

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره دهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه

مسعود صادقی^۱، نسرين السادات حسینی رمقانی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۲۱

خلاصه

مقدمه: مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه، مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می کنند. در این راستا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه بود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش به صورت نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه بعد از نمونه گیری هدفمند به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. از فرم والد پرسشنامه Conners به همراه مصاحبه بالینی به عنوان ابزار غربالگری و از پرسشنامه اضطراب بک و نگرانی پنسیلوانیا، برای گردآوری داده ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی، به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه مداخله اعمال گردید. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی دار آماری بین مراحل پیش و پس از آزمون در نمره کلی اضطراب و نگرانی در گروه مداخله شد ($p < 0/001$). به این صورت که در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون، گروه مداخله نسبت به گروه کنترل اضطراب و نگرانی کمتری را گزارش نمودند.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخش بودن استفاده از برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه، آموزش این برنامه در راستای کاهش فشار روانی این گروه از افراد جامعه پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: اختلال بیش فعالی-کمبود توجه، فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب، نگرانی

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۲- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: nasrin.ramaghani@gmail.com. تلفن: ۰۶۶۳۳۱۲۰۰۹۷

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری دوران کودکی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است [۱] که شیوع آن در پسران ۳/۶ درصد و در دختران ۰/۹ درصد گزارش شده است [۲]. طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) ویژگی‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به این شرح است: خصیصه‌های اصلی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه الگوی پایدار بی‌توجهی یا بیش‌فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا تحول فرد اختلال ایجاد می‌کند. خصیصه بیش‌فعالی از نظر رفتاری در اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به عنوان نوعی سرگردانی در تکلیف، نداشتن ثبات، دشواری در نگهداری توجه و آشفته بودن آشکار می‌شود. خصیصه تکانشگری مربوط به اعمال شتابزده است که در یک لحظه و بدون اندیشه رخ می‌دهد و ظرفیت بالایی برای آسیب زدن به افراد دارد [۳].

اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد [۴]. رفتارهای بیش‌فعالی-تکانشگری این کودکان باعث اختلال در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آن‌ها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود [۵-۶]. وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون خانوادگی با والدین و دیگر اعضای خانواده همراه می‌شوند، موجب کاهش عزت نفس، خلق افسرده، تحمل کم برای ناکامی و حملات کج خلقی می‌شوند. سیر اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مزمن و تدریجی است، همچنین پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری همچون اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکلیسم، و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند [۷-۸، ۲].

از عواملی که در به وجود آمدن اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی و فیزیولوژیکی کودکان، الگوهای تعامل خانوادگی، تأثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی، اشاره نمود [۳]، که از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی اختلال

بیش‌فعالی-کمبود توجه، متغیرهای خانوادگی می‌باشد [۹]. خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد [۱۰]. از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (به ویژه مادر) و شیوه‌های فرزند‌پروری آن‌ها دارد [۸].

کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مشکلاتی در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، تعارضات با همسالان، مدرسه و خواهر و برادر دارند که به عنوان یک بار اضافی، باعث افزایش استرس ادراک شده توسط والدین می‌شوند [۱۱]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال برونی‌سازی شده دارند (از جمله اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه) احساس موفقیت و اثربخشی کمتر، اضطراب و نگرانی بیشتری را گزارش می‌دهند [۱۲]. مشکلات روانی والدین از جمله سطوح بالای استرس و اختلال در کارکرد روانی اجتماعی آنها، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد [۸]. لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند [۱۳].

از جمله روش‌های مؤثر برای بهبود سازگاری روان‌شناختی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد که باعث ارتقاء فرزندپروری سالم و سلامت جسمی مادر و کودک، و همچنین رشد هیجانی-اجتماعی کودک می‌شود [۱۴-۱۵].

بیش از سه دهه است که ذهن آگاهی به عنوان "قضاوت نکردن، هشیار بودن در لحظه حال، افزایش خودآگاهی و توانایی بازشناسی تجارب به منظور جلوگیری از

نتیجه افزایش پیامدهای مثبت رفتاری در کودکان، ضرورت توجه به مداخلات درمانی که والدین را مورد هدف قرار دهند، احساس می‌شود. اثر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه اختلالات روان‌شناختی از جمله کاهش استرس و اضطراب دارای حمایت تجربی است [۲۰]، علی‌رغم این تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثربخشی استفاده از ذهن آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری مخصوصاً در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، بررسی کرده باشند. در این راستا هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دانش‌آموزان دختر سال اول تا ششم (گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال) دبستان‌های ابتدایی شهر نورآباد، بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. به این ترتیب که در ابتدا از بین ۸ دبستان دخترانه، چهار دبستان به طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید. پس از تکمیل پرسشنامه توسط والدین و ارجاع آن به مدارس، ۴۶ دانش‌آموز که نمره آن‌ها در پرسشنامه کانرز (فرم والد) بالاتر از نقطه برش ۶۰ بود [۲۱] انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه با توجه به نمره‌های پرسشنامه، جهت تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه بالینی که در یکی از مدارس توسط دو دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی انجام شد، شرکت نمایند. به این صورت که با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه موجود در DSM-5، به صورت انفرادی مصاحبه بالینی انجام شد، تا نتایج حاصل از

عکس‌العمل‌های عادی " توصیف می‌شود [۱۶]. شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت روان مادر-کودک شناخته شده و مباحثی پیرامون سودمندی بالقوه تمرینات ذهن آگاهی والدین بر افزایش سلامت عمومی و کاهش هیجانات منفی والدین، افزایش هیجانات مثبت در رابطه فرزند-والد و تغییر رفتار پرخاشگرانه کودکان، مطرح می‌شود [۱۷]. همچنین بررسی تأثیر برنامه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که این برنامه‌ها می‌توانند باعث افزایش کارکرد روابط بین‌فردی و کارآمدی مقابله با استرس در والدین دارای کودکان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی از جمله مشکلات برونی‌سازی شود [۱۸].

علی‌رغم تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارند که اثربخشی استفاده از ذهن آگاهی را در برنامه‌های فرزند پروری بررسی کرده باشند، به طوری که استفاده از ذهن آگاهی در بافت خانواده و به طور خاص در رابطه والد-فرزند، از کاربردهای جدید ذهن آگاهی می‌باشد. بررسی مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی نشان می‌دهد که می‌توان از اختلالات روانی کودکان و پیامدهای مرتبط با آن در مادران و همینطور از مشکلات فرزندپروری جلوگیری و یا آن را درمان کرد و مانع انتقال اختلال‌های درون نسلی از والدین به بچه‌ها شد [۱۷-۱۸].

با توجه مطالب ذکر شده، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند که در نتیجه این تجربه، احساس شایستگی و خود کارآمدی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی خواهند داشت، این وضعیت منجر به ایجاد یک چرخه معیوب در روابط والد-فرزندی و همچنین مشکلات والدین می‌شود. به این صورت که اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتماد به نفس پایینی می‌شوند و به تدریج اضطراب، نگرانی و سایر مشکلات روحی بیشتری را تجربه می‌کنند و این استرس شدید توانایی آن‌ها را برای تربیت مؤثر تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۹]. بنابراین برای تغییر در شیوه‌های ارتباطی ناکارآمد والد-فرزند، ارتقا سلامت عمومی والدین و در

امتیازبندی سؤالات به شکل به هیچ وجه (۱)، گاهی اوقات (۲)، بعضی وقتها (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد از ۱۶ تا ۸۰ می‌تواند در نوسان باشد که نمره بالاتر بیانگر نگرانی بیشتر می‌باشد [۲۵]. در ایران Dehshiri و همکاران پایایی آزمون را به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی چهار هفته‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش کردند [۲۶].

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory: BAI): این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه است که علایم شایع اضطراب (نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی) را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها جهت پاسخ‌گویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن ضربدر می‌زنند. شیوه امتیازبندی سؤالات به شکل اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. طبق راهنمای Beck و همکاران [۲۷] کسب نمره صفر تا ۷ نشان دهنده اضطراب جزئی، ۸-۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید می‌باشد. همسانی درونی این آزمون در ایران از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۸].

بعد از مراحل تشخیص بر اساس معیارهای DSM-5، برای مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت آگاهانه مادران برای شرکت در جلسات مداخله به صورت کتبی جلب گردید و از آن‌ها خواسته شد که در پژوهش حاضر شرکت نمایند. همچنین در این جلسه برای شرکت‌کنندگان این موارد تشریح شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان-شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آنها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت‌کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روان‌پزشک ارجاع داده شود. سپس این مادران به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد مادران گروه مداخله در برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر

پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود. در نهایت با عنایت به اینکه طرح پژوهش حاضر تجربی است و با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه مداخله و کنترل توصیه می‌شود [۲۲]، ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد پس از کسب رضایت برای شرکت در پژوهش به صورت تصادفی با قرعه‌کشی این ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود این مادران به گروه نمونه عبارت بودند از: (۱) داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بر اساس معیارهای DSM-5 (۲) میزان تحصیلات حداقل دیپلم، (۳) انگیزه همکاری و مشارکت در درمان. معیارهای خروج مادران از پژوهش نیز شامل: (۱) وجود علائم روان‌پریشی در مادر و کودک؛ (۲) سابقه سوء مصرف مواد مخدر مادر؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی بود. ابزارهای پژوهش مورد استفاده:

مقیاس کانرز والدین (Conners Parent Rating Scale (CPRS-R): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ از سوی Conners و همکاران استاندارد شده است [۲۳]. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سؤال است که والدین کودک بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای آن را تکمیل می‌کنند. به این صورت که به هر پرسش آن به صورت هیچ‌وقت (۰)، کمی (۱)، تقریباً زیاد (۲) و زیاد (۳) نمره داده می‌شود. نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۰ تا ۱۴۴ خواهد داشت. نمره بالاتر از ۶۰ را به عنوان نقطه برش در نظر می‌گیرند و به صورت کلی هر چه امتیاز بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود [۲۱]. Conners و همکاران [۲۳] پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. پایایی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه از سوی مؤسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۴].

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ((PSWQ) Pennsylvania State Worry Questionnaire): این مقیاس یک مقیاسی ۱۶ گویه‌ای است که توسط Molina و Borkovec ساخته شده است که برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل-ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی تدوین شده است. شیوه

ذکر است که جهت تأمین تأییدیه اخلاقی، تمام فرایند انجام مداخله توسط استاد همکار در این مقاله مورد نظارت دقیق قرار گرفته و شرح جلسات آموزشی و مداخله‌ای نیز در گروه روانشناسی دانشگاه لرستان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته شده از برنامه تدوین شده توسط Restifo و Bogels [۱۸] می‌باشد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ شرح داده شده است.

ذهن آگاهی که طی ۸ جلسه دو ساعته به صورت هفتگی و به مدت دو ماه در روزهای تعیین شده توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی برگزار گردید، شرکت نمودند. لازم به ذکر است که از گروه مداخله یک نفر از مادران در دو جلسه از برنامه حضور نداشت، لذا داده‌های ایشان از تحلیل کنار گذاشته شد و از گروه کنترل نیز یکی از مادران در جلسه پس‌آزمون حاضر نشد، بنابراین داده‌های حاصل از ۲۸ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) در تحلیل نهایی وارد شدند. همچنین بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه کنترل نیز به مدت سه جلسه در برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت نمودند. قابل

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	موضوع	خلاصه جلسات
اول	فرزندپروری خودکار	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، بیان رابطه بین استرس و تغییرات، تمرین خوردن کشمش، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی (ایجاد وقفه قبل از عمل، در نظر گرفتن فرزند به مثابه کشمش)، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول
دوم	فرزندپروری با ذهنی مبتدی	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، کشف تجربیات مثبت در رابطه فرزند-والد، ثبت وقایع خوشایند در این رابطه، تمرین نگرش همراه با مهربانی و بدون قضاوت نسبت به فرزند و مشکلات رفتاری او، تمرین مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی
سوم	برقرار کردن ارتباطی جدید با بدن به عنوان یک والد	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از حواس پنجگانه، آگاهی از رویدادهای خوشایند، آگاهی از حس‌های بدنی هنگام تجربه استرس فرزندپروری، تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیتی ذهن آگاهانه با فرزند)
چهارم	واکنش در مقابل عدم واکنش به استرس فرزندپروری	تمرین برگ‌های روی رودخانه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از استرس فرزندپروری و پذیرش آن، چگونگی تشدید استرس توسط افکار، روشن کردن معایب و مزایای واکنش و عدم واکنش به استرس، انجام مراقبه نشسته، تنفس عمیق و آگاهانه به مدت سه دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تعیین تکلیف خانگی
پنجم	طرحواره‌ها و الگوهای فرزندپروری	چهل دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، بازنمایی الگوهای فرزندپروری کودکی والدین، چگونگی تأثیر کیفیت فرزندپروری والدین مادران بر نوع و کیفیت فرزندپروری اکنون آن‌ها، پاسخ دادن مهربانانه به احساسات قوی و خشن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری تمرین، قدم زدن با ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی
ششم	تعارض و فرزندپروری	تمرین وارسی بدنی، تمرین قدم زدن با آگاهی، بازنگری تکلیف خانگی، بررسی تضادهای والد-فرزند، دیدن موقعیت تعارضی به عنوان یک موقعیت چالش‌برانگیز به جای یک موقعیت استرس‌زا و دشوار، افزایش آگاهی و پاسخ همراه با مهربانی به تجارب عاطفی مشترک با فرزندان، تمرین سه دقیقه تنفس عمیق و آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی
هفتم	عشق و محدودیت‌ها	تمرین سه دقیقه تنفس عمیق و آگاهانه، بازنگری تکلیف خانگی، دوست داشتن همراه با مهربانی، خود-دلسوزی، قرار دادن محدودیت‌ها و مشخص کردن مرزها به صورت آگاهانه، آماده شدن برای اتمام دوره، تمرین وارسی بدنی، تعیین تکلیف خانگی.
هشتم	فرزندپروری ذهن آگاهانه	تمرین دیدن یا شنیدن ۵ دقیقه، مراقبه نشسته، مراقبه عشق ورزیدن، تمرین عشق ورزیدن، بازنگری تکلیف خانگی، استفاده از بینش و درون‌نگری برای تغییر نگرش به زندگی و فرزندان، پیش‌بینی موانع احتمالی عدم موفقیت و پیشرفت در آینده، بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله برابر با $۱/۰۶ \pm ۲۹/۴۵$ (دامنه ۲۳-۳۵ سال) و در گروه کنترل برابر با $۱/۱۵ \pm ۲۸/۹۵$ (دامنه ۲۲-۳۶ سال)

داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۳، و با آزمون‌های کولوموگروف-اسمیرنوف، لون و تحلیل کوواریانس یک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

($p > 0.05$). ولی میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون یکسان نیست و تفاوت‌هایی با هم دارند (جدول ۲). به این صورت که نمره‌های گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی اضطراب و نگرانی بهبود یافته است.

تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم در گروه مداخله به ترتیب برابر با ۶ و ۸ نفر و در گروه کنترل برابر با ۹ و ۵ نفر بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از این است که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و نگرانی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند

جدول ۲- ویژگی‌های توصیفی دو گروه مداخله و کنترل در نمرات اضطراب و نگرانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	P	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
مداخله	اضطراب	۹/۱۶ ± ۲۴/۳۵	۰/۶۱۴	۹/۱۳ ± ۲۰/۴۲
	نگرانی	۹/۷۸ ± ۵۲/۸۵		۸ ± ۳۴/۷۸
کنترل	اضطراب	۱۰/۱۹ ± ۲۳/۵۷		۱۰/۳۶ ± ۲۲/۷۵
	نگرانی	۹/۲۹ ± ۵۳/۶۴	۰/۸۲۳	۸/۹۰ ± ۵۱/۲۸

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

مقادیر ($p > 0.05$) مورد تأیید قرار گرفت، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

برای آزمودن این فرض که آموزش فرزند پروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و نگرانی تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳، آورده شده است.

برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنی‌دار از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون M باکس با

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیرهای وابسته

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون اضطراب	۲۴۰۴/۰۸	۱	۲۴۰۴/۰۸	۲۴۰۴/۰۸	۷۸۲/۸۳	*۰/۰۰۱	۰/۹۶
اضطراب	۱۰۷/۵۰	۱	۱۰۷/۵۰	۱۰۷/۵۰	۳۵	*۰/۰۰۱	۰/۵۸
خطا	۷۶/۷۷	۲۵	۷۶/۷۷	۳/۰۷	-	-	-
پیش‌آزمون نگرانی	۲۳۶/۱۸	۱	۲۳۶/۱۸	۲۳۶/۱۸	۳/۶۲	۰/۰۶۱	۰/۱۲
نگرانی	۱۸۴۵/۵۰	۱	۱۸۴۵/۵۰	۱۸۴۵/۵۰	۲۸/۳۵	*۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۱۶۲۷/۰۳	۲۵	۱۶۲۷/۰۳	۶۵/۰۸	-	-	-

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود علائم اضطراب و نگرانی در گروه مداخله شد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج بیانگر این است که بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمره کلی اضطراب و نگرانی تفاوت معنی‌داری ($p < 0.001$) وجود دارد. به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمره کلی اضطراب (۰/۵۸) و نگرانی (۰/۵۳) بود. بنابراین برنامه آموزش

فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس فرزندپروری در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال برونی-ساز و کاهش رفتارهای برونی‌سازی در کودکان این گروه نمونه می‌شود [۳۱]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق نظریه Teasdale و همکاران ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود و افرادی که مستعد هیجانات منفی هستند ذهنشان دائماً معطوف به افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این نیز به نوبه خود منجر به تداوم و تشدید بیشتر این هیجانات می‌شود [۳۲]. ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات و هیجانات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و دیگر تجارب درونی، همانگونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. بنابراین می‌تواند به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کمک نماید که بتوانند پذیرشی بدون قضاوت نسبت به فرزند خود و رفتارهای آن‌ها داشته باشند، و آگاهی آن‌ها از رفتارها و هیجانات خود قبل از اینکه به رفتار کودک پاسخ دهند افزایش یابد، که این امر به نوبه خود مانع از تکرار چرخه بدرفتاری کودک می‌شود، از این رو، آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در تعدیل نمرات اضطراب و نگرانی این گروه از مادران نقش بسزایی داشته باشد. همچنین آگاهی لحظه به لحظه از تجارب، احساس زنده‌تر و مؤثرتری از زندگی فراهم می‌کند و همچنان که تجارب فعال‌تر و روشن‌تر می‌شوند، ادراک‌ها صحیح‌تر و عمل مؤثر در جهان فراهم می‌شود که منجر به حس کنترل بیشتر در فرد، و در نهایت روابط اجتماعی اثربخش‌تر می‌شود [۳۳].

آموزش ذهن آگاهی از طریق فرایند تنظیم هیجان باعث کاهش علائم جسمانی که معمولاً با تجربه اضطراب و نگرانی همراه است، می‌شود. به این صورت که، آموزش ذهن آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی، واریسی بدن و ذهن آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، که دائم رفتارهای تکانشی، بیش‌فعالی از خود نشان می‌دهند، می‌تواند میزان تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی آنان را کاهش دهد. زیرا آن‌ها با آگاه شدن از احساسات بدنی و جسمانی خویش در

مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بود. نتایج حاکی از این است که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش معنی‌دار اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه شده است. پژوهش‌های کمی در رابطه با کارایی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در برنامه‌های فرزندپروری وجود دارد، به گونه‌ای که استفاده از ذهن آگاهی در بافت خانواده و به طور ویژه در رابطه والد-فرزند، از کاربردهای جدید ذهن آگاهی می‌باشد [۱۸، ۱۷]. با این وجود، نتایج این مطالعه می‌تواند در راستای تحقیقات زیر باشد:

Turpyn و Chaplin در مطالعه خود به منظور بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ابراز هیجان و تعارضات والد فرزندی در والدین دارای نوجوان دارای مشکلات رفتاری، به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه آموزشی منجر به افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی در والدین و کاهش تعارضات والد فرزندی می‌شود [۱۵]. نتیجه مطالعه Duncan و Baradacke که اثربخشی برنامه زایمان و فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار را بررسی نمودند، نشان داد اجرای برنامه فرزندپروری و زایمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و عاطفه منفی در زنان باردار می‌شود [۲۹]. در مطالعه‌ای که توسط Coatsworth و همکاران انجام شد، کارآمدی برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای نوجوان و کیفیت رابطه والد-نوجوان در نوجوانان در معرض خطر رفتاری و والدین آن‌ها مورد آزمون قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت رابطه والد-نوجوان گردید [۱۴]. Ahmad و Rayan اثربخشی برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در بین والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه آموزشی منجر به افزایش کیفیت زندگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم می‌شود [۳۰]. همچنین در مطالعه دیگری Bogels و همکاران به این نتیجه رسیدند که برنامه

کمبود توجه، و همچنین بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی دیگر مشکلات روان‌شناختی از جمله تعارض‌های زناشویی و رابطه والد-فرزند اشاره نمود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، استفاده از برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند موجب کاهش اضطراب و نگرانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه شود. بنابراین می‌توان این برنامه آموزشی را در مراکز آموزشی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، و همچنین دیگر مراکز مربوط به آموزش خانواده و سلامت جامعه، به کار برد.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده نسرین السادات حسینی رمقانی و نگارش و اصلاحات مقاله به عهده مسعود صادقی بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم آموزش و پرورش و مدارس سطح شهرستان نورآباد و همچنین مادران گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات و هیجانات فیزیکی و جسمانی بالا برده و این امر منجر به کاهش گزارش تنش‌های جسمانی و در نتیجه آن، کاهش احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه‌ای می‌شود که می‌توانست شروع کننده یک چرخه معیوب رفتاری در رابطه مادر-فرزند شود [۸]. از طرف دیگر، توضیح درمورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه درمورد خودشان و چه کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه به خاطر مقصر بودن و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. این امر، با کاهش احساسات منفی مانند نگرانی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آن‌ها را افزایش می‌دهد [۳۴].

بنابراین آموزش فرزند پروری همراه با تمرین‌های ذهن آگاهی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کمک می‌کند تا نسبت به هر نوع احساس استرس و اضطرابی که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه باشند و بدون تلاش در جهت مقابله با آن‌ها یا استفاده از هر راهبرد سرکوب‌گرایانه دیگر، تجارب هیجانی خود را بشناسند، بپذیرند و احساس کنند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی کشف شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناخوشایند به جای اجتناب یا پاسخ دادن و تحلیل کردن آن‌هاست [۳۵].

محدود نمودن نمونه به گروه مادران دارای دختر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، و نداشتن مرحله پیگیری آموزش، از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. از جمله پیشنهادات این پژوهش می‌توان به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی دیگر برنامه‌های آموزشی فرزندپروری بر روی مشکلات مرتبط با سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-

Reference

1. Alijani A, Rahmana M & Ghahari Sh. The effectiveness of mother's cognitive- behavioral group interventions on the number of ADHD children's behavioral problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013; 84, 874-8.
2. Asherson P. ADHD across the lifespan. *Medicine* 2016;44(11):683-6.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013: 59-65.
4. Tseng W-L, Kawabata Y, Gau SS-F. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *CPHD* 2011;42(2):134-51.

5. Biederman J, Monuteaux MC, Doyle AE, Seidman LJ, Wilens TE, Ferrero F, et al. Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *JCCP* 2004;72(5):757-66.
6. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(11):1285-92.
7. Marmorstein NR. Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *JAD* 2007;21(3):420-32.
8. Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *JCFS* 2015;24(1):76-94.
9. Kushan M, BEHNAM VH. Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary schoolers in sabzevar. *JSUMS* 2002;84(22):40-6. [Persian]
10. Bayrami M. The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles. *JFMH* 2009; 11(42): 105-14. [Persian]
11. Theule J, Wiener J, Rogers MA, Marton I. Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *JCFS* 2011;20(5):640-7.
12. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *RDD* 2013;34(3):1036-43.
13. Dean C, Myors K, Evans E. Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. *AJAMH* 2003;2(3):179-90.
14. Coatsworth JD, Duncan LG, Greenberg MT, Nix RL. Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *JCFS* 2010;19(2):203-17.
15. Turpyn CC, Chaplin TM. Mindful Parenting and Parents' Emotion Expression: Effects on Adolescent Risk Behaviors. *Mindfulness* 2016;7(1):246-54.
16. Orzech KM, Shapiro SL, Brown KW, McKay M. Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *JPP* 2009;4(3):212-22.
17. Davis TS. Mindfulness-based approaches and their potential for educational psychology practice. *Educational psychology in practice* 2012;28(1):31-46.
18. Bögels S, Restifo K. *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. 1nd ed. New York: Springer; 2014: 313-15.
19. Durukan I, Erdem M, Tufan AE, Congologlu A, Yorbik O, Turkbay T. Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. *AJP* 2008;9:217-23.
20. Bamber MD, Schneider JK. Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *ERR* 2016;18:1-32.
21. Bakhshi S, Najati V, Rezayi S, Hekmati I. Epidemiology of attention deficit/hyperactive disorder among third grade primary school students of Rasht, 2007-2008. *Hakim* 2012; 14 (4): 203- 10. [Persian]
22. Ghadampour E, Gholamrezaei S, Radmehr P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing social anxiety and depression in adolescents suffering comorbidity social anxiety and depression to 60 day follow up. *J Urmia Univ Med Sci* 2016; 26 (12):1028-40. [Persian]
23. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *JACP* 1998;26(4):257-68.
24. Alizade H. A theoretical explanation on attention deficit/hyperactivity disorder: inhibition model and nature of self- control. *REC* 2005; 5(3): 323-48. [Persian]
25. Fresco DM, Heimberg RG, Mennin DS, Turk CL. Confirmatory factor analysis of the Penn State worry questionnaire. *BRT* 2002;40(3):313-23.
26. Borjali A, Sohrabi F, Dehshiri G, Golzari M. Psychometrics particularity of farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Applied Psychology* 2010;4(1):67-75. [Persian]
27. Beek A, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *JCCP* 1988;56(6):893-7.
28. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *TUMS* 2009;67(5):379-85. [Persian]
29. Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. *JCFS* 2010;19(2):190-202.

30. Rayan A, Ahmad M. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *RDD* 2016;55:185-96.
31. Bögels SM, Hellemans J, van Deursen S, Römer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness* 2014;5(5):536-51.
32. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *JCCP* 2000;68(4):615-23.
33. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice* 2003;10(2):125-43.
34. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry* 2007;18(4):211-37.
35. Stahl B, Goldstein E. *A mindfulness-based stress reduction workbook*. 1st ed. Oakland: New Harbinger Publications; 2010: 56-141.

The Effectiveness of Mindfulness-based Parenting Training on the Anxiety and Worry of Mothers who have Children with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder

Sadeghi M¹, Hosseini Ramaghani N²

1-Assistant Professor, Dept of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

2- PhD Student in Psychology, Dept of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran. (Corresponding Author)

Email: nasrin.ramaghani@gmail.com , Tel: 06633120097

Received: 11 December 2016

Accepted: 28 June 2017

Introduction: Mothers who have children with attention-deficit/hyperactivity disorder experience greater problems related to mental health including anxiety and worry. In this regard, the aim of this study was to evaluate the efficacy of a mindfulness-based parenting training on the anxiety and worry of mothers who have children with Attention-deficit/hyperactivity disorder.

Materials and Methods: This Quasi-experimental study was conducted with a pre-test/post-test control group. For this purpose, 30 mothers of girls with Attention-deficit/hyperactivity disorder were randomly assigned to experimental and control groups. Using purposive sampling method. The Conners Parent Rating Scale and clinical interviews were used for screening and the anxiety inventory and Pennsylvania State Worry Questionnaire were used to collect data in two conditions [pretest and posttest]. Mindful Parenting course was implemented for the experimental group in 8 sessions of 2 hours each. Data were analyzed using ANCOVA.

Results: Results of ANCOVA showed that the mindful parenting course resulted in a statistically significant difference between pre-and post-test scores so that the experimental group had a lower rate of anxiety and worry ($p < 0/001$).

Conclusion: Considering the results of this study, the mindful parenting course may be effective in reduction of anxiety and worry in mothers who have children with attention-deficit/hyperactivity disorder, this training course would be beneficial for mothers of children with this disorder.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder, Mindful parenting program, Anxiety, Worry

Please cite this article as follows:

Sadeghi M, Hosseini Ramaghani N. The Effectiveness of Mindfulness-based Parenting Training on the Anxiety and Worry of Mothers who have Children with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. *Community Health journal* 2017; 10(4): 1-11.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from Lorestan University.