

Effect of Mindfulness-Based Education on Psychological Capital of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Somayeh Talebi¹,
Hamideh Azimi Lolaty²,
Arefeh Shafaat³,
Jamshid Yazdani Charati⁴,
Yadollah Jannati⁵

¹ MSc Student in Psychiatric Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 1, 2018 ; Accepted January 28, 2018)

Abstract

Background and purpose: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common psychiatric disorder in children that affects the health of parents. The aim of this study was to determine the effect of mindfulness education on psychological capital of parents of ADHD children.

Materials and methods: This semi-experimental study was of pretest-posttest control group design which was carried out in 80 parents of ADHD children. The participants were selected using convenience sampling from Sari Zare Clinic, Iran, 2018. They were randomly divided into intervention group (n=40) or control group (n=40). Mindfulness education was done in 8 sessions of 90 minutes twice a week for the intervention group. Data were collected using demographic questionnaire and Luthans psychological capital questionnaire. Data were analyzed using Chi-square, t-test and covariance test.

Results: Before and after the intervention, significant differences were found between the mean values for psychological capital (60.65 ± 7.61 vs. 80.58 ± 7.59), hope (15.86 ± 3.37 vs. 21.36 ± 3.37), resilience (14.34 ± 2.85 vs. 19.34 ± 2.68), optimism (15.65 ± 2.70 vs. 20.22 ± 2.76), and self-efficacy (15.2 ± 2.35 vs. 19.89 ± 2.59) in intervention group. The scores after the intervention showed the significant effect of mindfulness education on psychological capital of parents of children with ADHD ($P < 0.05$).

Conclusion: Mindfulness education is recommended to increase the psychological capital and its dimensions in the parents of ADHD children

Keywords: mindfulness, psychological capital, attention deficit hyperactivity disorder, children

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28 (170): 107-119 (Persian).

* **Corresponding Author:** Yadollah Jannati - Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: jannati.yadollah@gmail.com)

تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی والدین کودکان کم توجه/بیش فعال

سمیه طالبی^۱حمیده عظیمی لولتی^۲عارفه شفاعت^۳جمشید یزدانی چراتی^۴یدالله جنتی^۵

چکیده

سابقه و هدف: ADHD (بیش فعالی / کم توجهی) از شایع ترین اختلالات روان پزشکی در کودکان است که بر روی سلامت والدین تاثیر دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثر آموزش، مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی والدین کودکان ADHD انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی و به صورت پیش و پس آزمون با گروه کنترل بر روی ۸۰ نفر از والدین کودکان ADHD مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهید زارع شهر ساری در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. نمونه ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله ۴۰ نفره و کنترل ۴۰ نفره قرار گرفتند. آموزش ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دو بار در هفته برای گروه مداخله انجام شد. داده ها از طریق پرسش نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش نامه سرمایه روان شناختی لوتانز جمع آوری شد. جهت تحلیل داده ها از آمار تحلیلی مربع کای و تی تست و از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته ها: در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش، میانگین به ترتیب در سرمایه روان شناختی ($60/65 \pm 7/61$) و $15/59 \pm 7/58$ ، امید ($15/86 \pm 3/37$ و $21 \pm 3/66$)، تاب آوری ($14/34 \pm 2/85$ و $19/34 \pm 2/68$)، خوش بینی ($15/65 \pm 2/70$) و $20/72 \pm 2/76$ و خود کارآمدی ($15/2 \pm 2/35$ و $19/89 \pm 2/59$) بود که نشان دهنده افزایش معنی دار سرمایه روان شناختی و ابعاد آن در گروه مداخله بعد از آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی والدین نسبت به قبل از آموزش می باشد ($p < 0/05$).

استنتاج: آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی جهت افزایش سرمایه روان شناختی و ابعاد چهارگانه آن در والدین کودکان ADHD پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، مولفه های سرمایه روان شناختی، اختلال کم توجهی/بیش فعالی در کودکان

مقدمه

اختلال کم توجهی/بیش فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ADHD از شایع ترین مشکلات روان پزشکی در کودکان است که از دوران پیش دبستانی شروع و گاهی تا بزرگسالی

E-mail: jannati.yadollah@gmail.com

مؤلف مسئول: یدالله جنتی: ساری، خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه ساری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه آمارزیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

✉ تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۹/۲۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۱۱/۸

ادامه می‌یابد (۱). علت اصلی این اختلال ناشناخته بوده و ترکیبی از عوامل ژنتیک، زیست شناختی، محیطی، روانی-اجتماعی، روان شناختی، نوروشیمیایی و عوامل مربوط به تغذیه در ایجاد آن دخالت دارد (۲). برای این اختلال براساس DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) سه زیر گروه تعریف شده است: نمود مختلط ترکیبی از فقدان توجه و بیش فعالی (تکانش‌گری)، عمدتاً فقدان توجه و عمدتاً بیش فعالی-تکانش‌گر (۳). معیارهای تشخیصی براساس DSM5 روی دو نکته تاکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با ADHD تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در دو محیط مختلف در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، و مدرسه و محل کار (۴). کودک مبتلا به این اختلال معمولاً به جزئیات توجه ندارد، به آسانی حواسش پرت می‌شود، زود خسته می‌شود، کم حوصله است، بی‌قرار، پر جنب و جوش و پر حرف است و بدون فکر کردن عمل می‌کند (۵،۶). برآوردهای مربوط به شیوع اختلال ADHD در دنیا بسته به ملاک‌های تشخیصی به کار رفته بین ۷/۱ تا ۵/۹ درصد در کودکان متفاوت است (۷). نرخ‌های گزارش شده در کودکان مدارس ابتدایی ایران در سنین پیش از بلوغ ۸ تا ۷ درصد است و بررسی همه گیر شناسی نشان می‌دهد ADHD در حدود ۵ درصد از کودکان و نوجوانان رخ می‌دهد (۸). رفتارهای ناسازگارانه کودک احساس ناخوشایندی را در والدین نظیر خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی و کاهش تحمل و کاهش حس صلاحیت و سازگاری و تنش زیاد را به وجود می‌آورد و لذا مستعد بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندانشان هستند (۹-۱۱) و سلامت روان والدین این کودکان به مراتب کم‌تر از والدین کودکان سالم است و اضطراب، علایم جسمانی سازی، پرخاش‌گری و افسردگی بیش‌تری نسبت به آنان دارند (۱۲،۱۳). سرمایه روان‌شناختی جنبه مثبت زندگی انسان‌ها است و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر

مشکلات تعریف می‌شود (۱۴،۱۵). برخوردار بودن از سرمایه روان شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند و به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کم‌تر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند (۱۶). سرمایه روان‌شناختی پایین، سبب اختلال در روابط خانواده و مختل شدن فعالیت‌ها و منزوی شدن و بیماری والدین می‌شود که در نهایت باعث مراقبت ناکافی از بیمار می‌شود (۱۷،۱۸). لذا اقدام‌های مداخله‌ای و حمایت‌های اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی به منظور ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به ADHD بیش از پیش ضرورت دارد. ذهن‌آگاهی (Mindfulness) توجهی هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی است (۱۹). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود و شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (۱۹). آموزش ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، باعث می‌شود که فرد توانایی‌های خود را بشناسد و با دشواری‌های زندگی مقابله کند (۲۰). آموزش ذهن‌آگاهی هم‌چنین در کاهش دل‌زدگی زناشویی مادران کودکان ADHD به‌طور معنی‌داری موثر است (۲۱). آموزش ذهن‌آگاهی بر استرس زناشویی مادران کودکان ADHD به‌طور معنی‌داری موثر بوده است (۲۲). روان‌پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود و حضور در بخش‌های روان پزشکی می‌توانند نقش تاثیرگذاری در آموزش برای کنترل علایم و بهبود روابط خانوادگی و سلامت روان آن‌ها در زمان بستری بیمار و مراجعات بعدی داشته باشند و با توجه به این که

مطالعات مداخله‌ای در زمینه سرمایه روان شناختی در والدین کودکان مبتلا به ADHD در کشور ما انجام نشده است و تنها مطالعه‌ای با موضوع مقایسه سرمایه روان شناختی مادران دارای کودکان پسر ADHD و مادران دارای کودکان اوتیسم انجام شده، که نشان داده مادران کودکان ADHD سرمایه روان شناختی (Psychological Capital) پایین‌تری دارند (۲۳). لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی والدین کودکان ADHD توسط روان پرستاران طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی با گروه کنترل است. جامعه آماری آن از والدین کودکان مبتلا به ADHD مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهید زارع وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شهر ساری در سال ۱۳۹۷ متشکل شد که واجد معیارهای ورود شامل سن والد (مراقب اصلی) ۱۸ تا ۶۵ سال، دارای فرزند با تشخیص ADHD ۳ تا ۱۲ ساله، گذر حداقل ۶ ماه از تشخیص قطعی بیماری فرزند توسط روان پزشک، عدم ابتلای والد یا مراقب اصلی به بیماری روانی شدید براساس پرسش‌نامه (General Health Questionnaire) GHQ-۱۲، قادر به صحبت کردن و سواد خواندن و نوشتن، عدم درمان روان شناختی هم‌زمان، بود و معیارهای خروج شامل مراقبت هم‌زمان از بیمار دیگر در اعضای خانواده، غیبت در بیش از دو جلسه، ابتلای هم‌زمان کودک به بیماری جسمی دیگر بودند. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 [S_1^2 + S_2^2]}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = 27, \alpha = 0.05 \quad \beta = 0.2 \quad S_1 = 6.67 \quad S_2 = 6.37, \bar{X}_1 = 35.8, \bar{X}_2 = 30.63$$

$$27 \times 1.2 = 33$$

حجم نمونه در هر گروه ۳۳ نفر محاسبه شد که با احتساب افت ۲۰ درصد، در هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. برای انجام مطالعه، محقق پس از اخذ تاییدیه

کمیته اخلاق با کد IR.MAZUMS.REC.1397.151 و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دریافت معرفی‌نامه و حضور در محیط مطالعه، ابتدا به شرکت کنندگان در مورد هدف مطالعه، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و خارج شدن از مطالعه هر وقت که بخواهند و محرمانه ماندن اطلاعات توضیحاتی داده و رضایت آگاهانه اخذ شد و سپس پرسش‌نامه دموگرافیک، سلامت روان عمومی ۱۲ سوالی و سرمایه روان شناختی (پیش‌آزمون) تکمیل شد و ۸۰ نفر از والدین واجد معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و با استفاده از تابع رند بتوین Rand between (تابع تولید اعداد تصادفی بین دو بازه عددی نرم افزار اکسل) به دو گروه تخصیص یافتند. جهت قرار دادن دو گروه، به گروه مداخله یا کنترل از روش شیر یا خط سکه استفاده شده است. به این ترتیب که افراد به تعداد مساوی در دو گروه ۴۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله جهت تسهیل آموزش به گروه‌های ۱۰ نفره تقسیم شدند و محتوای یکسانی را دریافت کردند. محتوای جلسات، به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته در کلاس درس درمانگاه بیمارستان زارع که مجهز به امکانات سمعی و بصری و دارای فضای مناسبی است برگزار شد. جلسات به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ و بحث گروهی و انجام و تمرین تکنیک‌ها و هم‌چنین با استفاده از وسایل بصری مانند پاورپوینت و تصاویر برگزار شد. ابتدای هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه به بررسی خلاصه‌ای از جلسه قبل و انجام تمرین و تکالیف خانگی اختصاص داده می‌شد و سپس با بیان مطالب جدید و تکنیک‌های ذهن آگاهی مربوط به همان جلسه همراه بود و در انتهای جلسه با تحویل دادن پیوست‌هایی مربوط به موضوع همان جلسه و تکالیف خانگی، جلسه به اتمام می‌رسید. در طی انجام مداخله برای گروه مداخله، گروه کنترل برنامه‌های روتین خود را دریافت می‌کردند. تسهیل‌گر، دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری بود که دوره ذهن آگاهی را گذراند بود. برای

تثبیت و تداوم تکنیک‌ها به والدین تکالیف منزل داده می‌شد و با توجه به مباحث ارائه شده در هر جلسه پیوست‌هایی در مورد موضوع ذکر شده که توسط روان پزشک، روان‌شناس و روان پرستار تایید شده بود، داده شد. در نهایت مطالعه با ۲۹ نفر در گروه مداخله و ۳۳ نفر در گروه کنترل انجام گرفت. ۱۱ نفر از گروه مداخله به دلایل (۲ نفر مسافرت، ۱ نفر مهاجرت، ۳ نفر عدم حضور بیش از دو جلسه و ۴ نفر عدم تمایل به ادامه، ۱ نفر فوت عزیز) ریزش داشت. و گروه کنترل نیز به دلایل (۲ نفر مسافرت، ۲ نفر مهاجرت، ۴ نفر عدم تمایل در شرکت پس از آزمون) ۷ نفر ریزش داشتند. بلافاصله پس از اتمام جلسات هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را مجدد (پس از آزمون) تکمیل کردند. محتوای اصلی آموزش مداخله شامل آگاهی درباره هدایت خودکار (جلسه اول)، رویارویی با موانع (جلسه دوم)، حضور ذهن در تنفس (جلسه سوم)، ماندن در زمان حال (جلسه چهارم)، اجازه مجوز حضور (جلسه پنجم)، افکار، حقایق نیستند (جلسه ششم)، مراقبت از خود (جلسه هفتم) و استفاده از آموخته‌ها (جلسه هشتم) بود (جدول شماره ۱).

در این مطالعه از ۳ ابزار گردآوری داده استفاده شد که شامل پرسش‌نامه سلامت روان عمومی ۱۲ سوالی،

پرسش‌نامه دموگرافیک محقق ساخته و پرسش‌نامه سرمایه روان شناختی لوتانز بود. برای سنجش سلامت روان عمومی از پرسش‌نامه ۱۲ سوالی گلدبرگ (GHQ-12 Goldberg) استفاده شد که در ایران توسط منتظری و همکاران با استفاده از روش ثبات داخلی ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تعیین شده است و بهترین نقطه برش و حساسیت و ویژگی بر حسب سبک نمره دهی لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) به ترتیب ۱۴/۵، ۸۹ درصد و ۶۳ درصد به دست آمد (۲۴). برای سنجش سرمایه روان شناختی از پرسش‌نامه سرمایه روان شناختی لوتانز جهت سنجش امید (Hope)، تاب‌آوری (flexibility/elasticity)، خوش بینی (optimism) و خودکارآمدی (self-efficacy) استفاده شد که شامل ۲۴ سوال است که هر خرده قیاس آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش بینی) شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم نمره صفر، مخالفم نمره ۱، تا حدودی مخالفم نمره ۲ تا حدودی موافقم نمره ۳، موافقم نمره ۴ و کاملاً موافقم نمره ۵) پاسخ دادند. مجموع نمرات از صفر تا ۱۲۰ (نمره صفر تا ۳۰ خیلی کم، ۳۱ تا ۶۰ کم، ۶۱ تا ۹۰ متوسط و ۹۱ تا ۱۲۰ خوب) متغیر است (۲۵). پرسش‌نامه سرمایه

جدول شماره ۱: خلاصه جلسات آموزش

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
۱	هدایت خودکار	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد و معرفی خود به یکدیگر و سپس اجرای پیش آزمون، تعیین اهداف جلسه و تعریف ذهن آگاهی تمرین و خوردن کشمش و بحث درباره آن (مراقبه خوردن و تعمیم آن به فعالیت‌های دیگر مثل پیاده روی)، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع جزوات جلسه اول (اختلال و درمان و آثارش بر کودک و والدین)
۲	رویارویی با موانع	آموزش تمرین واریسی بدنی و مراقبه آن در کل روزهای هفته به مدت ۳۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، نگرش با مهربانی بدون قضاوت نسبت به فرزند و مشکلات رفتاری او، تعریفی از امیدواری و ناامیدی
۳	حضور ذهن از تنفس	بازنگری تکلیف و بازنگری قدم زدن و خوردن با حضور ذهن، توضیحاتی درباره تنفس و تمرین تمرکز بر تنفس سه دقیقه ای، تکلیف خانگی (تمرین افکار و احساسات خوشایند و افکار مزاحم و ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند هر روز)، ویژگی افراد خوش بین و بدبین
۴	ماندن در زمان حال	آموزش مراقبه دیدن و شنیدن، تمرین ۵ دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه (آگاهی از تنفس بدن، صدا و افکار، آگاهی از مشکلات و چگونگی تشدید آن توسط افکار و توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که به افکار و احساسات یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم و بیان دشواری‌هایی که طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها) بازنگری تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، تعریفی از خودکارآمدی و افراد دارای این ویژگی.
۵	اجازه مجوز حضور	بازنگری تمرین تنفس با حضور ذهن ۳ دقیقه ای، بازنگری تمرین مراقبه قدم زدن و انجام فعالیت‌ها با حضور ذهن، پاسخ مهربانه دادن به احساسات قوی و خشن، تکلیف خانگی. ویژگی افراد مقاوم در برابر سختی‌ها.
۶	افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای (آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس تمرین بازنگری افکار)، بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره، پاسخ مهربانه به تجارب عاطفی مشترک با کودک آموزش‌هایی در زمینه خشم و واکنش‌های مختلف افراد در زمینه احساس خشم، تصویرسازی ذهنی از رویدادهایی که خشم ایجاد می‌کند و راه کارهایی برای مدیریت آن
۷	مراقبت از خود	بازنگری تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، قراردادن محدودیت‌ها و مرزها به صورت آگاهانه، مراقبه عشق و وزیدن، تهیه فهرستی از فعالیت‌های بدنی لذت بخش و برنامه ریزی برای یک برنامه مناسب برای انجام چنین فعالیت‌هایی، یادآوری زمان اتمام دوره
۸	استفاده از آموخته‌ها	بازنگری تکلیف خانگی بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی، مرور نکات اساسی در مورد ذهن آگاهی و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، آموزش استفاده از پیش و درون‌گری برای تغییر نگرش به زندگی و فرزندان، اجرای پس آزمون

روان شناختی لوتانز نیز با پایایی بر اساس مطالعه هاشمی و همکاران و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد (۲۶) و در پژوهش حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد. ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری میانگین و انحراف معیار و مربع کای دو، جهت مقایسه داده‌های کیفی و آزمون تی تست جهت مقایسه داده‌های کمی دو گروه مداخله و کنترل و از آزمون واریانس چند متغیره برای تعیین معنی داری اثر گروه بر مولفه‌های سرمایه روان شناختی و تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین‌های مولفه‌های سرمایه روان شناختی در دو گروه مداخله و کنترل با حذف اثر پیش آزمون استفاده شد. سطح معنی داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

یافته‌ها نشان داد در هر دو گروه مداخله و کنترل تعداد مادران بیش تر از پدران بود و بیش ترین فراوانی را رده سنی ۳۱ تا ۴۲ سال (گروه مداخله ۵۵/۲ درصد و گروه کنترل ۴۸/۵ درصد) تشکیل می‌دادند و ۸۵/۵ درصد

از والدین متاهل بودند. بیش ترین درصد سطح تحصیلات والدین گروه مداخله (۶۵/۵ درصد) و گروه کنترل (۵۷/۶ درصد) دیپلم و زیر دیپلم بودند. از نظر سکونت ۵۱/۶ درصد هر دو گروه ساکن شهر بودند. گروه‌ها از لحاظ مشخصات دموگرافیک با هم مشابه بوده و اختلاف آن‌ها به لحاظ آماری معنی دار نبود. خصوصیات نمونه‌های مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل ارائه شده است (جدول شماره ۲).

مطابق جدول فوق، نتایج بیان کننده آن است که میانگین سرمایه روان شناختی و ابعاد آن در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی با یکدیگر اختلاف معنی داری دارند ($p < 0/05$) به عبارت دیگر مداخله این مطالعه یعنی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی والدین تاثیر گذار بوده است. نتایج مطالعه در جدول شماره ۳ گویای آن است که میانگین سرمایه روان شناختی و ابعاد آن در گروه کنترل قبل و بعد از آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی با یکدیگر اختلاف معنی داری ندارند ($p > 0/05$).

جدول شماره ۲: خصوصیات نمونه های مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	آزمون آماری کای دو / سطح معنی داری	
والد	پدر (۳۴/۵)۱۰	(۳۳/۳)۱۱	$X^2 = 0/009$	
	مادر (۶۵/۵)۱۹	(۶۶/۷)۲۲	$Df=1$	
			$P=0/992$	
سن والد	۱۸-۳۰ (۱۰/۳)۳	(۲۴/۲)۸	$X^2 = 22/2$	
	۳۱-۴۲ (۵۵/۲)۱۶	(۴۸/۵)۱۶	$Df=3$	
	۴۳-۵۲ (۲۴/۲)۷	(۲۱/۲)۷	$P=0/51$	
	۵۳-۶۵ (۱۰/۳)۳	(۶/۱)۲		
سطح تحصیلات والدین	دیپلم و زیر دیپلم (۶۵/۶)۱۹	(۵۷/۶)۱۹	$X^2 = 0/47$	
	فوق دیپلم و لیسانس (۳۱/۰)۹	(۳۹/۳)۱۳	$Df=2$	
	بالتر از لیسانس (۳/۴)۱	(۳)۱	$P=0/79$	
شغل	کارمند یا کارگر (۲۴/۱)۷	(۲۱/۲)۷	$X^2 = 0/63$	
	آزاد (۲۴/۱)۷	(۳۳/۳)۱۱	$Df=2$	
	خانه دار (۵۱/۸)۱۵	(۴۵/۵)۱۵	$P=0/72$	
درآمد خانواده	کمتر از ۱ میلیون تومان (۳۸)۱۱	(۲۷/۳)۹	$X^2 = 2/3$	
	بین ۱ تا ۲ میلیون تومان (۳۱)۹	(۴۲/۴)۱۴	$Df=3$	
	بین ۳ تا ۴ میلیون تومان (۳۱)۹	(۲۷/۳)۹	$P=0/56$	
	بیشتر از ۴ میلیون تومان (۰)۰	(۳)۱		
سن کودک	۱-۵ (۱۳/۸)۴	(۱۸/۲)۶	$X^2 = 0/48$	
	۶-۱۰ (۴۸/۳)۱۴	(۵۱/۵)۱۷	$Df=1$	
	۱۱-۱۵ (۳۷/۹)۱۱	(۳۰/۳)۱۰	$P=0/98$	
جنس کودک	دختر (۴۱/۴)۱۲	(۴۵/۵)۱۵	$X^2 = 0/10$	
	پسر (۵۸/۶)۱۷	(۵۴/۵)۱۸	$Df=1$	
			$P=0/74$	

با توجه به نتایج به دست آمده از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس در آزمون باکس (پیش فرض برابری همگنی ماتریس کواریانس مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی $p > 0/05$)، آزمون لون (پیش فرض برابری واریانس مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی $p > 0/05$) و آزمون تی هتلینگ (تعیین معنی‌داری اثرات گروه بر مولفه‌ها $p < 0/05$)، $f = 37/15$ ، $p < 0/05$ ، $f = 37/15$ ، $p < 0/05$ نشان می‌دهد که بین دو گروه، حداقل در یکی از مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی (امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین تحلیل کواریانس مربوط به اثرات بر مولفه‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۵ نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی

به طور معنی‌داری می‌تواند ابعاد سرمایه روان‌شناختی را افزایش دهد. به عبارت دیگر مداخله صورت گرفته در گروه آزمودنی، منجر شد سرمایه روان‌شناختی در گروه مداخله در بعد خودکارآمدی $4/10$ بار، در بعد امید $5/63$ بار، در بعد تاب‌آوری $4/92$ بار و در بعد خوش بینی $5/51$ بار بیش‌تر از گروه کنترل باشد.

بحث

این مطالعه با هدف تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی والدین کودکان ADHD طراحی و اجرا شد. نتایج نشان داد میزان سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های آن در گروه مداخله بعد از اجرای آموزش نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشت ($p < 0/05$).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین میزان سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در والدین کودکان ADHD قبل و بعد از آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه مداخله و کنترل

گروه مداخله و کنترل	قبل از مداخله انحراف معیار $\pm$ میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره آزمون	سطح معنی‌داری با آزمون تی زوجی
گروه مداخله	سرمایه روان‌شناختی (کل)	$60/65 \pm 7/16$	$80/58 \pm 7/59$	$-20/46$
	امید	$15/86 \pm 3/37$	$21 \pm 3/66$	$-16/94$
	تاب‌آوری	$14/34 \pm 2/85$	$19/34 \pm 2/68$	$-20/41$
	خوش بینی	$15/65 \pm 2/70$	$20/72 \pm 2/76$	$-18/70$
گروه کنترل	خودکارآمدی	$15/20 \pm 2/35$	$19/89 \pm 2/59$	$-18/66$
	سرمایه روان‌شناختی (کل)	$61/36 \pm 7/68$	$60/84 \pm 6/71$	$0/819$
	امید	$15/51 \pm 3/01$	$15/36 \pm 3/08$	$-0/702$
	تاب‌آوری	$14/54 \pm 2/62$	$14/42 \pm 1/62$	$0/605$
	خوش بینی	$15/57 \pm 2/07$	$15/21 \pm 1/78$	$0/395$
	خودکارآمدی	$15/60 \pm 2/13$	$15/78 \pm 2/54$	$1/877$

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره اثرات گروه بر مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع تغییرات (SS)	درجه آزادی	میانگین مجموع تغییرات (M) (S)	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای جزئی
خودکارآمدی	گروه	260/5	1	260/5	46/39	0/001	0/379
	خطا	369/2	60	369/2	-	-	-
امید	گروه	490/36	1	490/36	44/20	0/001	0/424
	خطا	665/6	60	665/6	-	-	-
تاب‌آوری	گروه	373/7	1	373/7	23/78	0/001	0/566
	خطا	286/6	60	286/6	-	-	-
خوش بینی	گروه	468/9	1	468/9	89/24	0/001	0/598
	خطا	315/3	60	315/3	-	-	-

جدول شماره ۵: برآورد پارامترهای ابعاد سرمایه روان‌شناختی در گروه مداخله نسبت به کنترل پس از حذف اثر پیش آزمون

برآورد پارامترها						
متغیر وابسته	پارامتر	ضرب رگرسیونی (بتا)	خطای استاندارد	تی	سطح معنی‌داری	کوان پایین / کوان بالا
خودکارآمدی	گروه	4/10	0/654	6/28	0/001	2/80
امید	گروه	5/63	0/848	6/64	0/001	3/94
تاب‌آوری	گروه	4/92	0/556	8/84	0/001	3/80
خوش بینی	گروه	5/51	0/583	9/44	0/001	4/34

مطالعه‌ای مشابه با مطالعه حاضر با جامعه آماری والدین کودکان ADHD در پایگاه‌های در دسترس یافت نشد. اما مطالعه قاسمی جوبنه و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تعیین نقش سلامت معنوی و ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی دانشجویان گیلان انجام شده است نشان داد بین ذهن آگاهی و سرمایه روان شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۷). در مطالعه رجبی (۲۰۱۷) که به تعیین اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی و توانمندسازی روان شناختی در بانوان مطلقه شاغل پرداخته شده بود نشان داد که بعد از مداخله، میزان سرمایه روان شناختی و توانمندسازی روان شناختی افزایش پیدا کرده است. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که تمرین ذهن آگاهی می‌تواند راهبردی برای بهبود سرمایه روان شناختی و توانمندسازی روان شناختی باشد (۲۸). در طی یک بررسی دیگر، رابطه بین ذهن آگاهی، سرمایه روان شناختی و فرسودگی شغلی در بین مدیران شرکت‌های صنعتی و سازمانی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین ذهن آگاهی و سرمایه‌های روان شناختی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد و فرسودگی شغلی کم‌تری در افراد با ویژگی ذهن آگاهی بالا که از سرمایه روان شناختی نیز برخوردار هستند، در محیط کار گزارش می‌شود (۲۹).

مطالعه ابراهیمی مقدم و شیرازی با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر افزایش سرمایه روان شناختی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی (۲۰۱۵) انجام شد که نشان داد ذهن آگاهی بر افزایش سرمایه روان شناختی موثر بوده است (۳۰). نتایج مطالعه حاضر (تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی) با ذهن آگاهی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند که با سایر تحقیقات انجام شده مطابقت دارد (۳۱، ۲۰).

در مطالعه شجاعیان و ابوالمعالی (۲۰۱۶) که با هدف تعیین اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افزایش سرمایه روان شناختی روی جانبازان

مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم النبیاه تهران با ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش انجام گرفت، نتایج مطالعه نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، ابعاد سرمایه روان شناختی شامل تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی را در جانبازان افزایش داد (۳۲) که با مطالعه حاضر هم سو بوده است. این نتیجه به این دلیل است که افراد ذهن آگاه، در مقایسه با افرادی که به شیوه ذهن آگاهانه زندگی نمی‌کنند و ذهنی درگیر و آشفته دارند و همواره در گذشته و یا آینده سیر می‌کنند، از شادکامی بیش‌تری برخوردارند و در زندگی امیدوارتر و خوش‌بین‌تر هستند (۳۳).

نتایج فورگرد و کیکن نشان داد که زندگی به شیوه ذهن آگاهانه با امیدواری و خوش‌بینی بیش‌تری همراه است (۳۵، ۳۴). هم‌چنین پژوهش کنگک نشان داد که ذهن آگاهی با افزایش امیدواری و خوش‌بینی و به‌طور کلی بهبود سلامت روان شناختی افراد در موقعیت‌های بالینی مانند بیمارستان و موقعیت‌های غیربالینی مانند مراکز آموزشی همراه است (۳۶) و می‌تواند به افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی منجر شود (۳۷) درمان کاهش استرس، مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک برنامه درمانی کارآمد منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان قطع عضو شود (۳۸). با افزایش نمره ذهن آگاهی در بین دانشجویان دانشگاه کاشان میزان تاب‌آوری آن‌ها نیز افزایش معنی‌داری پیدا می‌کند (۳۹). هم‌چنین ذهن آگاهی روی تاب‌آوری تأثیر مثبت دارد. در واقع افراد با ذهن آگاهی بالاتر، تاب‌آوری بالاتری دارند. سطح بالاتر ذهن آگاهی ممکن است به افراد کمک کند تا شرایط سخت را پشت سر گذارند و به سطح بالاتر در تاب‌آوری دست یابند. افراد ذهن آگاه بهتر می‌توانند بدون انجام رفتارهای غیرارادی و غیرانطباقی به شرایط سخت پاسخ دهند. آن‌ها در مقابل ادراکات جدید باز برخورد می‌کنند، تمایل دارند خلاق‌تر باشند و بهتر می‌توانند با شرایط، افکار و احساسات سخت بدون ضعف و

ناراحتی مقابله کنند. وقتی فرد با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی رو به رو می شود با قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیش تر از آن چه که می بیند و هست و چیزی که باید باشد، آگاه می شود و در نتیجه این آگاهی می تواند تاب آوری بیش تری از خود نشان دهد (۴۱،۴۰). ذهن آگاهی سبب افزایش خودکارآمدی شده است که با نتایج مطالعات دیگر در این زمینه همسو است. مطالعه مورگان و ثنایی نشان داد آموزش ذهن آگاهی تاثیر مثبت بر افزایش خودکارآمدی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان دارد و میزان کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی بیماران را افزایش می دهد (۴۲،۳۱).

در مطالعه مومن زاده و همکاران در کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن موثر می باشد (۴۳).

هم چنین محمدی زاده و همکاران نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی جنسی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تحت آموزش، موثر بوده است و این تاثیر در آزمون پیگیری پایدار بوده است و به نظر می رسد که ذهن آگاهی می تواند در کنار سایر مداخلات مثل دارو درمانی و مداخلات پزشکی، در افزایش خودکارآمدی جنسی این بیماران موثر باشد (۴۴).

در مطالعه ای که توسط ساموئی و قاسمی (۲۰۱۳) با هدف تعیین تاثیر آموزش ذهن آگاهی در سرمایه روان شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به صورت نیمه تجربی با گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون انجام شد به پنج گروه از دانشجویان پیش آزمون دادند و سپس ۸ جلسه ۲ ساعته توسط یک روان شناس آموزش دیدند و پس از سه ماه از آخرین جلسه، پس آزمون انجام گرفت. نتایج نشان داد تفاوت معناداری قبل و بعد آموزش وجود نداشت و با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود. یکی از دلایل عدم تاثیر آموزش، انجام پس آزمون پس از سه ماه از آخرین جلسات بود و موقع امتحانات دانشجویان بود که آنها استرس و اضطراب بیش تری داشتند و دوم این که جامعه

آماري دو گروه، همگنی پایینی داشتند و سوم این که بیش تر زمان جلسات به صورت عملی بود و زمان کم تری برای افزایش آگاهی نسبت به خود ذهن آگاهی صرف شد و مطالعه حاضر این محدودیت ها را نداشته است و آموزش ذهن آگاهی بر روی سرمایه روان شناختی والدین تاثیر گذار بوده است (۴۵).

والدین کودکان بیش فعال مشکلات زناشویی داشته و سطوح بالایی از استرس و تعارضات بین فردی را گزارش می کنند. این والدین استرس بیش تر و رضایت کم تری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند (۴۷،۴۶). والدین این کودکان بیش از والدین کودکان سالم به اختلالات خلقی، اضطراب، احساس عدم کفایت فرزند پروری، فشار مالی، افزایش مصرف الکل دچار می شوند (۴۸).

هم چنین در مطالعه VanderOord و همکاران (۲۰۱۲) به اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کودکان ADHD و والدین آنها پرداخته اند که مطالعه شبه آزمایشی با گروه کنترل می باشد. در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی به جز افزایش رفتارهای نافرمانی مقابله ای (Oppositional Defiant Disorder) ODD گزارش شده توسط معلمان وجود نداشت و در گروه مداخله کاهش رفتارهای ADHD گزارش شده توسط والدین در مورد کودک خود و خودشان از پیش آزمون تا پس آزمون و از پس آزمون تا پیگیری بعد از آن، قابل توجه بود. هم چنین افزایش ذهن آگاهی از پیش آزمون تا پس آزمون و کاهش استرس والدین و کاهش رفتارهای بیش فعالی والدین از پیش آزمون تا پیگیری بعد از آن قابل توجه بود (۴۹). همین طور مطالعه ایروانی و حاج حیدری (۲۰۱۵) نشان داد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر کاهش علایم جسمانی خرده مقیاس سلامت روان مادران کودکان ADHD موثر است (۵۰). ذهن آگاهی، به فرد می آموزد که چگونه نسبت به واکنش های خودکار خود، آگاهی و شناخت بیش تری پیدا کند و به او یاد می دهد که چگونه فرد

را تجربه می‌کنند و حمایت‌های اجتماعی از حجم مشکلات آن‌ها می‌کاهد لذا انجمن‌های حمایتی اجتماعی به منظور افزایش سلامت روان کودکان و والدین آن‌ها تشکیل شده و به بهبود این قشر آسیب‌پذیر کمک کنند. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی توصیه می‌شود در طبقات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مطالعات متفاوت انجام شود و با هم مقایسه شود و برای افزایش دقت در نتایج به دست آمده تحقیق در نمونه و حجم بزرگتر انجام شود با توجه به این که معلمان مدارس و مربیان مهدکودک‌ها با این کودکان سروکار دارند آموزش‌هایی برای افزایش آگاهی و حمایتی برای آن‌ها نیز در نظر گرفته شود. در مطالعات بعدی، آموزش هم‌زمان با آموزش کودکان نیز گنجانده شود. نتایج مطالعه نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی والدین کودکان ADHD موثر است لذا در مطالعات آتی برنامه‌های حمایتی برای تمامی افرادی که با این کودکان سروکار دارند پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری و طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره ۱۵۲۴ می‌باشد. به این وسیله نویسندگان از تمامی افرادی که در اجرای این مطالعه همکاری نمودند و از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران نیز تشکر و قدر دانی می‌نمایند.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Pediatr 1997; 36(7): 381-393.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington; 2013: 59-61.
4. Vande Voort JL, He JP, Jameson ND, Merikangas KR. Impact of the DSM-5

می‌تواند بدون قضاوت کردن، در لحظه حال توجه کند و با تشویق افراد به تمرین مکرر توجه روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمند نسبت به جسم و ذهن، هم‌چنین رها کردن ذهن از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگران کننده و پیامدهای آن می‌تواند این عوامل را افزایش دهد. به کمک ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه و کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود. که این‌ها به‌طور بالقوه منجر به ایجاد پاسخ‌های انطباقی‌تر در برخورد با فشار روانی ناشی از داشتن کودک ADHD می‌شوند. از نقاط قوت مطالعه حاضر، حضور پدران بوده است و نقش روان‌پرستار نیز در این مطالعه حائز اهمیت است. امید است مطالعه حاضر بتواند گامی برای پیشرفت پژوهش‌های آتی برداشته و از رویکرد برنامه‌های حمایتی به عنوان یک روش قابل استفاده در برنامه‌های درمانی در نظر گرفته شود و از این برنامه در یک دوره طولانی مدت برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها استفاده شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم همکاری بسیاری از والدین به شرکت در مطالعه یا ادامه مطالعه به دلیل دور بودن محل زندگی از محل آموزش، پایین بودن سطح اقتصادی و اجتماعی و داشتن مدت پیگیری کوتاه به دلیل محدودیت زمانی، نام برد. پیشنهاد می‌شود از آن جایی که والدین کودکان با نیازهای خاص و مشکلات مزمن روان، مشکلات روان‌شناختی بیش‌تری

- Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Age-of-Onset Criterion in the US Adolescent Population. *J Am Acadof Child Adoles Psychiatry* 2014; 53(7): 736-744.
5. Yahya F, Antigonos S. Adult attachment and constructive communication in parents of children with attention deficit Hyperactivity disorder (ADHD). *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 97: 167-173.
 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Am Psychiatric Assoc Pub; 2013. p: 947.
 7. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9(3): 490-499.
 8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2014: 1169-1181.
 9. Zoghipaydar MR, Bayat A, Sanayee Kamal S. Comparing the Mental Health in Mothers of Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Exceptional Education* 2016; 8(36): 5-14 (Persian)
 10. Dortaj F, Mohammadi A. Comparing the performance of the families with and without ADHD children. *Journal Of Family Research* 2010; 6(22): 211-226 (Persian).
 11. Pouretamad HR, Roshanbin M, Jadidi M. The Effectiveness of Group Positive Parenting Program on Parental Stress of Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Iran Med* 2009; 12(1): 60-68 (Persian).
 12. Shafaat A, Tirgari A. Prevalence of Depression Symptoms among Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 66-72 (Persian).
 13. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit /hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev* 2012; 32(4): 215-228.
 14. Goldsmith AH, Veum JR, Darity W. Unemployment, Joblessness, Psychological Well-Being and Self-Esteem: Theory and Evidence. *J Socio-Economics* 1997; 26(2): 133-158.
 15. Avey JB, Luthans F, Youssef CM. The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management* 2010; 36(2): 430-452.
 16. Luthans F, Luthans KW, Luthans BC. Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons* 2004; 47(1): 45-50.
 17. Klassen AF, Raina P, mcintosh C, Sung L, Klaassen RJ, O'Donnell M, et al. Parents of children with cancer: Which factors explain differences in health-related quality of life. *Int J Cancer* 2011; 129(5): 1190-1198.
 18. Navidian A, Bahari F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan J of Psychol Res* 2008; 23(1-2):19-28.
 19. Roche M, Haar JM, Luthans F. The Role of Mindfulness and Psychological Capital on the Well-Being Of Leaders Maree. *J Occup Health Psychol* 2014; 19(4): 476-489.
 20. Sanaei H, Hossini SA, Jamshidifar Z. Effectiveness of Mindfulness Training on Self-efficacy of Patients Infected by Breast Cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 159: 426-429.
 21. Motahhari ZS, Ahmadi K, Behzadpoor S, Azmoodeh F. Effectiveness of Mindfulness in Marital Burnout Among Mothers of ADHD

- Children . Journal of Family Counseling and Psychotherapy 2013; 3(4): 591-613 (Persian).
22. Motahhary ZS, ahmady KH, Soleymani AA, Behzadpoor S. Effectiveness of Mindfulness on decreasing marital stress In ADHD children's mothers. Journal of Psychological Research 2012; 5(17): 0 (Persian).
 23. Heidari J, Antesar fomeni H. Comparison of psychological capital and psychological characteristics of mothers with children ADHD son and children with autism. Journal of Psychology, Educational Sciences and Social Sciences 2016; 24(1): 33-53 (Persian).
 24. Montazeri A, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12 -item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh 2003; 1(13): 39-46 (Persian).
 25. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. Personnel Psychology 2007; 60(3): 138-146.
 26. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheirodin J. The relationship of psychological capital with social capital among students of Tabriz university. Journal of Research and Health 2012; 2(1): 145-153 (Persian).
 27. Ghasemi-Jobaneh R, Zaharakar K, Hamdami M, Karimi K. Role of Spiritual Health and Mindfulness in Psychological Capital of Students of university of Guilan. Research in Medical Education (JME) 2016; 8(2): 27-36 (Persian).
 28. Rajabi Shamami Bahar E. Investigating the Impact of a Group Therapy Based on the Attitude of Attention to Empowerment and Capital Psychology in employed divorced women. https://www.Civilica.com/Paper-CTCONF03-CTCONF03_180.html. 2017. (Persian).
 29. Maree R, Haar JM, Luthans F. The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders. J Occup Health Psychol 2014; 19(4): 476-489.
 30. Ebrahimi Moghaddam H, Shirazi R. The effectiveness of mind-boggling treatment is faced with increasing women's psychological capital Being married in marriage. https://www.civilica.com/Paper-TSCONF01-TSCONF01_054.html. 2014.
 31. Morgan NL, Ransford GL, Morgan LP, Driban JB, Wang C. Mindfulness is associated with psychological symptoms, self-efficacy, and quality of life among patients with symptomatic knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage 2013; 21(supplement): 257-258.
 32. Shojaeyan M, Abolmaali kh. Effectiveness of cognitive therapy-based mindfulness on increasing the psychological capital of veterans. Quarterly Tebe-e-Janbaz 2016; 8(4): 195-201 (Persian).
 33. Mckee A, Johnston F, Massimilian R. Mindfulness, hope and compassion: a leader's road map to renewal. Ivey Business Journal 2006; 70(5): 1-5.
 34. Forgeard M, Seligman M. Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. Pratiques Psychologiques 2012; 18(2): 107-120.
 35. Kiken LG, Shook NJ. Looking up: Mindfulness increases positive judgments and reduces negativity bias. Journal of Social Psychological and Personality Science 2011; 2(4): 425-431.
 36. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. Clin Psychol Rev 2011; 31(6): 1041-1056.

37. Validi Pak A, Khaledi S, Moeini Manesh K. Efficacy of Mindfulness Training on Enhancing Optimism in Women with Pregnancy Diabetes. *Journal of Health Psychology* 2015; 14(14): 62-78 (Persian).
38. Zarnaghash M, Mehrabi M, Bashlideh k, Davoodi I, Marashi SA. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Quality of Life and Resiliency of Veterans Spouses in Ahvaz. *Journal of Psychological Models and Methods* 2016; 7(23): 83-99 (Persian).
39. Namaki Bidgoli Z, Sedighi Araee F. Investigating the Relationship between Mindfulness and Resilience in Students. *J Fundament Ment Health* 2016; 18(Special): 586-590.
40. Bajaj B, Pande N. Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Difference* 2015; 93: 63-67.
41. Thompson RW, Arnkoff DB, Glass CR. Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma Violence Abuse* 2011; 12(4): 220-235.
42. Sanaei H, Hossini SA, Jamshidifar Z. Effectiveness of Mindfulness Training on Self-efficacy of Patients Infected by Breast Cancer. *Journal of Social and Behavioral Sciences*. 2014; 153(23): 426-429 (Persian).
43. Masumian S, Shairi MR, Shams J, Momenzadeh S. The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on self-efficacy of the female with chronic low back pain. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2013; 37(3): 158-163 (Persian).
44. Mohammadizadeh R, Moradi-Joo M, Shamsoddini S, Jamshidifar Z. The effectiveness of mindfulness training on sexual self-efficacy in Women with breast cancer. *Andishe va Raftar (J Clin Psychol)* 2014; 8(31): 7-16 (Persian).
45. Samouei R, Ghasemi F, Ebrahimi AM. Role of mindfulness training on psychological capital of Isfahan University of Medical Sciences students. *Int J Educ Psychol Res* 2015; 1(4): 293-297.
46. Schroeder V, Kelley M. Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD. *J Child Fam Stud* 2009; 18: 227-235.
47. Roshanbin M, Khushabi K, Poor-Etemad HM. Review the effectiveness of the positive parenting program on the Stress among parents with children (from 4 to 10 years old) with ADHD. *Journal of Family Research (JFR)* 2007; 3(10): 263-572 (Persian).
48. Rabiner CD. Stress and coping in parents of children with ADHD Available: www.Helpforadd.com./2002/September.htm. 4.korh onon.
49. van der Oord S, Bogels SM, Peijnenburg D. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children With ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *J Child Fam Stud* 2012; 21(1): 139-147.
50. Irvani M, Hajheidari N. The Effectiveness of Mindfulness on Mental Health of Mothers with ADHD Children in Khomeini City of the Year 2014-15. 5 th National Conference of Psychology, Consultation and social work, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran. 2015. (Persian).