکدیگر کنش متقابل دارند، به سخن دیگر بر یکدیگر تأثیر دوسویه می‌گذارند. بررسی‌های تعامل‌های این کودکان نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک، به‌عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والد و تعامل میان والد (به ویژه مادر) و کودک مؤثر است (یوسفی، سلطانی فر و تیموری، ۱۳۹۰). همچنین این کودکان در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند؛ کمتر تبعیت می‌کنند و والدین آنها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (مک بارنت و پفیفنر، ۲۰۰۸). والدین آنها استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند و بیش از آنها به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار می‌شوند (رابینر، ۲۰۰۲). در سال‌های پیش از مدرسه، به علت تعامل مستمر والدین با کودکان، آنچه بیشترین تأثیر را در مشکلات رفتاری این کودکان دارد، مهارت‌های فرزندپروری است (لانگ و فور هند، ۲۰۰۰). مادران چنین کودکانی دارای عزت نفس پایین‌تر، احساس گناه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

فزاینده و انزوای بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی هستند.

پژوهش‌های تعامل والدین و فرزند بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ایران نیز نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین کودکان عادی از شیوه‌های فرزندپروری خودکامهٔ استبدادی استفاده می‌کنند، دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندان خود دارند (برجعلی، علیزاده، احدی، فرخی و سهرابی، ۱۳۹۳). بنابراین کودکانی که به نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا هستند علاوه بر داشتن مشکلات رفتاری، بسیار حساس هستند و به آسانی برآشفته می‌شوند در بسیاری از خانواده‌ها این نکته باعث ایجاد سطحی از تنش می‌شود زیرا اعضای خانواده همواره گوش به‌زنگ هستند، چون کودک در هر لحظه ممکن است یک انفجار عاطفی نشان دهد (مش و جانسون، ۲۰۰۱). در نتیجه این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. با در نظر گرفتن این شواهد اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیش از پیش ضرورت دارد. با توجه به آنچه در مورد اثرات منفی و غیرقابل اجتناب فرزندپروری ضعیف بر مشکلات رفتاری کودکان و مادران آنها بیان گردید، به نظر می‌رسد با مداخله در شیوه فرزندپروری به‌صورت آموزش و تربیت والدین می‌توان درک مهارت‌های والدینی و کیفیت زندگی آنها را بهبود و ارتقا بخشید (ساندرز و موراسک، ۲۰۰۷).

در این زمینه یکی از شیوه‌های آموزشی که می‌تواند در مورد این‌گونه مادران به‌کار گرفته شود آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس[۲] است (کابات زین، ۱۹۸۲). این شیوه درمانی از درمان‌های شناختی- رفتاری مشتق شده است و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به شمار می‌رود (مک کارنی، اسچولز و گری، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها از این نتایج حمایت کرده‌اند که برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند اثرات مثبتی بر بهبودی خلق و رفع خستگی و اضطراب داشته باشد (زیدان، جانسون، دایاموند، دیوید و گولکازین، ۲۰۱۰). مورونه، لینچ، گرکو، تیندل و وینر (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند که تمرین ذهن‌آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود که تأثیرات فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در تحقیقی که کریکان، جانسون، مگ‌یاری، هاتن و الن (۲۰۱۰) انجام دادند و به بررسی محتوای ادراکات و تجربیات شرکت‌کنندگان جوان در مداخله‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداختند، تحلیل محتوا آشکار ساخت که همهٔ شرکت‌کنندگان از این شیوهٔ درمانی سودمندی‌های مثبت و افزایش خودآگاهی گزارش کردند. دامنهٔ این تغییرات از کاهش عوامل فشارزای زندگی تا ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج پژوهش پراسمن (۲۰۰۸) نیز بیانگر اثربخشی این شیوهٔ درمانی در کاهش فشار روانی و اضطراب آزمودنی‌ها بود. مطالعه تانی، لوتان و برن استین (۲۰۱۲) نیز بیانگر اثربخشی این روش درمانی در کاهش نشانه‌های خلق آسیب‌پذیر و اضطراب و ارتقای کیفیت روابط زناشویی بود (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰).

به‌طور کلی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تمرین آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، باعث تغییراتی در سبک زندگی مثبت می‌گردد که شامل کاهش استرس و اضطراب، کاهش دردهای فیزیکی مزمن، افزایش سیستم ایمنی، توانایی مقابله با مشکلات زندگی، توانایی مواجهه با عواطف منفی، کاهش بدخوابی‌ها، افزایش آگاهی نسبت به خود، بهبود تمرکز، احساس افزایش یافته‌ای از شادی و بهزیستی و کاهش رفتارهای اعتیادآور می‌شود

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

(انجمن سلامت عمومی، ۲۰۱۱). لذا آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند در صورت اجرای موفقیت‌آمیز و همکاری مسئولان مربوط، به دفعات برای مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد و آموزش‌های والدین برای گروه‌های مختلف مادران تکرار می‌شود تا بتواند به اهدافی از جمله ارتقا و افزایش بهزیستی مادران و بهبود کیفیت ارتباط مادران و کودکان مبتلا به این اختلال منجر شود. از آنجا که در زمینه اثربخشی روش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مورد سلامت روانی مادران، به‌ویژه مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی مطالعات اندکی صورت پذیرفته است و با توجه به روند رو به رشد روش‌های فوق در درمان اختلالات گوناگون، پژوهش حاضر نیز با همین هدف صورت گرفته است تا اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را در بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی کند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل مادرانی با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که بررسی پرونده‌های مشاوره‌ای سه سال اخیرشان در هسته مشاوره آموزش و پرورش نشان می‌داد روان‌شناسان و مشاوران آموزش و پرورش برای کودکان آنها تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را اعلام کرده بودند و از طریق نمونه‌گیری در دسترس، (اجرای سیاهه (سی‌اس‌آی-فور)[3] روی مادران جهت غربال کردن اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سایر اختلالات با نقطه برش نمره ۶ و با استفاده از مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با مادران این کودکان بر حسب نشانه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) انتخاب شده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سطح سواد مادران درحد خواندن و نوشتن و استفاده از والدین کودکان با انواع اختلال و ملاک‌های خروج شامل شرکت مادر در جلسات درمانی مشابه، وجود سابقه بیماری روانی در مادر، وجود اختلالات همزمان دیگر در کودک از قبیل عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پریشی بر حسب پرونده کودک و تشخیص پژوهشگر با استفاده از معیارهای انجمن روان‌پزشکی آمریکا بود. در نهایت نمونه‌ای مشتمل بر ۳۲ مادر کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی با محدوده سنی ۲۶ تا ۴۸ سال که از لحاظ تحصیلات و طبقهٔ اقتصادی اجتماعی همگن شده بودند به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه‌ها با ریزش مواجه شدند و نتایج حاصل از ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل شد.

ابزار

مقیاس سنجش بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس دارای دو جزء عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی[4] است (فریچ، ۲۰۰۶).

مقیاس عاطفه مثبت و منفی[5]: این مقیاس برای اندازه‌گیری عاطفه مثبت و منفی ساخته شده است (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و شامل ۲۰ ماده است که ۱۰ ماده آن مربوط به عواطف مثبت و ۱۰ ماده دیگر آن مربوط به عواطف منفی است و به‌صورت طیف ۵ گزینه‌ای، خیلی کم، نمره ۱ تا خیلی زیاد، نمره ۵، نمره‌گذاری می‌شود (یوسفی، اعتمادی و بهرامی، ۱۳۹۰). دامنه نمرات برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها ۱۰ تا ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۶۸ تا۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (گومز، کوپر و گومز، ۲۰۰۰). در پژوهش بشارت (۱۳۸۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ به‌دست آمد. هم چنین دامنه پایایی این ابزار توسط ابوالقاسمی، عریضی و مولوی (۱۳۹۳) از ۰/۴۹ تا ۰/۹۴ بود.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس را دینر، امونس، لارسن و گریفین در سال ۱۹۸۵ برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهزیستی روان‌شناختی به‌کار گرفتند. مقیاس دارای پنج ماده است و هر ماده هفت گزینه دارد که پاسخ‌دهندگان میزان رضایت‌مندی خود را از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نشان می‌دهند. میانگین یک به معنی عدم رضایت از زندگی و میانگین ۷ نشان‌دهندهٔ رضایت کامل از زندگی است. اعتبار آزمون با روش دو نیمه کردن ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۲گزارش شده است. اعتبار قابل قبولی با بهره‌گیری از مقیاس‌های خود گزارشی و ملاک‌های خارجی مانند گزارش همسالان، مقیاس حافظه و درجه‌بندی‌های بالینی گزارش شده است (پوت، داینر و کلوین، ۱۹۹۱). در بررسی فرم ایرانی، غضنفری (۱۳۸۵) با اجرای آزمون روی ۱۴۷ دانشجوی پسر و دختر ایرانی و ۱۲۱ دانشجوی پسر و دختر کانادایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این آزمون گزارش کرده است.

مقیاس علائم مرضی کودک: مقیاس علائم مرضی کودک (سی‌اس‌آی-فور) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اسپیرافکین و گادو آن را به منظور غربال کردن اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرده‌اند (اسپیرافکین و گادو، ۲۰۰۲). نتایج تحقیقات مختلف بیانگر این است که مقیاس مذکور به‌عنوان یک ابزار غربالگری در تشخیص اختلالاتی مانند نارسایی توجه/بیش‌فعال، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب مفرط، اختلال اضطراب جدایی، افسردگی، درخودماندگی و اسکیزوفرنیا مؤثر و سودمند است در این مقیاس در اکثر پژوهش‌ها به‌دلیل کارآمدی و اطمینان بیشتر از روش نمره برش غربال‌کننده استفاده می‌شود. اسپیرافکین و گادو (۲۰۰۲) ۳۶ نفر را به روش بازآزمایی مورد بررسی قرار دادند و پایایی فرم اولیه چک‌لیست را ۷۰ تا ۸۹ درصد تعیین کردند. پژوهش فرزاد، امامی‌پور، وکیل قاهانی (۱۳۹۰) مقدار ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را به روش هماهنگی درونی برای فرم والد ۹۴ درصد و برای فرم معلم ۹۶ درصد به‌دست آوردند.

روش اجرا

روش اجرا به این ترتیب است که از بین ۳۰ مادر که برای نمونه پژوهش انتخاب شده بودند، ۱۵ نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. یک هفته قبل از اجرای پژوهش، پیش‌آزمون مقیاس سنجش بهزیستی روان‌شناختی (ترکیبی از مقیاس عواطف مثبت و منفی و رضایت از زندگی) به‌صورت همزمان در گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش ذهن‌آگاهی باون، چاولاو مارلات (۲۰۱۱) را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار درمان قرار گرفت. در پایان جلسات آموزشی نیز پس‌آزمون روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. بسته آموزشی به‌کار گرفته شده در این پژوهش آموزش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باون، چاولا و مارلات (۲۰۱۱) بود که ترکیبی از تکنیک‌های رفتاری آموزش آموزی و مراقبه است که با توجه به ویژگی‌های مراجعان سازگار شد و قبل از اجرا روی یک گروه ۱۰ نفره انجام و نواقص آن برطرف شد و اعتبار محتوای آن را قبلاً ۵ متخصص روان‌شناسی با مدرک دکتری تأیید کردند. جلسات گروهی به شرح زیر بود.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی بر اساس آموزش ذهن‌آگاهی باون، چاولا و مارلات (۲۰۱۱)

جلسات	محتوای آموزشی
۱. معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه به‌علاوه بررسی ارتباط بین استرس با سلامتی؛ ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها؛ ۳. تکلیف خانگی حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها.	
۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای	

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات با این مضمون که این رویدادها نیستند که به‌طور مستقیم باعث حالات هیجانی در ما می‌شوند بلکه افکار ما در این زمینه نقش تعیین‌کننده دارند؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره.

۱. تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به‌نحوی غیرقضاوتی و به مدت دو دقیقه نگاه کنند و گوش دهند؛ ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن‌آگاهی؛ ۵. تکالیف مدیتیشن، اسکن بدن، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمرهٔ جدید و ذهن‌آگاهی رویدادی ناخوشایند.

۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن چهاربعدی نیز نامیده می‌شود)؛ ۲. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳. تمرین قدم زدن ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).

۱. انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. ارائه و اجرای حرکات ذهن‌آگاهی بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

۱. تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳. ارائهٔ تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون که محتوای افکار اکثراً واقعی نیستند؛ ۴. پذیرش احساسات به‌عنوان احساس؛ ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که مورد ترجیح شخصی باشد، به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

۱. مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳. ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام‌یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام‌یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین سه‌دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید؛ ۳. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۴. بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند؟

یافته‌ها

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی گردید. در این تجزیه و تحلیل تأثیر متغیرهای پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی‌مانده مقایسه شدند. به دلیل رعایت اصول اخلاقی آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های گروه کنترل (فهرست انتظار) بعد از اتمام پژوهش در معرض مداخله آزمایشی قرار گرفتند.

جدول ۲. آمارهٔ توصیفی متغیرهای عواطف مثبت، عواطف منفی و رضایت از زندگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص‌های آماری گروه شرکت‌کنندگان		آزمایش			کنترل		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	عاطفه مثبت	۲۳/۰۰	۶/۴۱	۱۵	۲۴/۲۷	۷/۱۴	۱۵
	عاطفه منفی	۳۰/۸۷	۶/۰۲	۱۵	۳۲/۶۷	۷/۲۹	۱۵
	رضایت از زندگی	۱۹/۸۰	۵/۶۶	۱۵	۲۰/۳۳	۶/۳۳	۱۵
پس‌آزمون	عاطفه مثبت	۳۲/۶۷	۶/۴۸	۱۵	۲۵/۰۷	۷/۲۳	۱۵
	عاطفه منفی	۲۱/۸۷	۴/۴۸	۱۵	۳۳/۰۷	۷/۸۲	۱۵
	رضایت از زندگی	۲۴/۲۷	۵/۸۷	۱۵	۲۰/۸۷	۶/۴۵	۱۵

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

همان طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف مثبت گروه آزمایش به ترتیب برابر ۲۳ و ۶/۴۱، و در گروه کنترل برابر با ۲۴/۲۷ و ۷/۱۴ و عواطف منفی گروه آزمایش به ترتیب برابر ۳۰/۸۷ و ۶/۰۲ و گروه کنترل برابر با ۳۲/۶۷ و ۷/۲۹ و رضایت از زندگی گروه آزمایش به ترتیب برابر ۱۹/۸۰ و ۵/۶۶ و گروه کنترل برابر با ۲۰/۳۳ و ۶/۳۳ است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار عواطف مثبت گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۲/۶۷ و ۶/۴۸ و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۵/۰۷ و ۷/۲۳ و عواطف منفی گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۱/۸۷ و ۴/۴۸ و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۳/۰۷ و ۷/۸۲ و رضایت از زندگی گروه آزمایش به ترتیب برابر ۲۴/۲۷ و ۵/۸۷ و گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۰/۸۷ و ۶/۴۵ است. با توجه به داده‌های جدول می‌توان گفت گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون از لحاظ میزان عواطف مثبت، عواطف منفی و رضایت از زندگی تقریباً هم‌سطح هستند، اما بعد از آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون از لحاظ میزان عواطف مثبت، عواطف منفی و رضایت از زندگی بین دو گروه تفاوت ایجاد شده است. بنابراین، با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس به بررسی معنا دار بودن این تفاوت‌ها پرداخته شده است.

تجریه و تحلیل کوواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیهٔ آزمودنی‌ها به‌کار می‌رود. بدین ترتیب که هریک از نمره‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان هم‌تغییر در نمره‌های پس‌آزمون به‌کار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی مفروضه‌ها (مانند همگنی شیب خط رگرسیون، وجود رابطهٔ خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها برقرار بودند (همگنی شیب خط رگرسیون P>۰/۰۵، معادل ۲/۹۵، وجود رابطهٔ خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته با توجه به موازی بودن شیب‌های خطوط رگرسیون و همگنی واریانس‌ها) از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌ها در دو گروه

متغیرها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنا داری
عاطفه مثبت	۲/۹۵	۱	۲۸	۰/۰۹۷
عاطفه منفی	۳/۴۹	۱	۲۸	۰/۰۷۲
رضایت از زندگی	۶/۰۲	۱	۲۸	۰/۰۶۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش فرض آزمون لوین در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. لذا نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی

شاخص	منابع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنا داری	مجذور اتا	توان آماری
عاطفه مثبت	پیش‌آزمون	۱	۹۶۰/۶۲	۷۲/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۷۳	۱
	عضویت گروهی	۱	۵۶۱/۵۹	۴۲/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱	۱
عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۱	۶۲۴/۷۳	۳۲/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۱
	عضویت گروهی	۱	۷۲۵/۱۶	۳۸/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱	۶۶۳/۴۳	۴۴/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۰۹/۹۱۷	۷/۳۶	۰/۰۱۱	۰/۲۱	۰/۷۴
بهزیستی روان‌شناختی کلی	پیش‌آزمون	۱	۱۷۲۹/۶۶	۴۳/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱
	عضویت گروهی	۱	۳۶۹۶/۳۰	۹۳/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات باقی‌مانده در متغیرهای عاطفه مثبت، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی کلی پس از کنترل متغیرهای پیش‌آزمون در گروه آزمایشی معنادار است ($P\leq ۰/۰۱$). پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. میزان این مداخله درمانی در عاطفه مثبت ۰/۶۱، عاطفه منفی ۰/۵۹، رضایت از زندگی ۰/۲۱ و بهزیستی روان‌شناختی کلی ۰/۷۸ است. یعنی این میزان از واریانس باقی‌مانده مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله‌درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج داده‌ها با روش کوواریانس نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی گروه مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده است. می‌توان گفت که این نتیجه‌گیری با یافته‌های قبلی همخوانی دارد که نشان دادند ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی (اوانس، فراندو، فیندلر، استول و اسمارت، ۲۰۰۸) تغییرات مثبت در شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی (براون و ریان، ۲۰۰۳)، کاهش پریشانی روان‌شناختی (استافین، چاولا، باون، دیلورث و ویتکویتز، ۲۰۰۶) و کاهش فشار روانی و استرس (پرسمن، ۲۰۰۸) می‌شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هدف مطلوب برنامهٔ کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پرورش آگاهی پایدار[۶] و غیرواکنشی[۷] در مورد تجربه‌های درونی (مثل شناختی، عاطفی و حسی) و تجربه‌های بیرونی (مثل اجتماعی و محیطی) است. در این روش فرد به‌جای سرکوب کردن[۸] و رد کردن افکار[۹] و احساسات دردناک و منفی خود، فقط آنها را مشاهده می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد همان‌طوری که هستند، باشند. با توسعه توجه پایدار و آگاهی غیرقضاوتی و غیرواکنشی، دامنهٔ گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون متعدد از قبیل آرمیدگی جسمی[۱۰]، تعادل هیجانی[۱۱] تنظیم رفتاری[۱۲] و تغییراتی در خودقضاوتی[۱۳] خودآگاهی و ارتباط با دیگران به‌طور بالقوه تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. بهبود در هریک از این حوزه‌های کارکردی می‌تواند به‌طور بالقوه تجربه فشار روانی و اضطراب را کاهش دهد. کسب این مهارت‌ها باعث می‌شود انجام واکنش‌های هیجانی، قضاوتی و یا تحلیلی از روی عادت نسبت به موضوع مورد توجه، قطع و یا محدود شود و شخص با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی پاسخ دهد (اپستاین، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد (لانگ، شیرین و کار، ۲۰۰۵؛ اسکرودر و کلی، ۲۰۰۹). وجود چنین کودکانی در خانواده برای والدین، خستگی و دلسردی از زندگی ایجاد می‌کند، زیرا والدین مجبورند تمامی‌انرژی خود را صرف کنترل کودک نمایند و در نتیجه دیگر نیرویی برای ارتباط با هم و رفع نیازهای یکدیگر ندارند. وجود نشانه‌های اختلال در کودک می‌تواند تعامل فرزندان و عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و انباشته شدن

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره باعث می‌شود زوجین نیازهای خود و همسرشان را نادیده بگیرند و در نتیجه کیفیت زندگی آنها پایین بیاید (پینز، هامر و نیا، ۲۰۰۶). همچنین احساس بی‌کفایتی در مورد والدگری در گذر زمان به سایر بخش‌های خصوصی زندگی و روابط زناشویی والدین این کودکان گسترش پیدا می‌کند (روشن‌بین و همکاران، ۱۳۸۶). اما در رویکرد آموزش ذهن‌آگاهی به مادران کمک می‌شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شد، قبل از پاسخ به آنها اجازه دهند افکار به همان صورتی که هستند در ذهنشان بماند. به علاوه این رویکرد الگویی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم می‌کند و از تکنیک‌هایی برای پرورش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر- خلق را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کند (محمدخانی، تمنایی‌فر و جهانی تابش، ۱۳۸۴).

مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن‌آگاهی افزایش یافته بر بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است چرا که در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش و عزت نفس، خوش‌بینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش ذهن‌آگاهی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بهزیستی روان‌شناختی آنها را افزایش داد. ذهن‌آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می‌بخشد و به افراد می‌آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند. همین امر باعث کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (بروان و ریان، ۲۰۰۳). زمانی که این مادران در حال حاضر حضور داشته باشند، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش مشاهده می‌کنند و می‌توانند استرس‌های حاکم بر محیط خانوادگی‌شان را کاهش دهند و زمانی که لحظات صمیمانه را در کنار همسر و فرزندشان سپری می‌کنند دغدغه‌های ذهنی خود را وارد این لحظات نکنند و وقتی در زمان حال حضور داشته باشند پیام‌های عاشقانه و محبت‌آمیز را بین خود و فرزندشان تبادل کنند این امر می‌تواند به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنها منجر شود. و مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی به این نکته پی می‌برند که افکارشان پیش از آنکه بازتابی از واقعیت باشد، افکار منفی و اغراق‌آمیزی هستند که برخاسته از ذهنیت آنها است و این افکار منفی و اغراق‌آمیز، باعث افزایش تنش در تعاملات اجتماعی با فرزندشان می‌گردد. آگاهی نسبت به این افکار و پذیرش آن می‌تواند منجر به تغییر ارتباط این مادران با فرزندشان شود.

از آنجا که برنامهٔ کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم بر عملکرد ذهنی و هم عملکرد رفتاری تأثیر می‌گذارد (کابات زین ۱۹۹۰؛ چانگ، پالش، کالدول، گلسگو و آبرامسون، ۲۰۰۴)، می‌توان انتظار داشت که مادران شرکت‌کننده در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نگرش مثبت‌تری نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند و در کنار آمدن با فشارهای روانی زندگی به‌طور موفقیت‌آمیزتری عمل کنند. همچنین بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته، برنامهٔ کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کمک به مادران کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای مقابله با مشکلات مؤثر بوده است. یافته‌های تجربی نشان داده‌اند که شرکت‌کنندگان در این برنامه بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (گروسمن، نایمن اسکمیت و والچ، ۲۰۰۴). در حالی که رویکردهای سنتی درمان شناختی- رفتاری بر تلاش جهت کاهش یا کنترل فشار روانی والدین تمرکز داشتند، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش است که در درمان و یا پذیرش و کنار آمدن با نشانه‌های مرتبط با اختلال‌های گوناگون جسمی و روان‌شناختی امیدوارکننده بوده است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

یکی دیگر از تکنیک‌های درمانی که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با آن آشنا می‌شوند تمرکز بر تنفس در طی جلسات درمانی است. نتایج پژوهش‌های آرچ و کرسک (۲۰۰۵) نشان داد که شرکت‌کنندگانی که در جلسات درمانی ذهن‌آگاهی ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند عاطفه منفی کمتری را گزارش نمودند تا افرادی که تحت این نوع تنفس قرار نداشتند. به‌طور کلی در تبیین چگونگی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مادران در کاهش عواطف منفی آنها، لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که در این شیوه درمانی، افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (بهلمیجر، پرنگر، تال و کویجپرس، ۲۰۱۰). در زمینه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش رضایت از زندگی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی باید به این نکته اشاره کرد که توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه در مورد کودکانشان اصلاح نماید و احساس گناه به‌خاطر مقصر بودن و احساس خشم به‌دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. این امر این نتیجه را دربر خواهد داشت که با کاهش احساسات منفی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آنها افزایش می‌یابد و باعث رضایت بیشتر از زندگی می‌شود (ویلیامز و هانت، ۱۹۹۷).

در نهایت می‌توان اظهار داشت که آموزش بدون تفکر قضاوتگرانه به مادران کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به‌وجود آید. چنانچه پیش‌تر نیز اشاره شد در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت و هزینه کمتری را می‌طلبد و حتی گاهی باید تغییر را از آنها شروع کرد، به‌ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود مادران دچار اختلال روان‌شناختی باشند. از آنجا که آموزش مادران به بهبود رفتار آنها منجر می‌شود و به دنبال آن رفتار کودک نیز تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان کاهش می‌یابد، این آموزش‌ها به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان بیش‌فعال- نارسایی توجه و بهبود ارتباط آنها با کودکشان و سایر افراد خانواده می‌انجامد.

اولین محدودیت این پژوهش نداشتن دوره پیگیری است. در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل در دسترسی دوباره به شرکت‌کنندگان از پیگیری نتایج به‌دست آمده صرف نظر شد. پژوهش‌هایی که قادر باشند پس از پایان دوره آموزشی، شدت مشکل را با فواصل زمانی متفاوت ارزیابی کنند، می‌توانند اثربخشی این روش‌ها را در طول زمان مشخص سازند. از آنجاکه طرح این مطالعه از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی بوده و امکان واگذاری تصادفی آنگونه که در مطالعات تجربی حقیقی امکان دارد وجود نداشته است، نمی‌توان با قاطعیت در مورد مسئله علیت حکم کرد. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی روی نمونه‌های بزرگ‌تر و با پیگیری اجرا شود. و از آنجا که در این پژوهش صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد. توصیه می‌شود اثر این شیوه درمانی در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

به رسم اخلاق و امانتداری علمی از تمامی دست‌اندرکاران آموزش و پرورش استان اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند و همچنین از مادران کودکان بیش‌فعال- نارسایی توجه شرکت‌کننده در فرآیند پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
2. Mindfulness-based on Relapse Prevention
3. Child Symptom Inventory (CSI-4)
4. Satisfaction with Life Scale
5. Positive and Negative Scale (PANS)
6. Steady
7. Nonreactive
8. Suppressing

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

9. Rejecting
10. Physical relaxation
11. Emotional balance
12. Behavioral regulation
13. Self-judgment

منابع

ابوالقاسمی، ف.، عریضی، ح.، و مولوی، ح. (۱۳۸۲). *هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه اصفهان.

برجعلی، م.، علی‌زاده، ح.، احدی، ح.، فرخی، ن.، سهرابی، ف.، و محمدی، م. (۱۳۹۳). *مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم سازی، رفتاری و دارو درمانی بر مهارت‌های خود کنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی*. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، *۱۶*(۵)، ۱۵۷-۱۷۳.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). *بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

روشن‌بین، م.، پور اعتماد، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس کودکان مادران ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۳(۱۰)، ۵۵۵-۵۷۲.

زارعی، م. ب. (۱۳۷۹). *بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانی بر میزان علائم بیش‌فعالی کودکان دارای علائم اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه اصفهان.

شکوهی یکتا، م.، و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی دیر آموز. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۵)، ۲۳۱-۲۴۶.

غضنفری، ف. (۱۳۸۵). بهزیستی درونی از دیدگاه بین فرهنگی. *مجله روان‌شناسی*، ۴(۱۰)، ۴۰۶-۴۲۱.

فرزاد، و.، امامی‌پور، س.، و وکیل قاهانی، ف. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجاری پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان روی کودکان کار. *تحقیقات روان‌شناسی*، ۳(۱۱).

محمد خانی، پ.، تمنائی‌فر، ش.، و جهانی تابش، ع. (۱۳۸۴). *درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی*. تهران: نشر فرایند.

نصر اصفهانی، م. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش والدین بر پرخاشگری پسران دارای اختلال سلوک* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه اصفهان.

هوش‌ور، پ.، فاطمه، ب.، خوشابی، ک.، میرزایی، ه.، و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه- بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان. *فصلنامه توانبخشی*، ۳(۱۰)، ۲۴-۳۰.

یوسفی ش.، سلطانی‌فر ع.، و تیموری، س. (۱۳۹۰). مقایسه استرس مادران بیش‌فعال با مادران کودکان عادی. *مجله سلامت روانی*، ۲(۴۲)، ۱۲-۱۵.

یوسفی، ن.، و سهرابی، ا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانوده درمانی مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲(۱)، ۱۹۲-۲۱۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5*. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association. Washington, DC: Author.

Arch, J.J., & Craske, M.G. (2005). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior Research and Therapy*, *44*(12), 1849-1858.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal E., & Cuijpers P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *68*(6), 539-544.

Bowen, S., Chawala, N., & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guid*, Guilford Press.

Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing", *Journal of personality and Social psychology*, *84*(4), 822-848.

Bussing, R., Zima, B., Mason, D., & Meyer, J. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives from a Community Sample of Adolescents and their Parents. *Journal of Adolescent Health*, *51*(6), 593 – 600.

Chang, V.Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramason, M., Luskin, F., … Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulnessbassed stress redction program on stress, mindfulness self-efficacy positive states of mind. *Journal of Stress and Health, 20*(3), 141-147.

Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., & Silverberg, M. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2*, 31.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.

Epstein, B.J. (2009). *Effects of a mindfulness based stress reduction program on fathers of children with developmental disability* (Unpublished Doctoral Dissertation). Hofstra University, ProQuest Dissertations and Theses.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin D. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 22*(4), 716-721.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

Frisch, M.B.(2006). Quality of life Therapy. New Jersey: John Wiley, Sons Press. Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. Susceptibility to positive and negative mood states: test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences, 29*(2), 351-365.

Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences, 29* (2), 351-365.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43.

Johnston, C. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, *32*(4), 215-228.

Kabat – Zinn, I. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients-based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, *4*(1), 33-47.

Lange, G., Sheerin, D., & Carr, A. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, *27*(1), 76 – 96.

Long, N., & Forehand, R.(2000). Modifications of parental training program for Implementation beyond the clinical setting.in N.N. Sing, J.P. Leung,& A.N. Singh (Eds.), *Selected proceeding of the first international conference on child and adolescent mental health*, Hong Kong, 1998, published in Elsevier, chapter 17 (1), 293-310.

Mash, E.J., & Johnston, C. (2001). Families of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Review and Recommendation for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183- 207.

Mental Health Foundation (2011). An Overview of Mindfulness-Based Interventions and their Evidence Base. *Auckland, Mental Health Foundation*.

McBurnett K., & Pfiffner L. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry*. New York: In forma Health Care.

McCarney, R.W., Schulz, J., & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: *A meta-analysis, European Journal of Psychotherapy, Counselling, 14*(3), 279-299.

Morone, N. E., Lynch, Ch. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008)."I Felt Like a New Person, "The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain: Qualitative Narrative Analysis of diary entries", *The Journal of pain*, *9*(9), 841-848.

Ostafin, B.D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T.M., Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A.(2006). Intensive Mindfulness Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(3), 191-197.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, CR., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, *57*(1), 149-161.

Pines, M.A., Hammer, B.L., Neal, B. M., & Icekson, T. (2006). Job Burnout and Couple Burnout in Dual-Earner Couplesin the Sandwiched Generation. *Social Psychology Quarterly*, *74*(4), 361-386.

Praissman, Sh. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinicians guide. *Journal of the American Academy of Nurse* Practitioners*, 20(*4), 212-216.

Rabiner, C.D. (2002). Stress and coping in parents of children with ADHD affection research up data.

Sadock, B.N.J., Sadock. V.A., & Kaplan. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry, 48*(1), 146-154.

Sanders, M.R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed T ripple-P-Positive Parenting program .*Journal of abnormal child psychology*, *35*(6), 983-998.

Schilling, C.(2011). ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary and treatment literature for criminologists. *Journal of Criminal Justice*, *39*(1), 3–11.

Schroder, V.M., & Kelly, M.L. (2009). Association between family environment, Parenting practice and executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal of Family and Child study, 18*(2), 227-235.

Sprafkin, J., & Gadow, K.D. (2002). Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association*, *31*(4), 513-524.

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), 492–505.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.

Willcut, E. (2012) The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta- Analytic Review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental, 9*(3), 490–499.

Williams, R., & Hunt, K. (1997). Psychological distress among British south Asians: The contribution of stressful situations and sub-cultural differences in the West of Scotland Twenty-07 Study, *Psychological Medicine, 27*(5), 1173-1181.

Zeidan. F, Johnson, S.K, Diamond, B.J, David, Z., & Goolkasian, P. (2010) Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognition, 19*(2), 597-605.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1395.16.3.6.3]