

اثر بخشی روش ذهن آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی

تاریخ پذیرش مقاله: 91/10/26

تاریخ دریافت مقاله: 91/10/6

زهرا سادات مطهری *

دکتر خدابخش احمدی **

دکتر علی اکبر سلیمانی ***

سمانه بهزادپور ****

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی مداخله به روش ذهن آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعال انجام شد. طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی و به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند بیش فعال مراجعه کننده به خانه‌های سلامت منطقه 21 شهرداری شهر تهران بودند. نمونه مورد مطالعه شامل 24 مادر بودند که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. از مقیاس سنجش اختلال نقص توجه - بیش فعالی و مقیاس استرس زناشویی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایش 8 جلسه 2 ساعته ذهن آگاهی را به صورت هفتگی دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله مشخصی را دریافت نکردند. در پایان، هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند (پس آزمون). داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به طور معناداری بر استرس زناشویی مادران دارای کودکان بیش فعال مؤثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری ($p < 0/05$) را در استرس زناشویی نشان دادند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان روش مداخله‌ای ذهن آگاهی را به عنوان یک روش مؤثر در کاهش استرس زناشویی مادران دارای

* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
zahra_motahary@yahoo.com

** دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
kh_ahmady@yahoo.com

*** استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
solaymani64@yahoo.com

**** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
samaneh_behzadpoor@yahoo.com

کودک مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی و افزایش سطح سلامت این مادران پیشنهاد داد.

کلید واژه: ذهن آگاهی، استرس زناشویی، نقص توجه، بیش فعالی

Archive of SID

اختلال نقص توجه - بیش فعالی⁵، به عنوان الگوی تکراری بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی توصیف شده است که غالباً شروع آن قبل از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000؛ DSM-IV-TR). تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده 5-3/5 درصد از کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد (انستیتوی ملی سلامت روان⁶، 2008). در واقع طبق نتایج مرکز کنترل بیماریها در ایالات متحده، تقریباً 4/4 میلیون نفر از کودکان 4-17 ساله تشخیص این اختلال را دریافت کرده اند (مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها⁷، 2005). این اختلال در اکثر مراجعان بالینی که طی دوران کودکی این تشخیص را دریافت کرده اند، تا بزرگسالی تداوم می یابد (بارکلی⁸ و همکاران، 2005). مطالعه لارا⁹ و همکاران (2009) نشان داد که تقریباً 50 درصد از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی ملاکهای کامل اختلال را در بزرگسالی نیز نشان می دهند. پیشینه های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می گذارند (شکوهی یکتا و زمانی، 1387). نتایج پژوهش زمینه یابی در گستره وسیعی از اروپا نشان داد که والدین کودکان بیش فعال گزارش کردند که اختلال بیش فعالی تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تاثیر قرار می دهد (کوگیل¹⁰ و همکاران، 2008). کرونیس¹¹ و همکاران (2007) اظهار کرده اند که آسیب والدین و رفتار والدینی عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به بیش فعالی می باشند. از طرفی زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای خانواده درک شده و می تواند همه جنبه های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. تحقیقات نشان داده اند که والدین کودکان مبتلا به دلیل این که چالش های والدگری بیشتری رو به رو هستند استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند (روشن بین و همکاران، 1386).

بر طبق مطالعه ی بک و دیگران (1990) نشان داده شده است که مادرانی که پسران آنها درجه ی بیشتری از فزون کنشی داشتند به طور مشخص تنش بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزمن یا درجه ی کمتری از فزون کنشی دارند، تجربه می کنند. اغلب والدین کودکان بیش فعال مشکلات زناشویی داشته و سطوح بالایی از استرس و تعارضات بین فردی را گزارش می کنند. این والدین استرس بیشتر و رضایت کمتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند (کاکاوند، 1385). پژوهش ها میان استرس خانوادگی (فلن و همکاران، 1991)، ناسازگاری زناشویی (استراوینسکی و همکاران، 1995؛ فوترمن و همکاران، 1990؛ کرودر، 1985)، نارضایتی زناشویی (دیمیتروفسکی و همکاران، 2002) رابطه مثبت پیدا کرده اند. در واقع استرس زناشویی به عنوان موقعیتی تعریف شده است که در آن همسران، مشکلات ارتباطی و حل مساله را تجربه می کنند، در حالی که در جستجوی راه حل هستند، با یکدیگر زندگی می کنند و به سختی تفاوت های دیگری را می پذیرند (مید، 2002؛ نقل از شعاع کاظمی و همکاران 1390). استرس زناشویی فرایند چند عاملی است که شامل محیط خانواده، تجارب شخصی، راهبردهای

⁵. Attention Deficit/hyperactivity Disorder

⁶. National Institute of Mental Health

⁷. Center for Disease control and prevention

⁸. Barkley

⁹. Lara

¹⁰. Cohghill

¹¹. Chronis

مقابله، و مجموعه‌ای از پاسخ عصبی-غددی، سیستم خودکار، قلبی-عروقی و سایر پاسخ‌های منظم فیزیولوژیک است (هولمز¹² و همکاران، 2006). استرس به طور منفی و معنادار بر روابط زناشویی اثر می‌گذارد (بیلر، 2000؛ یلسما و مارور، 2003). شمسی پور، بشارت، صادقیان (1384) در پژوهش خود نشان دادند که وجود استرس یا فشار روانی بالا در روابط زناشویی زنان با افزایش علائم افسردگی همراه است. این یافته با پژوهش بالوگ و همکاران (2003) و فلن و همکاران (1991) همسو است. لایبرمن و پرلین (1978) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زنان نسبت به مردان در برابر عوامل استرس‌زای زناشویی بیشتر زخم پذیر هستند و استرس‌های زناشویی بر آنها تاثیر بیشتری می‌گذارد. شور و گو¹³ (2007) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی آشفتگی روانشناختی بیشتر گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند. در واقع اکنون شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مشکلات زناشویی با آشفتگی هیجانی و سلامت ضعیف زنان رابطه دارد (به طور مثال، اورث گومر¹⁴ و همکاران، 2000؛ اریکالین¹⁵، 2002). شدت این اختلال بر عملکرد خانواده تاثیر متفاوتی دارد زیرا گوستافسون¹⁶ و همکاران (2008) در پژوهش خود نشان دادند که خانواده‌های دارای کودکان با رفتارهای شدید، در مقایسه با خانواده‌های دارای کودکان با رفتارهای متوسط این اختلال، بد عملکردی بیشتری نشان دادند. اکثر این کودکان از لحاظ عاطفی نیز بی‌ثبات هستند به این معنی که به طور ناگهانی خلقشان تغییر می‌کند و والدین اظهار می‌دارند کودکان چگونه به سرعت از خوب به بد و مجدداً به خوب تغییر خلق می‌دهد. بنابراین، کودکانی که مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی 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 به زنگ هستند، چون کودک در هر لحظه ممکن است یک انفجار عاطفی نشان دهد (مش و جانسون، 2003) در نتیجه این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده نیز تاثیر می‌گذارد. علائم و نشانه‌های اختلال ADHD می‌تواند تعامل والدین و عملکرد خانواده را تحت تاثیر قرار دهد این کودکان ناراحتی‌های بسیاری برای والدین ایجاد می‌کنند و درواقع والدین می‌کوشند، که تحملشان کنند. با در نظر گرفتن این شواهد، اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی، بیش از پیش ضرورت دارد. یکی از روشهای جدید که می‌تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله‌ای ذهن آگاهی است که از جمله شیوه‌های رویکرد شناختی و رفتاری تلقی می‌شود. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی¹⁷ به عنوان یکی از درمانهای شناختی - رفتاری نسل سوم یا موج سوم¹⁸ قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه¹⁹ است که ریشه در تعالیم و آئین‌های مذهبی شرقی دارد (اوست²⁰، 2008). کابات-زین²¹ ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون

¹². Holmes

¹³. Shure & Gaue

¹⁴. Orth-Gomer

¹⁵. Erica-Lynn

¹⁶. Gustafsson

¹⁷. Mindfulness-based Interventions

¹⁸. Third Wave

¹⁹. Meditation

²⁰. Ost

²¹. Kabat-Zinn

قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است (به نقل از سگال، ویلیامز و تیزدل²²، 2002). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی²³ خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن²⁴ و دیگری بودن²⁵، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال و همکاران، 2002). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثر بخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماریهای جسمانی گزارش شده است. در دو دهه‌ی اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده‌اند (بائر²⁶، 2006)، که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تاکید می‌کنند. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز که در آن فرد توجه خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی و غیره در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می‌کند. ذهن آگاهی معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود (برون و ریان، 2003). ذهن آگاهی می‌تواند در رها سازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. نکته مهم دیگر این است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل بلافصل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (زایدن²⁷ و همکاران، 2010). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تاثیر دارد (بهلمیجر²⁸ و همکاران، 2010) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می‌شود (گلدین و گروس²⁹، 2010). همچنین مطالعات نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل³⁰ و همکاران، 2010)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو³¹ و همکاران، 2003)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه‌های فیزیکی پایین (کیویت³² و همکاران، 2008) موثر بوده است. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیش‌گیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پس از استرس ضربه‌ای³³ و سایر اختلالات موثر می‌باشد (لیچ³⁴، باون³⁵ و مارلات، 2005). مارتین و گارسیا (2010) در یک مطالعه شبه آزمایشی بررسی کردند که چطور ذهن آگاهی، کاهش استرس را در گروه متخصصان سلامت تسهیل می‌کند. نمونه متشکل از 29 متخصص بود که خواستار برنامه ذهن آگاهی بودند. نتایج بعد از مداخلات 35% کاهش استرس، 30% کاهش

22. Segal, Williams & Teasdal

23. Mental Gear

24. Doing

25. Being

26. Baer

27. Zeidan

28. Bohlmeijer

29. Goldin & Gross

30. Flugel

31. Shapiro

32. Keiviet

33. posttraumatic stress disorder

34. Leigh

35. Bowen

نشخوار و 20% کاهش در احساسات منفی را نشان داد. نتایج در پیگیری سه ماهه بعد همچنان ثابت بود. که با نتایج پژوهش‌های راسمن، نیمان، سکمیت و ولایش³⁶ (2004) سالتوری (2009)؛ اسمیت (2009)؛ ایرونیک، دوبکین و پارک، (2009)؛ و هانکین (2009) همسو می‌باشد.

می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی 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، می‌تواند باعث شود که فرد توانایی‌های خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله کند، از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. با توجه به این موضوع، برآن شدیم در این پژوهش از این روش درمانی جهت کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند بیش فعال استفاده کنیم.

این پژوهش می‌تواند به سهم خود باعث تقویت علم روانشناسی شود و نتایج آن علاوه بر تقویت پژوهش‌های روانشناسی، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان مادران دارای فرزند بیش فعال از طریق برجسته نمودن اثربخشی این آموزش برای روانشناسان و مشاوران مشغول به فعالیت در این حوزه، داشته باشد. همچنین این پژوهش می‌تواند روابط زوجین دارای فرزند بیش فعال را بهبود بخشد و به نوبه خود باعث کاهش رفتارهای مخرب ثانویه کودک از جمله لجاجتی، پرخاشگری و... شود و سلامت روانی و عملکرد سالم را در فضای کلی خانواده ایجاد کند. فرضیه این پژوهش این است که مداخله به روش ذهن آگاهی استرس زناشویی را در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی کاهش می‌دهد.

³⁶. Grossman, P, Niemann, L., Schmidt, S, & Walach, H

روش

روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و با بهره گیری از طرح تحقیق پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل با جایگزینی تصادفی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند پسر بیش فعال مراجعه کننده به خانه های سلامت شهرداری شهر تهران می باشند که حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشته و از زمان ازدواج آنها 5 تا 15 سال گذشته باشد. در این پژوهش، مادرانی که کودک آنها، ابتدا توسط روانپزشک یا کارشناس روانشناسی بالینی، تشخیص اختلال بیش فعال را مبتنی بر ملاک تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا³⁷، 2004) دریافت کردند، به شرکت در پژوهش دعوت شدند، سپس این مادران پرسشنامه ی سنجش اختلال نقص توجه-بیش فعالی را تکمیل نمودند و اگر کودک آنها نمره لازم را بدست آورده بود، به آنها پرسشنامه استرس زناشویی داده شد که تکمیل کنند. از بین کل مادران شرکت کننده در پژوهش 24 مادری که حداقل یکی از فرزندان آنها مبتلا به اختلال بیش فعالی است، به صورت در دسترس انتخاب گردید. از بین این 24 نفر، 12 نفر از مادران به صورت تصادفی انتخاب شدند که گروه آزمایش را تشکیل می دادند و 12 نفر دیگر در گروه کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش در معرض مداخله ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت بعد از اتمام مداخله به روش ذهن آگاهی، مجددا پرسشنامه های مذکور از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است:

1) مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش فعالی: مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش فعالی یک پرسشنامه 14 سوالی است، که بر اساس ملاک های تشخیصی اختلال نقص توجه-بیش فعالی در متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، 2000؛ DSM-IV-TR) تهیه شده است که هر سه ویژگی بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری را می سنجد و توسط معلم و یا والدین کودکان تکمیل می گردد. این پرسشنامه چهار گزینه ای است، که به این صورت نمره گذاری می شود: هرگز (0)، فقط کمی (1)، تقریباً زیاد (2)، خیلی زیاد (3). بنابراین حداکثر نمره (42) و حداقل آن (0) می باشد (محمدی و همکاران، 1386). برای تشخیص اختلال بیش فعالی در این پژوهش، باید مجموع نمره ی کل پرسشنامه 16 به بالا باشد و همچنین آزمودنی باید به 5 سوال از سوالهای مقیاس تکانه ای-بیش فعالی، پاسخ های تقریباً زیاد و یا خیلی زیاد، داده باشد. روش نمره گذاری به این شرح است که از مجموع 14 سوال، سوالات ۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴ مربوط به نقص توجه-بیش فعالی و سوالات ۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴ به تکانه ای-بیش فعالی مربوط است.

اعتبار این مقیاس در این پژوهش با الفای کرونباخ 0/79 بدست آمد و پایایی آزمون و باز آزمون آن طی دو ماه، 0/94 است که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

2) مقیاس استرس زناشویی استکهلم-تهران (STMSS): مقیاس STMSS یک مصاحبه ساخت دار برای اندازه گیری استرس زناشویی است که توسط اورث گومر³⁸ و همکاران (2000) برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماریهای قلبی ساخته شد. در عین حال می توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات در حوزه روانشناسی سلامت و طب رفتاری نیز استفاده نمود. مقیاس اصلی دارای 17 سوال است که به صورت صفر و یک نمره گذار می شود. حداقل نمره این مقیاس صفر و حداکثر آن 27 است. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد،

³⁷. American Psychiatric Association

³⁸. Orth-Gomer

استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران (2000) همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = 0/77) و اعتبارسازه³⁹ آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت‌بخش توصیف کرده‌اند. فرم ایرانی این مقیاس توسط بشارت، شمسی پورو براتی (1385) ترجمه و اعتباریابی شد. فرم ایرانی مقیاس استرس زناشویی دارای 15 گویه است. پنج گزینه‌ی «بسیار زیاد»، «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «بسیار کم» به ترتیب برابر است با 5، 4، 3، 2، 1 نمره هر آزمودنی را از 23 (حداقل) تا 115 (حداکثر) مشخص می‌نماید. (دو مورد از سوالهای این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سوالها به 23 می‌رسد). ضریب همبستگی بین نمره‌های مقیاس استرس زناشویی برای نمونه دوم در نوبت یا فاصله دو تا چهار هفته به (n=36) منظور سنجش اعتبار بازآزمایی این مقیاس برای میانگین کل استرس زناشویی، 0/78 بدست آمده است که در سطح (p<0/001) معنی‌دار بود و نشانه اعتبار بازآزمایی خوبی برای این مقیاس است. برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی از ضریب آلفای کرونباخ نمره‌های آزمودنی‌های نمونه اول (n=60) استفاده شد و این ضریب برای مقیاس 0/91 گزارش شده که نشانه همسانی درونی بالای این آزمون است. اعتبار همزمان فرم فارسی پرسشنامه مقیاس استرس زناشویی با استفاده همزمان از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ-راست⁴⁰ 55 مقیاس افسردگی بک 56 بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی آزمودنی‌ها و نمره آنها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت (0/53 و 0/41) وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح (p<0/001) معنی‌دار بودند. طبق نتایج بشارت و همکاران فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی از اعتبار کافی برخوردار است. فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی پایایی و اعتبار لازم در نمونه‌های ایرانی را داراست. با استناد به یافته‌های فعلی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت و همکاران، می‌توان از این ابزار ارزشمند در پژوهش‌های مربوط به استرس‌ها و مشکلات زناشویی زوجین استفاده نمود. دو سوال آخر این پرسشنامه در مورد میزان تاثیر بیماری قلبی در روابط جنسی آزمودنی است که در این پژوهش حذف گردید. بنابر این حداکثر نمره 105 و حداقل آن 21 می‌باشد. روش آموزش ذهن آگاهی در طی 8 جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ساعت به طول انجامید. جزئیات جلسات ذهن آگاهی به شرح جدول زیر است:

³⁹. construct validity

⁴⁰. Golombok-Rust

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
1	هدایت خودکار	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول.
2	رویارویی با موانع	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته 10 تا 1 دقیقه.
3	حضور ذهن از تنفس	تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، 30 تا 40 دقیقه در حالت مراقبه‌ی بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری قدم زدن با ذهن آگاهی.
4	ماندن در زمان حال	تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، 40 دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
5	اجازه/مجوز حضور	چهل دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن.
6	افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته 40 دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
7	مراقبت از خود	40 دقیقه مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
8	استفاده از آموخته‌ها	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لوین استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد نمونه 34/5 و تحصیلات 79/2 درصد آنها دیپلم بود. میانگین مدت ازدواج افراد نمونه 13/79 و بیشتر افراد نمونه دارای دو فرزند (58/3 درصد) و فرزند بیش فعالشان، فرزند اول خانواده بودند (70/8 درصد).

بررسی وضعیت توصیفی داده‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار پیش آزمون در گروه آزمایش به ترتیب 61/08 و 8/08 است و در گروه کنترل 60/33 و 8/8 می‌باشد و میانگین نمرات پس آزمون استرس زناشویی گروه آزمایش به صورت قابل توجه نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و این در حالی است که این نمره‌ها در گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است (جدول 1).

برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون لوین استفاده شد. میزان F بدست آمده برای پیش آزمون 0/13 و میزان پس آزمون 0/49 بود که به ترتیب با سطح معناداری $p=0/71$ و $p=0/49$ بود که از نظر آماری در سطح $p<0/05$ معنی دار نبودند بنابراین فرض مساوی بودن واریانس‌ها در مقیاس مذکور برقرار می‌باشد ($p>0/05$).

جدول 1: یافته‌های توصیفی نمرات استرس زناشویی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	گروه آزمایش	گروه کنترل
------------	-------------	------------

استرس زناشویی

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
61/08	8/08	60/33	8/80	پیش آزمون
47/92	9/36	62/42	9/93	پس آزمون

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که پیش‌آزمون استرس زناشویی بر نمره‌های پس‌آزمون تاثیر معنادار گذاشته است ($p < 0/05$) و مداخله پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تاثیر معناداری ($p < 0/05$) بر نمرات پس‌آزمون داشته است (جدول 2).

جدول 2: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح
پیش‌آزمون	1289/21	1	1289/21	35/59	0/001
گروه	1379/50	1	1379/50	38/08	0/001
خطا	760/61	21	36/22		
کل	76352	24			

بحث

هدف این تحقیق بررسی اثر بخشی مداخله به روش ذهن آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی بر آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استرس زناشویی تفاوت معنادار به لحاظ آماری وجود دارد و استفاده از روش مداخله‌ای ذهن آگاهی باعث کاهش معنی‌دار استرس زناشویی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته هماهنگ با یافته‌های گراسمن، نیمان، سکمیت و ولایش (2004)، لیچ، باون و مارلات (2005)، سالتوری (2009)، اسمیت (2009)، ایروونیک، دوبکین و پارک، (2009)، هانکین (2009)، کیویت و همکاران (2008)، مارتین و گارسیا (2010) و گلدین و گروس (2010) می‌باشد. و همچنین با پژوهش کابات زین (2003) مبنی بر اینکه فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامبخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد، همسو است.

این یافته با پژوهش رجیبی و ستوده ناورودی (1390) که به تاثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل پرداختند، نیز همخوان می‌باشد. زیرا یافته‌های پژوهش آنها حاکی بر آن بود که ذهن آگاهی رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد، از آنجایی که بین استرس زناشویی و رضایتمندی زناشویی رابطه منفی معناداری وجود دارد (آدیدر، 1990)، می‌توان نتیجه گرفت که این شیوه درمانی در کاهش استرس زناشویی نیز موثر باشد.

این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است. زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشد. از طرفی پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا

به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی وجود دارد (بیدرمن و همکاران، 2002؛ لانگ⁴¹ و همکاران، 2005؛ پریسمن⁴² و همکاران، 2006؛ اسکرودر⁴³ و همکاران، 2008) همچنین احساس ناکافی بودن در مورد والدگری در گذر زمان، به سایر بخش‌های خصوصی زندگی و روابط زناشویی والدین این کودکان گسترش پیدا می‌کند (روشن‌بین و همکاران، 1386). آنها اغلب یک سری احساسات پیچیده را مانند دلتنگی، ناامیدی، افسردگی، استرس را نیز تجربه می‌کنند. در نتیجه با وجود داشتن کودکی با علائم بیش‌فعالی طبیعی است که انتظار داشته باشیم این خانواده‌ها تحت تأثیر نشانه‌های اختلال کودک قرار گرفته، و مشکلات مادران این خانواده‌ها افزایش پیدا کند. در چنین شرایطی استرس در رابطه زناشویی زوجین و نشخوارهای فکری در ارتباط با حال و آینده خود، همسر و فرزند بیش‌فعالشان افزایش می‌یابد، بنابراین اهمیت مدیریت کردن بر ذهن بیش از پیش نمایان می‌شود. برای مدیریت ذهن لازم است افراد قوانین ذهن را به درستی شناخته و با مدیریت بر آن، از حداکثر توانمندی‌های خویش بهره‌برند. ذهن آگاهی راهکاری موثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. **ذهن آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم.** در حضور ذهن شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف می‌کند. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و در می‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد سوگیری‌های شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس را در فرد ایجاد و یا تشدید می‌کند. در ذهن آگاهی فرد با دقت بیشتری به افکار خود توجه می‌کند و بدون بیزاری یا قضاوت آنها را مورد بررسی قرار می‌دهد و علت وجود آنها را درمی‌یابد. تمرین حضور ذهن این توانایی را به فرد می‌دهد که دریابد «افکار صرفاً افکار هستند» و زمانی که می‌فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند راحت‌تر می‌تواند آنها را رها کند. علاوه بر این فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد را کنار بگذارد و به رهایی برسد. زمانی که فرد بتواند به این مهارت دست یابد، می‌تواند از مشکلات و موانع آگاهی داشته و راه‌های مناسبی را پیدا کند و در نتیجه استرس در رابطه خود با همسرش را کاهش دهد. بنابر این به نظر می‌رسد روش مداخله‌ای ذهن آگاهی را بتوان به عنوان یک روش موثر در کاهش استرس زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی و افزایش سطح سلامت این مادران پیشنهاد داد.

⁴¹. Lang

⁴². Pressman

⁴³. Schroder

- انجمن روانپزشکی آمریکا (2000). ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر شده (DSM-IV-TR) ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیسیناس (1386). تهران: انتشارات سخن. - بشارت، محمد علی؛ شمسی پور، حمید؛ براتی، نازنین. پایایی و اعتبار مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران (STMSS). مجله علوم شناختی. 1385؛ 19: 217-225.
- رجبی، غلامرضا؛ ستوده ناوردی، سید امید. (1390). تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، مجله علوم پزشکی گیلان، دوره 20، شماره 80، صص 83-91.
- روشن بین، مهدیه، پوراعتقاد، حمید رضا، و خوشابی، کتیون. (1386). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندی‌پروری مثبت بر استرس والدگری کودکان مادران 4-10 ساله کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی. فصلنامه خانواده پژوهی، 3 (10)، 556-572.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ جهانگیری، محمد مهدی؛ آخوندیان، فرزانه. (1390). بررسی مقایسه‌ای رابطه بین استرس زناشویی و سرد مزاجی زنان شاغل و غیر شاغل در رده های سنی 45-40 و 25-20 سال. مجله مطالعات روانشناختی، دوره 7، شماره 4، صص 75-85.
- شکوهی یکتا، م. و زمانی، ن. (1387) اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیر آموز. فصلنامه خانواده پژوهی، 15، 231-246.
- شمسی پور، حمید؛ بشارت، محمد علی؛ صادقیان، سعید. (1384). رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان مبتلا به بیماری کرونری قلب و زنان سالم. مجله روانشناسی و علوم تربیتی. سال 35، شماره 2، صص 21-37.
- کاکاوند، علیرضا. (1385). روانشناسی مرضی کودک. تهران: نشر ویرایش.
- محمدی، محمد رضا؛ مسگرپور، بیتا؛ سهیمی ایزدیان، الهه؛ محمدی، محمد. (1386) آزمون های روانشناختی و روان دارویی کودکان و نوجوانان. تهران: نشر طبیب تیمور زاده
- Ad-Ridder, L., (1990). Sexuality and marital quality among older married couples, In T. H. Brubaker(Ed). Family relation in later life, Beverly Hills,, CA: sage.
- Baer, R.A. (2006), Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier.
- Balog, P., Jansky, K., Leinewber,C. Blome,M.Wanmala,S.P.,& Orth-Gomer,K. (2003). "Deperssive symptoms relation to marital and eork stress in women with and without coronary disease: The Stockholm Female coronary risk study" *Journal of psychosomatic*, 54,113-119.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 279–289.
- Beck SJ, Young GH, Tarnowski KG. Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 88: 150-6.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of

exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32: 817–827.

- **Biller, D. K. (2000)**, An analysis of marital satisfaction Inventory-Revised (MSI-R) by global distress, gender and duration of marriage. *Dissertation Abstract International*, A: The humanities and social sciences. 60,4620.

- **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. *J Psychosom Res*. 68: 539-544.

- **Brown KW, Ryan RM**. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Psycho* 2003 Apr., 84(4): 822-48

- **Center for Disease control and Prevention (2005)**. Mental health in the united States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842–847.

- **Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., et al. (2007)**. Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attentiondeficit hyperactivity Disorder, *Developmental Psychology*, 43: 70-82.

- **Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J.(2008)**. Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.

-**Crowther, J. H. (1985)**. The relationship between depression and Marrital adjusment, a descriptive study. *The Journal if Nervous and Mental disease*, 173 (4), 227-237.

- **Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Shatner-zanani, I. (2002)**." Dimention of depression and perfectionism in pregnant women: Their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction"*journal of psychology*. 136(6), 631-646.

- **Erica Lynn, S.(2002)**."Genetic and environmental influences on associations between marital relationships and depression in women. *Dissertation abstracts international*: section B; The sciences & Engineering, 62, 5413.

- **Flugel Colle K, Vincent ACha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Reodler DL.(2010)** Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program *Complement Ther Clin Pract*.16:36-40.

- **Futterman. A: Gallagher. D., Thompson, L. W., Lovett, S, Gilewski, S. (1990)**. «Retrospective assessment of marital adjustment ang depression during the first 2 years of spousal bereavement». *psychology and aging*, 5, 277-283.

-**Goldin PR, Gross JJ.(2010)**, Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 10; 83-91.

- **Grossman, P., Neiman, L., Schmidt. S, Walach, H. (2004)**. Mindfulness-Based Stress Reduction and Health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic Research*, 57 (1), 35-43.

- **Gustafsson. P. et al (2008)**. ADHD Symptoms in Primary School Children, *Acta Paediatrica*, 97(3), 233-238.

- **Hankin, V. M. (2009)** «Mindfulness-Based Stress Reduction in couples facing multiple Sclerosis: Impact on self reported anxiety and uncertainty» PH.D in psychology city university of New York. (2009). [online]

<http://gradworks.umi.com/33/78/3378573.html>

- **Holmes SD, Krantz DS,Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ**. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide, *Prog Cardiovas Dis*. 2006; 49(2): 106-122.

- **Irving, J. A., Dobkin, P. L., Park, J.(2009).** Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice, Volume 15, Issue 2, May 2009, Pages 61-66.*
- **Kabat-Zinn, J.(2003),** Mindfulness-Based intervention in context: Past, present, and future, *clinical psychology: Science and practical, 10, 144-156.*
- **Kieviet- Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig H.(2008)** mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in well-being. *Patient Educ and Couns.(72): 436-442.*
- **Lange, G., Sheerin, D., & Carr, A. (2005).** Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy, 27:76–96.*
- **Leigh, J. Bowen, S. Marlatt GA. (2005).** Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Department of Psychology, University of Washington, 30(7):1335-41.*
- **Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009).** Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry, 65:46–54.*
- **Martin, A. A & Garcia, B. Gloria (2010) .** The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare Professionals. *The Spanish Journal of Psychology Vol. 13 No. 2, 897-905.*
- **Mash E J, Johnston B.** *Child Psychopathology.* New York; The Guilford Press, 2003.
- National Institute of Mental Health. (2008).** Attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>.
- **Orth-Gomer, K., Wamala, S. P.Horsten, M. Gustafson, K. S., Schneiderman, N., & Mittleman, M. (2000),**"Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease.The Stochholm female coronary risk study".*JAMA, 284 (23)-3008-3014*
- **Ost, L-G. (2008),** Efficacy of the third wave of Behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 49, 296-321.*
- Phelan, J., Schwartz, Z. E., Broment, E. J., Dew. M. A., Parkinson, D. K., Schiberg, H. C., Dunn, L. O., Blane, H., & Curtis, E. C. (1991).** *psychological Medicine, 21 (4): 992-1012.*
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T., et al. (2006).** Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45: 346–354.*
- **Salustri, M. E. (2009).** «Mindfulness-Based Stress Reduction to Improve Well-being Among Adolescent in an Alternative High School» PH.D Thesis in psychology. Hofstra university. [online]
<http://gradworks.umi.com/33/83/3383891.html>
- **Segal, Z.V., Williams, M. G., & Teasdale, J.D.(2002),** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression.*New York: Guilford Press
- **Schroder, V. M., Kelly, M. L. (2008).** Association between family environment, Parenting practice and executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal of Family and Child study. DOI 10.1007/s10826-008-9223-0.*
- **Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE.(2003)** The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. *J Psychosom Res. (54): 85-91.*

- **Shure, S., Gaue, F. (2007).** Parental and Family Factors for Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8): 688-696.

- **Smith, J. D. (2009)** «Mindfulness-Based Stress Reduction For women with PTSD surviving domestic violenc» PH.D THesis in psychology. Fielding Graduate university. [online]

<http://gradworks.umi.com/33/70/3370129.html>

-**Stravinsky. A., Trembly, M., & Verreault R. (1995).** "Marrital adjusment and depression", *Journal of psychopathology*, 28, 112-117.

- **Yelsma, P. & Marrow, S, (2003).** An Examination of couple difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *Journal of Family of Family communication*, 3, 41-62.

- **Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P.(2010)** Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.*19: 597-605.

Archive of SID

Effectiveness of Mindfulness on decreasing marital stress in ADHD children's mothers

Zahra sadat Motahhary*
khodabakhsh ahmady, Ph.D
Ali-akbar Soleymani, Ph.D
Samaneh Behzadpoor

Abstract

The purpose of this research was to Study of Effectiveness of Mindfulness on decreasing marital stress in Attention Deficit/ Hyperactive Disorder children's mothers. The design of the study was quasi-experimental, and of pretest- posttest with control group kind. The statistical population comprised mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) referred to houses of health in No. 21 of Tehran municipality. The research sample consisted of 24 mothers that were selected by the available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. ADHD assessment scale and Marital stress scale were used to gather data. The experimental groups received 8 eight two-hour sessions of mindfulness each week while the control group received no specific intervention. At the end, both were re-evaluated (post-test). Data were analyzed by analysis of covariance (ANCOVA). The results indicate that mindfulness training on marital stress of mothers of children with ADHD was significantly effective and mothers of the experimental group showed significant reduction ($p < 0/05$) in marital stress. According to these findings, mindfulness training is recommended to be used for reduction of stress marital and improving of mental health in mothers of children with ADHD.

Keywords: Mindfulness, Marital stress, Attention Deficit, Hyperactive Disorder

* M.A. Student of clinical psychology- Family therapy, university of science & culture, Tehran, Iran