

Effectiveness of Mindful Parenting Training to Mothers of Children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder to Improve the Internalized Problems of Mothers and Reduce the Externalized Problems of Their Children

Leila Merajifar¹, Mohsen Amiri*², Loghman Ebrahimi² 

1. MSc in Psychology Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran

2. PhD, Assistant Professor, Department of psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran

Received: 2019.September.08 **Revised:** 2019.October.10 **Accepted:** 2019.November.09 **Published Online:** 2019.November.13

ABSTRACT

Background and Aims: Considering the prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and its respective psychological problems for their parents and in particular their mothers, the present study investigated the effectiveness of training mindful parenting on improving internalizing behaviors of mothers (e.g. Depression and Anxiety) and externalizing behaviors (Rule Breaking Behavior, Aggressive Behavior) of their kids.

Materials and Methods: A quasi-experimental study with pre-test and post-test design and control group was carried out on 30 mothers whose children were diagnosed with ADHD chosen through convenient sampling and randomly divided into experimental and control groups. Depending on the exit criteria for absence in more than one session, the group experienced a decline and the results were analyzed for 24 mothers. The research instruments were CSI-4 (1994), the child behavior check list (CBCL) for Parents (1991), and hospital anxiety and depression questionnaire (1983). Training mothers with mindfulness approach was accomplished in eight 3-hour sessions. At the end, both control and experimental groups completed the above-mentioned questionnaires as post-test. The collected data were analyzed using covariance, added scores, and independent samples t-test.

Results: The results revealed the effectiveness of mindful parenting methods on decreasing mother's anxiety and depression ($P < 0/05$) and also the effectiveness of the method on decreasing children's externalizing problem ($P < 0/05$) in the experimental group in comparison with the control group.

Conclusion: Generally, findings showed that mindful parenting method will decrease the mother's internalizing problems (Depression and Anxiety) and children's externalizing problem (Rule Breaking Behavior, Aggressive Behavior).

Keywords: Mindful parenting; Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD); Externalizing behaviors; Internalizing behaviors

How to cite this article: Leila Merajifar, Mohsen Amiri, Loghman Ebrahimi. Effectiveness of mindful parenting training to mothers of children with attention deficit-hyperactivity disorder to improve the internalized problems of mothers and reduce the externalized problems of their children. *J Rehab Med.* 2020; 9(3):49-61.

تاثیر آموزش والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بر بهبود مشکلات درونی شده مادران و کاهش رفتارهای برونی سازی- شده فرزندانشان

لیلا معراجی فر^۱، محسن امیری^{۲*}، لقمان ابراهیمی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۸/۱۸

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۷/۱۷

دریافت مقاله ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

چکیده

مقدمه و اهداف: با توجه به شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در کودکان و مشکلات روانشناختی که به واسطه ویژگی‌های رفتاری این کودکان برای والدین و به ویژه مادرانشان ایجاد می‌شود، پژوهش حاضر به بررسی تاثیر آموزش والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود رفتارهای درونی سازی شده مادران (اضطراب و افسردگی) و رفتارهای برونی سازی- شده (رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه) فرزندانشان با نارسایی توجه/بیش فعالی پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه حاضر از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که فرزندانشان به واسطه نظر معلمان، پرسشنامه مرضی کودکان فرم والدین و مصاحبه تشخیصی مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. به منظور سنجش رفتارهای برونی سازی شده کودکان و مشکلات درونی سازی- شده مادرانشان به ترتیب از فهرست رفتاری کودکان CBCL و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS استفاده شد. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه سه ساعته تحت آموزش والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های به دست آمده از پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار آماری SPSS21 تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی مادران شرکت کننده در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0/05$). همچنین بر اساس گزارش مادران میزان رفتارهای برونی سازی شده کودکان در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتری یافته بود که با $p < 0/05$ اختلاف مشاهده شده معنادار می‌باشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت سبک والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی مادران می‌شود و همچنین به کاهش رفتارهای برونی سازی شده کودکانشان می‌انجامد.

واژه‌های کلیدی: والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی؛ اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی؛ مشکلات درونی سازی شده؛ مشکلات برونی سازی شده

نویسنده مسئول: محسن امیری، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

آدرس ایمیل: amiri_tm@yahoo.com

مقدمه و اهداف

از سوی دیگر، پژوهشگران شیوهی تربیتی والدین و روابط منفی والد-کودک را از جمله عوامل زمینه‌ساز در بروز مشکلات رفتارهای برونی‌سازی‌شده کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی معرفی کرده‌اند.^[۷، ۱۱، ۱۲] در همین رابطه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند بسیاری از والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و در برخورد با فرزندانشان، پرخاشگری بیشتری را بروز داده و اغلب از شیوه‌های تربیتی تنبیه‌گرایانه توأم با خصومت بیشتری در قبال فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده می‌کنند.^[۶، ۱۳، ۱۴] از دیگر سو، ویلیس و لوواس^[۱۵] این نظر را بیان می‌کنند که رفتارهای بیش‌فعالانه و تکانشگرایانه نتیجه دستورات والدینی است که کنترل محرک اندکی در بیان درخواست‌هایشان دارند و همچنین بر این نکته تاکید می‌کنند که یکی از دلایل بازداری رفتاری ضعیف و مشکلات خودتنظیمی در بروز مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به مهارت‌های اندک والدین در زمینه مدیریت رفتاری و چگونگی برخورد والدین به‌ویژه مادران با کودکانشان ارتباط دارد.

با توجه به مسائل و مشکلات مطرح‌شده در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همچنین مشکلات روانشناختی والدین این کودکان، بررسی انواع مداخلات درمانی و پیشگیرانه برای کودکان مبتلا به این اختلال و والدینشان در پژوهش‌های بسیاری مورد تاکید قرار گرفته است.^[۱۶] از جمله روش‌های درمانی به‌کارگرفته‌شده در کاهش مشکلات رفتاری و مسائل روانشناختی این کودکان و والدینشان می‌توان به درمان‌های دارویی، مداخلات رفتاری^۸ همچون آموزش رفتاری والدین^۷ و دیگر درمان‌های روانشناختی همچون برنامه آموزش آدلری^۹ و فرزندپروری مثبت^۹ اشاره کرد.^[۱۷] اگرچه تا به امروز شواهد پژوهشی بر اثربخاری درمان‌های دارویی و آموزش رفتاری والدین بسیار است، با این حال هر دو روش دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. یکی از درمان‌های روانشناختی که اخیراً در جهت کاهش مشکلات هیجانی و خلقی والدین و بهبود روابط والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مورد استفاده قرار گرفته است، آموزش والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۰} است.^[۱۷، ۱۸] رویکرد درمانی و آموزشی والدگری مبتنی بر ذهن آگاهی، مبتنی بر روش‌های درمان ذهن آگاهی است که به‌عنوان یکی از رویکردهای نسل سوم رفتارگرایی^{۱۱}، تاکید خود را در درمان مشکلات روانشناختی بر پذیرش^{۱۲} و همچنین

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که وجه مشخصه آن الگوی مداوم نارسایی توجه و بیش‌فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا رشد بهنجار و طبیعی کودک اختلال ایجاد می‌کند. در این اختلال رفتار کودک ناشی از لجبازی یا فقدان درک از سوی کودک نبوده است و همچنین عملکرد کودک نامتناسب با سن و سطح رشدی کودک می‌باشد.^[۱] بر اساس پژوهشی که اخیراً انجام شده است، میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در جمعیت کلی کودکان ۷/۶ تا ۷/۸ برآورد شده است.^[۲] همچنین بر طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، میزان شیوع این اختلال ۵ درصد بیان شده است.^[۱]

در زمینه علت‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، پژوهشگران عوامل متعددی همچون عوامل عصب‌شناختی و ژنتیکی، نقص در انتقال‌دهنده‌های عصبی و عوامل محیطی و خانوادگی را به‌عنوان مهم‌ترین عوامل در بروز علائم این اختلال در نظر می‌گیرند.^[۳] با این وجود، پژوهشگران نقش احتمالی عوامل خطرناک روانی-اجتماعی چون سطح پایین درآمد، نابسامانی در خانواده و والدگری خصمانه را از جمله عوامل اثرگذار در این اختلال معرفی کرده‌اند.^[۴] در همین راستا، صاحب‌نظران معتقد هستند تا زمانی که سبک فرزندپروری مستبدانه و سخت‌گیرانه والدین با عوامل زمینه‌ساز اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه شود، علائم این اختلال گسترش می‌یابد. از آنجایی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی قادر به پیروی از دستورات والدین نیست، والدین آنها در برخورد با کودکشان از روش‌های سختگیرانه‌تر استفاده می‌کنند؛ از این رو، این چرخه‌ی معیوب کودک را به سمت مشکلات رفتاری بیشتری سوق می‌دهد.^[۵]

در این میان، یکی از مهمترین مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری برونی‌شده^۲ همچون پرخاشگری^۳ و رفتارهای قانون-شکنانه^۴ است.^[۶، ۷] این مشکلات رفتاری به طبقه‌ای از رفتارها اشاره دارد که دارای ویژگی و خصایصی چون رفتارهای خصومت‌آمیز در قبال دیگران، رفتارهای ضد اجتماعی^۵ و عدم تبعیت از دستورات بزرگسالان است.^[۸] در این زمینه پژوهش‌های متعددی بیان می‌کنند که میزان شیوع مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده همچون پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بسیار بالا بوده و کودکان را در زمینه روابط اجتماعی با همسالان و والدین دچار مشکلات جدی می‌کند.^[۹، ۱۰]

⁸ Adlerian Parent Training

⁹ Positive Parenting

¹⁰ Mindfulness-Based Parent Training (MBPT)

¹¹ Third Generation Behavior Therapies

¹² Acceptance

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Externalizing Behavior

³ Aggression

⁴ Rule Breaking Behavior

⁵ Antisocial Behavior

⁶ Behavior Therapy

⁷ Behavioral Parent Training

برقراری ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش می‌داند.^[۱۹، ۱۷]

این رویکرد مداخله‌ای، علت والدگری ناکارآمد و روابط آشفته‌ی والد-کودک را تنها نداشتن دانش و مهارت والدین در امر والدگری نمی‌داند، بلکه استرس و دیگر مشکلات روانشناختی والدین، ناتوانی در تنظیم هیجان و والدگری خودکار را عاملی مهم در بروز مشکلات کودکان در نظر می‌گیرد.^[۱۷] به‌عنوان مثال، اغلب والدین کودکان با برچسب اختلالات روانشناختی، دارای سوگیری توجه بوده و به‌صورت انتخابی تنها متوجه ابعاد منفی فرزند خود می‌باشند.^[۲۰، ۱۷] همچنین والدینی که خود دارای مشکلات روانشناختی چون افسردگی و اضطراب هستند، دائماً رفتارهای منفی فرزند خود را مرور می‌کنند و متوجه واقعیت لحظه‌ی حال نیستند^[۱۷]؛ بنابراین تقویت توجه متمرکز، یکی از پایه‌های بسیار مهم والدگری موفق می‌باشد.^[۲۱] زمانی که والدین توجه بدون قضاوت‌گری نسبت به تمامی تظاهرات کودک (از جمله، گفتار، هیجانات و زبان بدن) دارند، با حساسیت بیشتری پاسخگوی نیازهای او هستند و بنابراین کودک احساس درک و پذیرفته شدن می‌کند.^[۲۱] در این راستا، یکی از اهداف اساسی آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آگاه کردن والدین از سوگیری‌ها و دغدغه‌های ذهنی ناشی از مشکلات روانشناختی خود و یا فرزندشان و همچنین آموزش استفاده از ذهن مبتدی برای مشاهده کودک می‌باشد.

تجربه‌ی مشاهده‌گری کودک با ذهن مبتدی، راهی برای برقراری ارتباط با تمامی ابعاد کودک و رهایی از سوگیری‌های منفی می‌باشد.^[۱۷] در تایید اثرگذاری توجه متمرکز بر هدف و لحظه‌ی حال، مطالعات بسیاری نشان داده‌اند والدینی که با استفاده از پرسشنامه میزان ذهن‌آگاهی بالاتری را گزارش می‌کنند، مهارت‌های والدگری مثبت را بیشتر نشان می‌دهند.^[۲۲] همچنین در والدینی که سطح بالایی از ذهن-آگاهی را در انجام وظایف والدی دارند، کمتر از دیگر والدین دچار نقص در عملکرد والدگری می‌شوند.^[۲۳]

استرس بالا نیز با عملکرد ناکارآمد والدین در نقش والدگری در ارتباط است. تجربه‌ی استرس منجر به افزایش واکنش‌پذیری والدین و همچنین غیرقابل دسترس شدن دانش و مهارت والدی می‌شود.^[۲۴] در این زمینه نتایج پژوهش میلر-لویس^۱ و همکارانش^[۲۵] نشان داد که واکنشگری والدین پیش‌بینی‌کننده‌ی مشکلات برونی‌سازی-شده مزمن در کودکان شش ساله می‌باشد. راهکار مداخله والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جهت کاهش استرس نقش والدی، شناسایی علائم استرس و سپس انجام وقفه تنفس در حین این تجربه می‌باشد. این عمل استرس کلی را کاهش داده و به والدین فرصت استفاده از مهارت‌های صحیح والدگری را می‌دهد.^[۱۷] از سوی دیگر، تحت تجربه‌ی استرس و دیگر هیجانات شدید، اغلب والدین بر اساس عادات و طرحواره‌های ناکارآمد والدگری عمل می‌کنند. در مداخله والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به منظور شکستن چرخه‌ی

انتقالات درون‌نسلی عادات و طرحواره‌های ناسازگار، والدین از این الگوها و چگونگی راه‌اندازی و تکرار خودکار آن آگاه می‌شوند و با انجام تنفس این چرخه شکسته می‌شود و در نتیجه والدین را به سوی انتخاب راهکارهای خلاقانه در روبرو شدن با مشکلات رفتاری کودک سوق می‌دهد.^[۱۷]

یکی دیگر از پیش‌شرط‌های لازم در انجام عملکرد درست والدگری، توجه و مراقبت والدین از خود در کنار توجه به کودک می‌باشد.^[۲۴] این در حالی است که اغلب افراد به محض قرار گرفتن در نقش والدی، منبع توجه کامل به خود را به کودکشان منتقل می‌کنند^[۲۶]، در صورتی که مراقبت متمرکز از خود به‌ویژه برای والدینی که از مشکلات روانشناختی رنج می‌برند و یا در محیطی پرورش یافته‌اند که فاقد توجه مثبت از سوی والدینشان بوده است، بسیار مهم و ضروری می‌باشد.^[۱۷] از سوی دیگر، مراقبت از خود پیش‌شرط لازم برای مراقبت از کودک می‌باشد.^[۱۷] در این شرایط حضور کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌واسطه‌ی مشکلات رفتاری، استرس و تنش بیشتری را به والدین منتقل می‌کند و اغلب منجر به خودسرزنشگری بیشتر والدین می‌شود^[۱۷]؛ لذا توسعه‌ی شفقت به خود و توانایی مراقبت از خود مهارت مهم والدگری به‌ویژه در هنگام روبرو شدن با چالش‌های والدگری است^[۲۷]،^[۲۸]؛ از این رو، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با تقویت مهارت‌هایی همچون توجه همراه با گوش‌دگی به سمت افکار، هیجانات و احساسات فیزیکی، همچنین توجه و شفقت به خود و دیگران و تقویت نگرش غیرقضاوتی و غیرواکنشی نسبت به تمامی تجارب روزانه، بر نتایج روانشناختی افراد اثری مثبت دارد.^[۲۹] علی‌رغم این که در رویکرد والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی هیچ آموزش ویژه‌ای برای چگونگی مدیریت کودکان ارائه نمی‌شود، نتایج پژوهش‌ها بهبود در مشکلات آسیب‌شناسی والدین و کودکان، استرس والدگری و سبک والدگری را نشان می‌دهد؛ بنابراین به نظر می‌رسد والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دامنه وسیعی از مشکلات خانواده اثرگذار می‌باشد.^[۱۷]

حال این سوال مطرح است که آیا آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی آنها و بهبود در رفتارهای پرخاشگریانه و قانون‌شکنانه کودکانشان اثرگذاری معناداری داشته باشد یا خیر؛ بنابراین مطالعه‌ی حاضر به دنبال پاسخ به این سوال پژوهشی بر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پسر با اختلال نارسایی

¹ Miller-Lewis

منفی آن بر رابطه والد-کودک؛ آموزش بخشی از تمرینات رسمی و غیررسمی ذهن‌آگاهی و تعیین تکالیف منزل. جلسه دوم (والدگری با ذهن مبتدی): آشنایی مادران با سوگیری منفی خود نسبت به فرزندانشان و آموزش تمرینات ذهن مبتدی برای درک تمامیت کودک؛ انجام تمرین قدردانی از خود و کودک برای رفع سوگیری‌های منفی؛ انجام تمرین شفقت به خود تا جایگزینی برای سرزنشگری آنها باشد؛ تعیین تکالیف منزل.

جلسه سوم (برقراری ارتباط با بدن به عنوان والد): آموزش تمرین رسمی اسکن بدن؛ آگاهی از هیجانات ناخوشایند و تظاهر آن در بدن تا از شدت هیجانات ناخوشایند کاسته شود؛ تمرین شفقت به خود که به‌عنوان راه‌حلی پرقدرت در مقابل تلاش والدین برای انجام وظایف والدی خود در حد کمال است؛ تعیین تکالیف منزل.

جلسه چهارم (پاسخ دادن در برابر واکنش نشان دادن در شرایط چالش برانگیز و استرس‌زای والدگری): افزایش قابلیت مادران برای پاسخ دادن و عمل کردن در برابر کودک به شیوه‌ای ماهرانه و خلاقانه و آموزش جلوگیری از واکنش نشان دادن طبق الگوی عاداتی گذشته؛ شناسایی علائم ویژه بدنی اضطراب به همراه پذیرش آن تا ذهن از حالت اجتناب به حالت نزدیک شدن جابه‌جا شود؛ آموزش تمرین سه دقیقه فضای تنفس برای ایجاد مکث در شرایط پراسترس والدگری؛ تعیین تکالیف منزل.

جلسه پنجم (الگوهای والدگری و طرحواره‌ها): آموزش انواع طرحواره‌های معمول در نقش والدگری از جمله کودک خشمگین و آسیب‌پذیر و والد تنبیه‌گر و پرتوقع؛ آشنایی و برجسته کردن بر هیجانات همراه با طرحواره‌های فعال شده برای متوقف کردن واکنش خودکار؛ برقراری ارتباط با کودک درون و ایجاد مکالمه با او به‌جای سرزنش کردن آن تا شرایط هیجانی در کنترل حالت بالغ سالم قرار گیرد؛ تعیین تکالیف منزل.

جلسه ششم (تعارضات و والدگری): آشنایی با این حقیقت که تعارضات در روابط صمیمی اجتناب‌ناپذیر است و آنچه اهمیت دارد حل تعارضات به‌وجودآمده است؛ آموزش روش‌های حل تعارض، ابتدا عدم واکنشگری به وقایع استرس‌زای والدگری و سپس در نظر گرفتن شرایط از چشم-انداز کودک می‌باشد.

جلسه هفتم (پرورش شفقت و تعیین محدودیت‌ها): آموزش تمرینات شفقت‌درمانی طبق اصول نف به این صورت که نگرش بخشش و دوستی به خود، کودک و تمامی موجودات در آنها گسترش یابد؛ تشویق به خودمختاری در اصول والدگری و برای تعیین محدودیت برای کودک، مادران آموختند که باید از حد و مرزهای فیزیکی و هیجانی خود آگاه شوند؛ تعیین تکالیف منزل.

جلسه هشتم: با توجه به اینکه والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یک روند مداخله‌ای پایدار و بدون نقطه‌ی پایان می‌باشد، بنابراین از مادران خواسته شد تا برنامه روزهای آینده خود برای انجام تمرینات ذهن‌آگاهی را مشخص و ارائه کنند و همچنین موانع احتمالی عدم موفقیت و پیشرفت در آینده مطرح شد؛ از مادران خواسته شد در مورد تفاوت اولین

توجه/بیش‌فعالی مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ شهر زنجان و مادران آنها بودند. در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش، در میان چندین مدرسه ابتدایی پسرانه شهر زنجان، پرسشنامه مرضی کودکان CSI-IV در اختیار والدین کودکان قرار گرفت. بر اساس نمرات این پرسشنامه و همچنین بر اساس مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با معلمان آنها ۶۰ نمونه اولیه انتخاب شد. برای تشخیص دقیق‌تر اختلال نارسای توجهِ‌بیش‌فعالی مصاحبه تشخیصی برحسب تکنیک واریسی علائم برحسب علائم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^[۱۱] توسط پژوهشگر با مادران این کودکان صورت گرفت. باید یادآوری کرد که در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش از میان مادران دانش‌آموزانی که با اختلال تشخیص داده شدند (در پرسشنامه مرضی کودکان نمره‌ای بالاتر از نمره برش مربوط به اختلال نارسای توجهِ‌بیش‌فعالی را کسب کردند)، پس از همگن‌سازی آنها بر اساس معیارهای ورود از جمله میزان تحصیلات دانش‌آموزان، شدت اختلال، وضعیت اقتصادی خانواده، سن و میزان تحصیلات مادران، مشکلات روانشناختی مادران (در مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی در هر دو زیرمقیاس نمرات بالاتری را کسب کرده بودند) و رخ ندادن بحران‌های اخیر برای خانواده (مثلاً مرگ عزیزان) و پس از اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه، ۳۰ نفر از آنها انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است با توجه به معیار خروج مینی بر غیبت بیش از یک جلسه، گروه با ریزش مواجه شد و نتایج بر روی ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) از مادران مورد تحلیل قرار گرفت.

کودکان مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در بازه سنی ۹ تا ۱۱ سال بودند و طبق یافته‌های توصیفی، میانگین سن مادران شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمایش ۳۶/۸۳ و در گروه کنترل ۳۴/۶۷ بود.

در هر دو گروه، پیش‌آزمون برای سنجش میزان رفتارهای برون‌سازی‌شده کودکان با استفاده از فهرست رفتاری کودکان فرم والدین انجام گرفت و برای سنجش اضطراب و افسردگی مادران از مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی استفاده گردید. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات متغیرهای مذکور در هر دو گروه دوباره سنجیده شدند. محتوای برنامه آموزشی این پژوهش بر اساس کتاب «والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ راهنمای کارکنان حوزه‌ی بهداشت روانی» نوشته‌ی سوزان بوگلز و کاتلین رستیفو (۲۰۱۴)^[۱۷] می‌باشد. در ادامه به شرح محتوای آموزشی هر جلسه مداخله پرداخته شده است.

جلسه اول (والدگری خودکار): ایجاد درک روشنی از تفکر ذهن‌آگاه با استفاده از تجربه عملی؛ ایجاد فضای حمایتی به دور از سرزنش و قضاوت‌گری برای مادران و همچنین ذکر اهداف مداخله؛ شناسایی گرایش شرکت-کنندگان به انجام خودکار وظایف مربوط به والدگری و اثرات

تجربه انجام تمرینات با تجربه‌ی اکنون گفتگو کنند و در نهایت به جمع‌بندی بپردازند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه مرضی کودکان فرم والدین (CSI4): این پرسشنامه، از جمله مقیاس‌هایی برای درجه‌بندی رفتارهای کودکان می‌باشد که برای اولین بار توسط گادو و اسپیرافکین^[۳۰] در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. اگرچه فرم اولیه سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای آماری اختلال‌های روانی به‌منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده است، اما در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم راهنمای آماری اختلال‌های روانی مورد تجدید نظر قرار گرفت و منتشر شد. این مقیاس دارای فرم‌هایی برای والدین و معلمان است. فرم والد آن شامل ۱۱۲ سوال و فرم معلم آن حاوی ۸۷ سوال می‌باشد. این مقیاس به‌گونه‌ای تدوین شده است که دامنه‌ی وسیعی از اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این اختلال‌ها مشتمل است بر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع. در مطالعه‌ای که توسط گادو و اسپیرافکین^[۳۱] (۱۹۹۷) صورت گرفت اعتبار بازآزمایی مقیاس مرضی کودک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج حاصل از دوبار اجرای پرسشنامه نشان داد اعتبار بازآزمایی آن برای همه‌ی زیرمقیاس‌ها در سطح $P < 0.001$ معنادار بود.

فهرست رفتاری کودک فرم والدین (CBCL): سیاهه رفتاری کودک برگرفته از نظام آخنباخ می‌باشد که به‌منظور ارزیابی مشکلات کودکان ۶-۸ سال به کار می‌رود. در این نظام برای به دست آوردن اطلاعات از والدین، معلم و خود کودک بر اساس مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار استفاده می‌شود. فرم والدین (CBCL) حاوی ۱۱۳ سوال در مورد مشکلات خاص کودکان می‌باشد که والدین می‌بایست بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، پاسخ هر سوال را به‌صورت «نادرست=۰»، «تا حدی درست=۱» و «کاملاً درست=۲» درجه‌بندی کنند. مطالعات تحلیل عاملی آخنباخ ۸ عامل به نام‌های «مضطرب/افسرده»، «انزوا/افسردگی»، «شکایت‌های جسمانی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده‌گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» را شکل داده است. مقیاس ۹ پرسشنامه با عنوان «مشکلات دیگر» حاوی ۹ سوالی می‌باشد که در هیچ‌یک از ۸ مقیاس جای نگرفته است. در نهایت می‌توان با جمع کردن نمره‌های ۹ مقیاس به نمره کل دست یافت.

لازم به ذکر است در این ابزار نمرات مربوط به سه عامل «مضطرب/افسرده»، «انزوا/افسردگی» و «شکایت‌های جسمانی» در مجموع نشان‌دهنده مشکلات درونی‌سازی شده و مجموع نمرات مربوط به دو عامل «قانون‌شکنی» و «رفتار پرخاشگرانه» مشکلات برونی‌سازی شده را نشان می‌دهند.^[۳۲] بر اساس پژوهش گلسر (۲۰۱۱)^[۳۳] آلفای کرونباخ برای همه‌ی زیرمقیاس‌ها و به‌طور کلی مشکلات رفتاری کودک (شامل مشکلات درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و مشکلات هیجانی رفتاری) ۰/۷۸ تا ۰/۹۷ به دست آمده است.

مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): مقیاس HADS برای اولین بار توسط زیگموند و اسنیت به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال‌های روانپزشکی معرفی شد. این ابزار به‌طور موازی افسردگی و اضطراب را در بیماران سرپایی می‌سنجد.^[۳۴] علاوه بر کاربردهای بالینی آن، به‌عنوان ابزاری در کارهای پژوهشی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقیاس HADS ابزاری خودگزارشی با ۱۴ گزینه می‌باشد که به‌منظور بررسی وجود و شدت نشانه‌های اضطراب و افسردگی برای غربال کردن جمعیت نوجوانان ۱۶ سال به بالا و تا سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد.^[۳۵] این ابزار شامل زیرمقیاس‌های هفت جزئی اضطراب و افسردگی می‌باشد و هر جز آزمون روی یک مقیاس صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین نمرات زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ی صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که این مقیاس یک ابزار غربالگری با پایایی، روایی و حساسیت مناسب است. به‌عنوان مثال، هیروور (۲۰۰۳)^[۳۵] روایی و پایایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی را در جمعیت بیماران سرپایی بزرگسال اسپانیا مورد بررسی قرار داد و گزارشات حاصل از پژوهش او نشان داد مقیاس HADS دارای روایی و پایایی و حساسیت بالا به‌منظور غربالگری اختلالات خلقی و به‌ویژه اختلالات اضطرابی می‌باشد. در ایران کاپیانی روایی پرسشنامه را با آلفای ۰/۷۰ در خرده‌مقیاس افسردگی، آلفای ۰/۸۵ در خرده‌مقیاس اضطراب و پایایی را با روش آزمون مجدد در خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی به ترتیب این گونه گزارش کرده است: $p < 0.001$ و $r = 0.77$ ، $t = 0.001$ و $r = 0.81$.

یافته‌ها

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری و روش نمره افزوده استفاده شد که نتایج هر یک به‌صورت جداگانه در جداول زیر آمده است. در جدول ۱ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در مقیاس نشانگان اضطراب، افسردگی و در زیرمقیاس پرخاشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۰/۹۱	۱/۷۸	۱۰/۸۳	۱/۳۳
	پس‌آزمون	۷/۸۳	۰/۹۳	۱۰/۴۱	۲/۳۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۹/۵۸	۱/۱۶	۹/۷۵	۱/۷۶
	پس‌آزمون	۷/۰۸	۱/۵۶	۹/۳۳	۲/۰۱
رفتارهای پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱۵/۶۶	۲/۸۳	۱۵/۱۵	۲/۴۰
	پس‌آزمون	۱۱/۰۰	۲/۴۸	۱۵/۲۵	۲/۳۳
رفتارهای قانون‌شکنانه	پیش‌آزمون	۶/۰۰	۲/۰۸	۶/۲۵	۲/۲۶
	پس‌آزمون	۴/۱۶	۲/۰۳	۶/۵۰	۲/۱۵

رفتارهای پرخاشگری و قانون‌شکنی از لحاظ آماری معنادار نبود (افسردگی $p > 0.05$ و $F = 1/81$ ، رفتارهای پرخاشگری $p > 0.05$ و $F = 1/81$ ، و قانون‌شکنانه $p > 0.05$ و $F = 1/62$)، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تایید شد؛ از این رو، با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. از سوی دیگر، با توجه به اینکه مفروضه همگونی شیب رگرسیون در مورد نمرات اضطراب برقرار نبود، برای تحلیل نمرات آن از روش نمره افزوده و تی نمونه‌های مستقل استفاده شد. از دیگر سو، برای تحلیل زیرمقیاس‌های رفتارهای پرخاشگرایانه و قانون‌شکنانه کودکان و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و در ادامه از تحلیل کوواریانس تک-متغیری استفاده شد.

آزمون آماری تحلیل کوواریانس دارای مفروضه‌هایی است که از جمله همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه به‌جز اضطراب مادران ($p < 0.05$ و $F = 5/521$) موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای افسردگی مادران ($p > 0.05$ و $F = 1/453$)، رفتارهای پرخاشگری ($p > 0.05$ و $F = 1/372$)، و قانون‌شکنانه ($p > 0.05$ و $F = 1/341$) معنادار نیست؛ از این رو، می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌ها است که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس-آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در مورد متغیرهای افسردگی،

جدول ۲. بررسی معناداری تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب مادران

گروه	آزمون لوین		تفاوت میانگین‌ها	t	درجه آزادی	سطح معناداری
	F	سطح معناداری				
آزمایش کنترل	۳/۰۰	$P > 0.05$	۲/۶۶	۲/۷۷	۲۲	$P < 0.05$

می‌باشند. همچنین با توجه به نمره t محاسبه‌شده ($t = 2/77$) و در سطح معناداری 0.05 تفاوت موجود بین نمره‌ی اضطراب در گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار ($P < 0.05$) می‌باشد.

با توجه به جدول ۲ آزمون لوین محاسبه‌شده برای متغیر مذکور از لحاظ آماری معنادار نبود ($P > 0.05$ و $F = 3/00$)؛ بدین‌معنا که واریانس‌ها در گروه آزمایش و کنترل همگون

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر افسردگی مادران دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	پیش‌آزمون	۲/۲۰۷	۱	۲/۲۰۷	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۳۱
	گروه	۲۹/۳۳	۱	۲۹/۳۳	۸/۸۷	۰/۰۰۷	۰/۲۹
	خطا	۶۹/۳۷	۲۱	۳/۳۰	-	-	-
	کل	۱۷۱۹	۲۴	-	-	-	-

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این، میزان اندازه اثر 0.29 یا به عبارت دیگر ۲۹ درصد از تغییرات افسردگی مربوط به عضویت گروهی است.

با توجه به جدول ۳، بعد از آزمودن اثر گروه یا مداخله (آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی) بر متغیر وابسته (افسردگی)، نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < 0.05$ و $F(1, 21) = 8/87$)؛

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری علائم پرخاشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۳۹۷	۱۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۶

گردیده و میزان اندازه اثر ۰/۶۰ یا به عبارت دیگر ۶۰ درصد از تغییرات متغیرهای گفته‌شده مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری ۰/۹۶ بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی این سوال می‌باشد. در ادامه برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در متغیرهای رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه از نظر سنترئوئید دو متغیر به سطح معناداری رسیده است؛ یا به عبارت دیگر، عضویت گروهی اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است ($p < 0/001$)؛ لذا این فرض که آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پرخاشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه تاثیر دارد، تایید

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر رفتارهای پرخاشگرانه دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
رفتارهای پرخاشگرانه	پیش‌آزمون	۶۳/۸۱۹	۱	۶۳/۸۱۹	۱۰/۶۰	۰/۰۰۴	۰/۳۳
	گروه	۱۲۱/۸۲	۱	۱۲۱/۸۲	۲۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۱۲۶/۴۳	۲۱	۶/۰۲	-	-	-
	کل	۴۴۳۳	۲۴	-	-	-	-

رفتاری باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این، میزان اندازه اثر ۰/۴۹ یا به عبارت دیگر ۴۹ درصد از تغییرات متغیر پرخاشگری مربوط به عضویت گروهی است.

بر اساس یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < 0/001$) و $F(1, 21) = 20/23$ و $F(1, 21)$ ؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر رفتارهای قانون‌شکنانه دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
رفتار قانون‌شکنانه	پیش‌آزمون	۲۵/۴۴۱	۱	۲۵/۴۴۱	۷/۵۰	۰/۰۱۲	۰/۲۶
	گروه	۲۹/۱۹۵	۱	۲۹/۱۹۵	۸/۶۰	۰/۰۰۸	۰/۲۹
	خطا	۷۱/۲۲۵	۲۱	۳/۳۹	-	-	-
	کل	۸۱۲	۲۴	-	-	-	-

را بر مشکلات درونی‌سازی‌شده والدین مورد بررسی قرار داده‌اند و به نتایج مشابه دست یافته‌اند. [۱۷، ۳۶-۴۶]

در راستای هدف اساسی، رویکرد والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبنی بر افزایش سلامت روانشناختی مادران، مهمترین قدم در طول مداخله، توجه کردن به شیوه هدفمند، متمرکز بر لحظه حال و غیرقضاوتی می‌باشد [۱۹]؛ بنابراین مادران با انجام تمرینات مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی از ماهیت ذهن سرگردان و نقشی که در ایجاد افکار و احساسات منفی ایفا می‌کند، آگاه شدند تا بتوانند به صورت ارادی خلق منفی به‌وجودآمده را مدیریت کنند؛ بنابراین در جلسات مداخله بر این نکته تاکید می‌شود که مادران عملکرد ناکارآمد و همیشگی خود در برخورد با هیجانات منفی به‌وجودآمده در رابطه با همسر و کودک را کنار گذاشته و به جای سرکوب یا انکار هیجانات و یا غرق شدن و نشخوار کردن آن، با هیجانات منفی روبرو شوند و به ارزیابی آن بپردازند. این در حالی است که ارزیابی مجدد یکی از راهکارهای کارآمد تنظیم هیجان

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد ($p < 0/05$) و $F(1, 21) = 8/60$ این آموزش توانسته است میزان علائم رفتارهای قانون‌شکنانه را کاهش دهد. علاوه بر این، میزان اندازه اثر ۰/۲۹ یا به عبارت دیگر ۲۹ درصد از تغییرات علائم اختلال مربوط به عضویت گروهی است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بر اضطراب و افسردگی مادران و رفتارهای برونی‌سازی‌شده کودکانشان است. نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که دوره آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی مادران موثر بوده است. همسو با پژوهش حاضر، پژوهش‌های بسیاری نیز میزان اثرگذاری مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و به‌خصوص والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی

ذهنیت خشمگین، آسیب‌دیده و قضاوت‌گر مادران شد و همچنین ظرفیت مادران را برای تحمل هیجانات منفی با عشق و مهربانی گسترش داد.

در مجموع می‌توان گفت والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مشکلات مادران را در ارتباط با مسائل تربیتی، نداشتن دانش شیوه‌ی درست تربیتی نمی‌داند، بلکه طبق این رویکرد سلامت روانشناختی مادران در سبک والدگری آنها نقش بسزایی را ایفا می‌کند و به‌صورت مستقیم کیفیت روابط والد-کودک و شیوه‌ی والدگری مادران را تحت تاثیر قرار می‌دهد^[۱۷]؛ بنابراین به نظر می‌رسد افزایش آگاهی و توجه در لحظه‌ی حال و عدم قضاوت‌گری خود و همچنین افزایش ظرفیت تحمل ناکامی‌ها با استفاده از تمرینات شفقت‌درمانی و از سوی دیگر یادآوری کردن ابعاد مثبت زندگی و قدردانی کردن، باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی و افزایش بهزیستی روانشناختی مادران شد. همچنین به نظر می‌رسد بهبود شرایط مادران بر رابطه والد-کودک تاثیر مثبت داشته و منجر به کاهش مشکلات برونی‌سازی‌شده کودکان شده است.

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مادران در کاهش رفتارهای پرخاشگرایانه و قانون‌شکنانه موثر بوده است. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش‌های زیادی میزان اثرگذاری آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر مشکلات رفتاری دوران کودکی ارزیابی کرده و به نتایج مشابهی دست یافته‌اند.^[۱۸، ۳۶، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۵۴-۵۸]

از چشم‌انداز سیستم خانواده، اعضای یک خانواده به یکدیگر وابسته هستند و نمی‌توان رفتار اعضا را به‌صورت فردی تحلیل کرد^[۵۷]؛ از این رو، روابط والد-کودک و چگونگی مدیریت مشکلات رفتاری کودکان توسط والدین نیز عاملی مهم و تاثیرگذار در وضعیت سلامت کودکان می‌باشد. در این زمینه، کابات زین (۱۹۹۱)^[۵۹] بیان می‌کند که ذهن‌آگاه بودن به‌صورت غیرمستقیم و به‌واسطه شفقت به خود باعث تقویت روابط می‌شود و میزان پاسخگویی افراد به دیگران را بالا می‌برد.

برنامه والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آموزه‌هایی را در زمینه رفتار با کودکان به والدین می‌آموزد و از آنها می‌خواهد تا به‌صورت هدفمند تغییراتی در ارتباط با کودکان اعمال کنند. به‌عنوان مثال، تمرین مشاهده‌گری کودک با ذهن مبتدی به‌صورت روزانه درک کاملی از طبیعت فرزند به مادران می‌دهد و ارتباط آشفته‌ی پیشین آنها را ترمیم می‌کند. این در حالی است که بروز رفتارهای پرخاشگرایانه در کودکان ارتباط قوی با تعارضات کودک-والد داشته است.^[۶۰] از سوی دیگر، در این رویکرد مادران می‌آموزند که خود و کودک را درست همان‌طور که در لحظه هستند، بپذیرند.

در این میان، یک ضعف عملکردی اکثر مادران که تحت شرایط استرس‌زا نیز تشدید می‌یابد، بیش‌واکنشی آنها در پاسخ به لجبازی و نافرمانی کودک می‌باشد. در

می‌باشد.^[۴۷] همسو با پژوهش حاضر تحقیقات نشان داده است که افراد ذهن‌آگاه در مقایسه با سایرین توانایی بالاتری در تنظیم هیجان دارند^[۴۸] و از سوی دیگر، تنظیم هیجانات نیز با عاطفه مثبت، برقراری روابط سالم و بهزیستی روانشناختی در ارتباط است.^[۴۹]

دیگر راهکار ذهن‌آگاهی برای کاهش مشکلات آسیب‌شناسی مادران، برقراری ارتباط با تنفس، هیجانات و احساسات بدنی می‌باشد که نقطه‌ی آغازین درک ماهیت تجارب و رهایی از عادات بدنی فرد است؛ از این رو، بدن به لنگرگاهی برای تجربه مستقیم لحظه‌ی حال تبدیل می‌شود. در صورتی که اجتناب و قطع ارتباط با هیجانات بدنی و تلاش برای اجتناب و رهایی از هیجانات ناخوشایند، تنش و استرس بیشتری را به همراه دارد^[۴۸]، بنابراین تمرینات ذهن‌آگاهی راه جدیدی برای برقراری ارتباط با افکار و هیجانات در اختیار افراد قرار می‌دهد. این تغییر توجه به‌سوی بدن و توجه به مکان و کیفیت آن باعث منحرف شدن توجه از داستان‌های خودساخته ذهنی می‌شود. افزون بر این، در آموزش والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برقراری ارتباط مجدد با بدن به‌عنوان ابزاری برای ایجاد وقفه پیش از عمل معرفی می‌شود.

از سوی دیگر، تمرین قدردانی کردن ابزاری برای گسترش دیدگاه مادران است تا بتوانند متوجه جنبه‌ی مثبت خود و کودکانشان شوند. در این زمینه پژوهش‌های صورت‌گرفته نشان داده است قدردانی کردن تاثیر مثبت و قابل توجهی در زندگی افراد داشته و همچنین خطر ابتلا به افسردگی، اضطراب و وابستگی به مواد را کاهش می‌دهد^[۵۰]؛ بنابراین از مادران خواسته شد که تمرین قدردانی کردن را هرروزه و در زمان مشخصی از روز انجام دهند تا به عادت روزانه تبدیل شود.

در راستای اهداف این پژوهش مبنی بر افزایش احساس مثبت مادران و کاهش میزان اضطراب و افسردگی آنان، تمرینات شفقت‌درمانی نیز در پروتکل درمانی قرار گرفته است. شفقت به خود به‌معنی داشتن نگرش عطف‌گرا و مهربانی همراه با توجه آگاهی به خود زمانی که فرد با چالش یک شکست مواجهه می‌شود،^[۵۱] است. امروزه رشد تحقیقات صورت‌گرفته در زمینه شفقت به خود و توسعه آن نشان از اهمیت توجه به این صفت در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی می‌باشد.^[۵۲] پژوهش‌های بسیاری رابطه بین افسردگی و شفقت به خود را به‌صورت مقطعی بررسی کرده‌اند. به‌عنوان مثال، بر اساس مطالعات صورت‌گرفته توسط کریگر و همکارانش، مشخص شد افرادی که حداقل یک دوره‌ی افسردگی را تجربه کرده بودند نسبت به کسانی که هیچگاه مبتلا به افسردگی نبوده‌اند، به‌صورت معناداری سطح پایینی از شفقت به خود را داشته‌اند.^[۵۳] احساس رایجی که در اصول شفقت به خود بر آن تاکید بسیار می‌شود، درک این حقیقت است که هیچ انسانی کامل نیست. همه انسان‌ها دچار شکست می‌شوند، اشتباه می‌کنند و درگیر چالش‌های جدی در زندگی خود هستند.^[۱۷] تقویت ذهنیت همراه با شفقت پادزهری برای

والدگری یا تغییرات رفتاری، در عملکرد والدگری مادران بهبود مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش پیشین بوده و نشان می‌دهد هوشیار شدن از استرس والدگری و والدگری خودکار، تمرین توجه غیرقضاوتی در لحظه‌ی کنونی و در ارتباط با کودک، تمرین عدم واکنش‌پذیری والدینی و مراقبت از خود به‌عنوان یک والد و در مجموع والدگری کردن با حضور ذهن، والدین را نسبت به کودکانشان پاسخگو می‌کند و منجر به کسب توانایی‌پذیرش همراه با آرامش هرگونه رفتار به نمایش گذاشته‌شده از سوی کودک (بدون تلاش برای تحمیل اراده‌ی خود) می‌شود.^[۲۲] همه این عوامل باعث ایجاد سبک والدگری کارآمدی چون عدم طرد و بی‌توجهی کودک، بیش‌حمایتی کمتر کودک و کسب خودمختاری در نقش والدینی توسط مادران می‌شود.^[۲۹]

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن گروه پیگیری است. در این پژوهش به‌علت کمبود زمان و مشکل در دسترسی دوباره به شرکت‌کنندگان از پیگیری نتایج پژوهش صرف نظر شد. محدودیت دیگر پژوهش، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود؛ بنابراین نسبت به طرح‌های آزمایشی نتایج از دقت پایین‌تری برخوردار است. از این رو، توجه به این نکته ضروری است که اگرچه نتایج پژوهش حاضر کاهش در رفتارهای درونی‌سازی‌شده مادران و کاهش رفتارهای برونی‌سازی‌شده (پرخاشگری و قانون‌شکنی) فرزندانشان را نشان داد، اما به‌دلیل محدودیت‌های روش‌شناختی (نظیر ابزار و گروه نمونه) نتایج به‌راحتی قابل‌تعمیم به روش‌ها و ابزارهای دیگر نمی‌باشد؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از محدودیت‌های مذکور فراتر رود و مداخلات با حضور تعداد آزمودنی و مداخله‌گر بیشتر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که به‌دلیل اهمیت نقش هر دو والد، پدران در کنار مادران در جلسات شرکت داده شوند.

تشکر و قدردانی

در این قسمت پژوهشگران از کلیه والدین کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی که در مرکز خدمات روانشناختی کودک و نوجوان رویش در شهرستان زنجان در اجرای پژوهش حاضر همکاری داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

این شرایط معمولاً واکنش مادران شدید و نامتناسب با موقعیت پیش‌آمده است و در اکثر مواقع با پشیمانی و سرزنش خود همراه می‌شود. محققان در این زمینه بیان می‌کنند این شکل از واکنش‌گری نه تنها باعث ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود، بلکه نتایج ناموفق حاصل از آن بر میزان اضطراب و افسردگی مادران می‌افزاید.^[۶۱] از نگاه روانشناسی عصب‌شناختی، تمرینات ذهن‌آگاهی توانایی مغز را برای جلوگیری از واکنش‌های خودکار بالا برده و در مقابل باعث فعال شدن کارکردهای اجرایی که مسئولیت مشاهده، قضاوت و برنامه‌ریزی را بر عهده دارند، می‌شوند.^[۶۲] در این راستا، شناخت مادران نسبت به علائم ویژه‌ی استرس در خود، قدم اول در ایجاد وقفه پیش از عمل می‌باشد. افزون بر این، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای راهکاری ضروری برای ایجاد مکث در واکنش‌های خودکار است. زمانی که فرد نسبت به احساس تنش آگاه می‌شود، تنها یک تنفس برای ایجاد وقفه بین استرس و واکنش نشان دادن کافی می‌باشد.

از سوی دیگر، باید به این نکته توجه کرد که رویکرد والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در آموزش اصول تربیتی متفاوت با رویکرد آموزش رفتاری والدی عمل می‌کند. در این رویکرد، اگرچه تعیین محدودیت‌ها در کنار شفقت و مهربانی عاملی ضروری و مهم تلقی می‌شود، اما هیچ آموزشی در زمینه چگونگی نظم‌دهی به رفتارهای کودکان، به والدین داده نمی‌شود.^[۱۷] در رابطه با این اختلاف، بوگلز و رستیفو بیان می‌کنند اگرچه اکثر والدین به‌صورت عقلانی می‌دانند که چگونه حد و مرزها را برای فرزندشان تعیین کنند، با این حال اغلب در انجام این عمل دچار مشکل می‌شوند. به‌عنوان مثال، در زمان اعمال محدودیت برای کودک، واکنش‌های هیجانی مربوط به حد و مرزهای خودشان بروز می‌یابد و والدین را از ادامه کار بازمی‌دارد و یا اینکه تجارب هیجانی دوران کودکی والدین بازبازی شده و بنابراین شرایط از کنترل بالغ سالم خارج شده و از این رو، والدین در تعیین مقتدرانه محدودیت‌ها مدام دچار شکست می‌شوند؛ بنابراین در این شرایط والدگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند راهگشا باشد زیرا در این مداخله مادران آموختند که چگونه با حد و مرزهای هیجانی و فیزیکی خود ارتباط برقرار کنند و در شرایط چالش‌برانگیز در تعیین قوانین و محدودیت برای فرزندشان با ایجاد وقفه و فعال شدن کارکردهای اجرایی از راه‌حل‌های متناسب با موقعیت و ویژگی‌های فرزندشان استفاده کنند. طبق پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین، با وجود عدم ارائه‌ی آموزه‌هایی چون سبک ویژه‌ی

منابع

1. Association A.P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)2013: American Psychiatric Pub.
2. Thomas R, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4): 994-1001.
3. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder

- indicates treatment effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(2):114-126.
4. Capusan A.J, et al. Childhood maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults: a large twin study. *Psychological medicine*. 2016; 46(12):2637-2646.
 5. Davison G.C, Neale J.M. *Abnormal Psychology* New York: John Willey and Sons 1994.
 6. Theule J, Wiener J, Rogers M.A, Marton I. Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of child and family studies*. 2010;20(5):640-647
 7. Barkley R.A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* 2014: Guilford Publications.
 8. Thijssen J. *Children with externalizing behavior problems: risk factors and preventive efforts* 2016.
 9. Kuja-Halkola R, et al. Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(6):640-647.
 10. Mustillo S, et al. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*. 2003;111(4): 851-859.
 11. Cunningham C.E, Boyle M.H. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology*. 2002; 30(6):555-569.
 12. Aunola K, Nurmi J.E. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child development*, 2005; 76(6):1144-1159.
 13. Huber J.S. The mediating effect of sibling warmth on parental stress in families with children who have attention deficit hyperactivity disorder. Florida State University 2010.
 14. Johnston C, Mash E.J. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001; 4(3): 183-207.
 15. Willis T, Lovaas I. A behavioral approach to treating hyperactive children: The parent's role. *Learning disabilities and related disorders*. 1977; 19-140.
 16. Lundahl B, Risser H.J., Lovejoy M.C. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*. 2006; 26(1): 86-104.
 17. Bögels S, Restifo K. *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners* 2013: Springer.
 18. Geurtzen N, et al. Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: non-judgmental acceptance of parenting as core element. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24(4): 1117-1128.
 19. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future*. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144-156.
 20. Freeman W.S., Johnston C, Barth F.M. Parent attributions for inattentive-overactive, oppositional-defiant, and prosocial behaviours in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 1997; 29(4):239.
 21. Duncan L.G., Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*. 2010;19(2):190-202.
 22. Williams K.L., Wahler R.G. Are mindful parents more authoritative and less authoritarian? An analysis of clinic-referred mothers. *Journal of Child and Family Studies*. 2010;19(2):230-235.
 23. de Bruin E.I., et al. Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness*. 2014; 5(2): 200-212.
 24. Bögels S.M., Lehtonen A, Restifo K. Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*. 2010;1(2): 107-120.
 25. Miller-Lewis L.R., et al. Early childhood externalising behaviour problems: Child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of abnormal child psychology*. 2006; 34(6):886-901.
 26. Latendresse G. *Mindful Birthing: Training The Mind, Body And Heart For Childbirth And Beyond*. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013; 58(3):351-351.
 27. Germer C. *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions* 2009: Guilford Press.
 28. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003; 2(2):85-101.
 29. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2012: Guilford Press.
 30. Gadow K, Sprafkin J. *Child symptom inventories manual (CSI: parent checklist and CSI: teacher checklist): Screening instruments for childhood emotional and behavioral disorders*, 1994: Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
 31. Gadow K.D., Sprafkin J. *ADHD Symptom Checklist-4 (ADHD-SC4)* 1997: Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

32. Satoorian S.A, Ahmadi M.R. T.K. The role of parenting Dimensions and Child-Parent Relationship in Children's Internalized and Externalized Behavioral Problems. *family research*. 2017;12(4): 683-705.
33. Glosser R. Examination of the relationship between the child behavior checklist/6-18 and the social responsiveness scale parent forms using individuals with high functioning autism 2011.
34. Zigmond A.S. Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67(6):361-370.
35. Härter M, Reuter K, Gross-Hardt, Bengel J, Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 2001; 23(16):737-744.
36. Meppelink, R., et al. Mindful parenting training in child psychiatric settings: heightened parental mindfulness reduces parents' and children's psychopathology. *Mindfulness*, 2016. 7(3): p. 680-689.
37. Potharst, E.S., et al., Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*. 2017;8(5):1236-1250.
38. Miller C.J., Brooker B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary therapies in clinical practice*. 2017; 28:108-115.
39. Bögels S.M., et al. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*. 2014;5(5):536-551.
40. Corthorn C. Milicic N. Mindfulness and parenting: A correlational study of non-meditating mothers of preschool children. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(5):1672-1683.
41. Van der Oord S., Bögels S.M., Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*. 2012; 21(1):139-147.
42. Moreira H., Canavarro M.C. Psychometric properties of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale in a sample of Portuguese mothers. *Mindfulness*. 2017; 8(3): 691-706.
43. Beer M., Ward L, Moar K. The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*. 2013; 4(2):102-112.
44. Coatsworth J.D., et al. Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*. 2015;51(1):26.
45. Moradiyani Gizeh Rod SK, HosseiniRamaghani NS., Merabi M. Aggression of mothers with children suffering from oppositional defiant disorder. *Armaghane-danesh*. 2016; 21(6):576-590.
46. Ghazanfari F, Moradiyani Gizeh Rod S.Kh, Mehrabi M, Panahi H. The effectiveness of mindfulness-based parenting program on the general health of mothers who have children with oppositional defiant disorder. *Urmia University of medical Sciences*. 2016;27(7):1027-3727.
47. Modinos G., Ormel J, Aleman A. Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2010; 5(4):369-377.
48. Keng S.-L., Smoski M.J., Robins C.J. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*. 2011; 31(6):1041-1056.
49. Richardson C.M. Emotion regulation in the context of daily stress: Impact on daily affect. *Personality and Individual Differences*. 2017;112:150-156.
50. Emmons R.A. Stern R. Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of clinical psychology*. 2013; 69(8):846-855.
51. Krieger T., et al. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*. 2013; 44(3):501-513.
52. Westphal M., et al. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry research*. 2016; 242:186-191.
53. Elices M., et al. Compassion and self-compassion: Construct and measurement. *Mindfulness & Compassion*, 2017; 2(1):34-40.
54. Singh N.N., et al. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*. 2010; 19(2):157-166.
55. Bögels S., et al. Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2008; 36(2):193-209.
56. Singh N.N., et al. Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*. 2007; 31(6):749-771.
57. Parent J., et al. Mindfulness in parenting and coparenting. *Mindfulness*. 2016;7(2):504-513.

58. Behbahani M Z.F. Effectiveness of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms and Self-Efficacy in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Isfahan Medical School. 2017;35(429):511-7.
59. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. University of Massachusetts Medical Center/Worcester. (1991).
60. Ingoldsby E.M., et al. Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. Journal of abnormal child psychology. 2006;34(3):293-309.
61. O'leary S.G., Vidair H.B. Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: predicting child behavior problems. Journal of Family Psychology. 2005;19(2):208.
62. Burke C.A. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. Journal of Child and Family Studies. 2010; 19(2):133-144.