

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۱ پاییز ۱۳۹۷

**اثر بخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تعارض  
والد- فرزند و خوداثرمندی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال  
بیش‌فعالی- کمبود توجه**

علی شریفی ریگی<sup>۱\*</sup>

نسربین‌السادات حسینی رمقانی<sup>۲</sup>

سیده‌خدیجه مرادیانی گیزه‌رود<sup>۳</sup>

**چکیده**

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تعارض والد- فرزند و خوداثرمندی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه بود. طرح پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور ۲۸ نفر از مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه (در هر گروه ۱۴ نفر) تقسیم شدند. از مقیاس کانرز والدین، پرسشنامه‌های اضطراب بک، پرسشنامه خوداثرمندی والدگری و مقیاس راهبردهای تعارض برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی، به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایشی اعمال گردید. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنادار آماری ( $p < 0/001$ ) بین مراحل پیش و پس‌آزمون در نمره کلی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران  
(نویسنده مسئول)  
Email:alisharifilordeghan@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری در گروه آزمایش شد. با توجه به اثربخش بودن استفاده از برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم اضطراب، تعارض والد-فرزند، و افزایش خوداثرمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، آموزش این برنامه در راستای کاهش فشار روانی و بهبود سلامت عمومی این گروه از افراد جامعه پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه؛ فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ اضطراب؛ تعارض؛ خوداثرمندی

#### مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری دوران کودکی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه<sup>۱</sup> است (علیجانی، رحمان، غفاری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) که شیوع آن در پسران ۳/۶ درصد و در دختران ۰/۹ درصد گزارش شده است (آشرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup> ویژگی اصلی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه الگوی مداوم بی‌توجهی و/یا بیش‌فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا رشد فرد اختلال ایجاد می‌کند. بی‌توجهی در اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه از لحاظ رفتاری به صورت پرت شدن از تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکل متمرکز بودن و نامنظم بودن آشکار می‌شود. خصیصه بیش‌فعالی از نظر رفتاری به‌عنوان 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 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳).

اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (تسنگ، کاواباتا و گا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). رفتارهای بیش‌فعالی-تکانشگری این کودکان باعث اختلال

1- attention-deficit/hyperactivity disorder

3- Asherson

5- American Psychiatric Association

2- Alijani, Rahmana & Ghahari

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

6- Tseng, Kawabata, & Gau

در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آن‌ها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود، 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 (بیدرمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ بگ‌ول، مولینا، پلهام و هازا، ۲۰۰۱). 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 (هایدیسکی، شاکتر، وینر و داشارمی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ مارمستاین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷؛ آشرسون، ۲۰۱۶).

از عواملی که در به‌وجود 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 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، که از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، متغیرهای خانوادگی می‌باشد (کوشان و بهنام‌وشانی، ۱۳۸۰). خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به‌عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲). از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، بنابراین 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 (به‌ویژه مادر) و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها دارد (ادیمارا، وکنا، امج و آمینو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛

1- Biederman

3- Haydicky, Shecter, Wiener &amp; Ducharme

5- Adimora, Nwokenna, Omeje &amp; Umeano

2- Bagwell, Molina, Pelham &amp; Hoza

4- Marmorstein

هایدیسکی و همکاران، ۲۰۱۵).

کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مشکلاتی در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، تعارضات با والدین، تعارضات با همسالان، مدرسه، خواهر و برادر و نافرمانی زیاد دارند که به‌عنوان یک بار اضافی، باعث افزایش استرس ادراک شده توسط والدین می‌شوند (ادواردز، بارکلی، لانری، فلچر و متویا<sup>۱</sup>؛ ۲۰۰۱؛ تول، وینر، راجرز و مارتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه دارند، احساس موفقیت و خودآزمندی کمتر، احساس خشم، اضطراب و تعارض بیشتری را گزارش می‌دهند، و بنابراین سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند (مارگاری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاریسون و سفرنوف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ گاگلیانو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ گرازیانو، مک نامارا، گفکن و رید<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). مشکلات روانی والدین از جمله سطوح بالای اضطراب، خودآزمندی پایین و استفاده از راهبردهای حل تعارض پرخاشگرانه بیشتر، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد (ادواردز و همکاران، ۲۰۰۱؛ کریگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶).

از آنجایی که تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین و شیوه‌های ناکارآمد ارتباط بین والد-فرزند در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه نقش مهمی دارند، همچنین والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، غالباً در برخوردهای انضباطی‌شان، والدینی خشن، ناهماهنگ هستند و خودآزمندی پایینی دارند (باندی و ماش<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹؛ ون در اد، بوگلز و پینبرگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲؛ یوسفیان، سلطانی‌فر و عبداللهیان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) این نتایج موجب شدند تا روابط متقابل والد-کودک در مرکز توجه آسیب‌شناسی کودکان قرار گیرد، چرا که تعارض در رابطه والد-کودک می‌تواند اختلالات عاطفی و رفتاری را در کودکان ایجاد و تشدید کند

1- Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia  
3- Margari  
5- Gagliano  
7- Craig  
9- Van der Oord, Bögels, Peijnenburg

2- Theule, Wiener, Rogers & Marton  
4- Harrison & Sofronoff  
6- Graziano, McNamara, Geffken & Reid  
8- Bondy & Mash  
10- Yousefia, Soltani Far, & Abdolahian

(کاتوورث، دانکن، گرینبرگ و نیکس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) همچنین خوداثرمندی پایین والد تأثیر منفی بر روی فرایند جست و جو و پایبندی به درمان کودک دارد (جیانگ، گارم و جانستون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند (دین، مایرز و ایوانز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

از جمله روش‌های مؤثر برای بهبود سازگاری روانشناختی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (کاتوورث و همکاران، ۲۰۱۰؛ تارپین و چاپلین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). این رویکرد باعث ارتقاء فرزندپروری سالم و سلامت جسمی مادر و کودک، و همچنین رشد هیجانی-اجتماعی کودک می‌شود (دانکن و باردیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

بیش از سه دهه است که ذهن‌آگاهی به عنوان «قضاوت نکردن، هشیار بودن در لحظه حال، افزایش خودآگاهی و توانایی بازشناسی تجارب به منظور جلوگیری از عکس‌العمل‌های عادت‌ی» توصیف می‌شود (ارزیک، شاپیرو، براون و مک‌کی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به‌عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت روان مادر-کودک شناخته شده و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه تمرینات ذهن‌آگاهی والدین بر کاهش استرس و اضطراب و دیگر هیجانات منفی و پرخاشگرانه در والدین، افزایش هیجانات مثبت در رابطه فرزند-والد، افزایش خوداثرمندی والدین و در نهایت تغییر رفتار پرخاشگرانه کودکان، مطرح می‌شود (پرز-بلاسکو، ویگر و رودریگو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ کاتوورث و همکاران، ۲۰۱۰؛ تارپین و چاپلین، ۲۰۱۶). همچنین بررسی تأثیر برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داده است که این برنامه‌ها می‌تواند باعث افزایش کارکرد روابط بین‌فردی و کارآمدی مقابله با استرس در والدین دارای کودکان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی از جمله مشکلات برونی‌سازی شود (بوگلز و رستیفو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳).

علی‌رغم تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن‌آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثر بخشی

1- Coatsworth, Duncan, Greenberg & Nix

3- Dean, Myors & Evans

5- Duncan & Bardacke

7- Perez-Blasco, Viguer & Rodrigo

2- Jiang, Gurm & Johnston

4- Turpyn & Chaplin

6- Orzech, Shapiro, Brown & McKay

8- Bögels & Restifo

استفاده از ذهن‌آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری مخصوصاً در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، بررسی کرده باشند (دیویس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، طوری که استفاده از ذهن‌آگاهی در بافت خانواده و به‌طور خاص در رابطه والد-فرزند، از کاربردهای جدید ذهن‌آگاهی می‌باشد. بررسی مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۳).

اصطلاح فرزندپروری ذهن‌آگاهانه اولین بار توسط کابات-زین<sup>۲</sup> مطرح شد که به‌عنوان حضور آگاهانه والدین در زمان حال و توجه خالی از قضاوت و پیش‌داوری نسبت به خانواده، فرزندان و شیوه‌های فرزندپروری، که منجر به درک عمیق‌تر فرزندان و خودشان می‌شود، توصیف شده است (کابات-زین، ۲۰۰۹). برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی همانند برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۳</sup> (MBSR) آموزشی نظام‌مند، مبتنی بر مراقبه توأم با ذهن‌آگاهی، با رویکرد خودتنظیمی در جهت سلامت جسمی و روانی فرد است.

هدف برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بهبود تأثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی، با هدف نهایی ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است (کابات-زین، ۲۰۰۹). مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله استرس و اضطراب و تعارض والد-فرزند، بیشتری را تجربه می‌کنند، که در نتیجه این تجربه، احساس شایستگی و کارآمدی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی خواهند داشت. این وضعیت منجر به ایجاد یک چرخه معیوب در روابط والد-فرزند و همچنین مشکلات خود والدین می‌شود. به این صورت که اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتماد به نفس پایین می‌شوند و به تدریج اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روحی مبتلا می‌شوند و این استرس شدید ناتوانی آن‌ها را برای تربیت مؤثر تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین احساس

1- Davis

3- Mindfulness-Based Stress Reduction

2- Kabat-Zinn

خودکارآمدی یا خوداثرمندی ضعیف در والدین به سبک والدگری بی‌ثبات و غیرمقتدر منجر می‌گردد، که این عوامل منجر به تشدید مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه و مشکلات روان‌شناختی مرتبط با آن در والدین آنها می‌شود (دارکن،<sup>۱</sup> ۲۰۰۸). بنابراین برای تغییر در شیوه‌های ارتباطی ناکارآمد والد-فرزند، ارتقا سلامت عمومی والدین، و در 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 ذهن‌آگاهی در زمینه اختلالات روان‌شناختی از جمله کاهش استرس و اضطراب دارای حمایت تجربی است (برنت-زیگلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ بامبر و اشنایدر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶) ولی علی‌رغم این تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن‌آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثر بخشی استفاده از ذهن‌آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری مخصوصاً در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، بررسی کرده باشند. بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین تأثیر برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و تعارض والد-فرزندی و افزایش خوداثرمندی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، بود.

### روش‌شناسی

مطالعه حاضر یک پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. 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 مدارس ابتدایی شهر نورآباد چهار دبستان دخترانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولان این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه، پرسش‌نامه کانرز<sup>۴</sup> (فرم والد) توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید. پس از تکمیل این پرسش‌نامه توسط والدین

1- Durukan  
3- Bamber & Schneider

2- Burnett-Zeigler  
4- Conners

و ارجاع مجدد آن به مدارس ۴۶ دانش‌آموز که نمره آن‌ها در پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) بالاتر از نقطه برش ۶۰ بود (بخشی، نجاتی، رضایی و حکمتی، ۱۳۹۰) انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه با توجه به نمره‌های پرسشنامه، جهت تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه‌ای بالینی که در یکی از مدارس انجام شد، شرکت نمایند. سپس با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه موجود در DSM-5، به‌صورت انفرادی مصاحبه بالینی انجام شد، تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود. و در نهایت 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 این ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه 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.

### ابزار پژوهش

مقیاس کانرز والدین<sup>۱</sup>: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ از سوی کانرز و همکاران استاندارد شده است. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سؤال است که والدین کودک بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای آن را تکمیل می‌کنند. این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به‌عنوان رایج‌ترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مورد استفاده قرار گرفته است (لینت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). کانرز و همکاران (۱۹۹۸) پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. اعتبار این پرسش‌نامه از سوی مؤسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۴). همبستگی درونی مقیاس فوق بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳، و روایی ملاکی آن  $T=0/67$  ( $p<0/001$ ) گزارش شد (شهائیان، شهیم و

1- Connors Parent Rating Scale (CPRS-R)

2- Linnet



بشاش، ۱۳۸۶؛ به نقل از نریمانی، شاهعلی و ابولقاسمی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱</sup>: 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 (+)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. طبق راهنمای بک و استیر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) کسب نمره صفر تا ۷ نشان‌دهنده اضطراب جزئی، نمره ۸-۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ نشان‌دهنده اضطراب متوسط، نمره ۲۶-۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. همسانی درونی این آزمون در ایران از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است (کاویانی، صیفوریان، شریفی و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه راهبردهای تعارض<sup>۳</sup>: این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که سه راهبرد حل تعارض: استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد و توسط موری ای اشتراس تهیه شده است. این مقیاس دارای سه فرم است که فرم تعارض با فرزند که در این پژوهش به کار رفته است. ۵ سؤال اول پرسشنامه، استدلال، ۵ سؤال دوم، پرخاشگری کلامی و ۵ سؤال سوم، پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد. نمره کل نیز به سطح تعارضات موجود اشاره دارد. نمرات بالا در کل مقیاس نشان بالاتر بودن تعارض است. سؤالات پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. پژوهش‌های متعددی در ایران، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس را تأیید می‌نمایند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ و به روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۲ گزارش شده است (عسگری و صفرزاده، ۱۳۹۳).

پرسشنامه خوداثرمندی والدگری<sup>۴</sup>: دومکا و همکاران (۱۹۹۶) این مقیاس را اولین بار برای ارزیابی خوداثرمندی والدگری مورد استفاده قرار دادند. این مقیاس شمال ۱۰ آیتم است که ۵ عبارت مثبت و ۵ عبارت منفی دارد و حس کلی والدین از اطمینان را در نقش والد می‌سنجد،

1- Beck Anxiety Inventory (BAI)  
3- Conflict Tactics Scales (CT)

2- Beck & Steer  
4- Parental self-agency measure (PSAM)

که ۵ عبارت منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای که طیف آن از ۱ = بندرت تا ۷ = همیشه است. طالعی، طهماسیان و وفایی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسشنامه را ۰/۷۰ و روایی صورت آن را مناسب گزارش نموده است.

شیوه اجرا: بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، 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 روان‌شناختی 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 آزمایش و گواه قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد مادران گروه آزمایش در برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی که طی ۸ جلسه دو ساعته به صورت هفتگی و مدت دو ماه در روزهای تعیین شده برگزار گردید، شرکت نمودند. لازم به ذکر است که از گروه آزمایش یک نفر از مادران در دو جلسه از برنامه حضور نداشت، لذا داده‌های ایشان از تحلیل کنار گذاشته شد و از گروه گواه نیز یکی از مادران در جلسه پس از آزمون حاضر نشد، بنابراین داده‌های حاصل از ۲۸ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) در تحلیل نهایی وارد شدند. همچنین قابل ذکر است که بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز به مدت سه جلسه در برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی شرکت نمودند. جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته شده از برنامه تدوین شده توسط بوگلز و رستیفو (۲۰۱۳) می‌باشد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شرح زیر بوده است:

جلسه 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 واریسی بدنی، تکلیف خانگی (ایجاد وقفه قبل از عمل، در نظر گرفتن فرزند به مثابه کشمش)، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول.

جلسه دوم فرزندپروری با ذهنی مبتدی: تمرین واریسی 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.

جلسه سوم برقرار کردن ارتباطی جدید با بدن به عنوان یک والد: تمرین واریسی 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 درحالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیتی ذهن آگاهانه با فرزند).

جلسه 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.

جلسه پنجم طرحواره‌ها و الگوهای فرزندپروری: چهل دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، بازشناسی 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.

جلسه ششم تعارض و فرزندپروری: تمرین واری بدن، تمرین قدم زدن با آگاهی، بازنگری تکلیف خانگی، بررسی تضادهای والد-فرزند، دیدن موقعیت تعارضی به عنوان یک موقعیت چالش برانگیز 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.

جلسه 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 واری بدن، تعیین تکلیف خانگی.

جلسه 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.

### یافته‌های پژوهش

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیری) در ادامه ارائه شده است. جدول (۱)، بیانگر مشخصات جمعیت شناختی مادران در دو گروه مورد پژوهش می‌باشد.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران

مجموع	تحصیلات مادران		انحراف استاندارد	میانگین سنی مادران	گروه
	دیپلم	بالای دیپلم			
۱۴	۶	۸	۱/۰۶	۲۹/۴۵	آزمایش
۱۴	۹	۵	۱/۱۵	۲۸/۹۵	گواه

جدول (۲)، میانگین و انحراف معیار دو گروه در دو شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول (۲) ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و گواه در نمرات اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآثرمندی والدگری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	اضطراب	۱۴	۲۴/۷۱	۷/۰۱	۱۷/۷۱	۵/۵۹
آزمایش	تعارض والد-فرزند	۱۴	۳۹/۶۴	۱۵/۷۸	۳۵/۱۴	۱۴/۱۹
	خودآثرمندی والدگری	۱۴	۲۹/۰۷	۷/۲۶	۴۰	۵/۷۷
	اضطراب	۱۴	۲۵/۳۵	۷/۹۴	۲۳/۷۱	۶/۵۴
گواه	تعارض والد-فرزند	۱۴	۳۸/۵	۱۵/۱۱	۳۷/۹۲	۱۴/۴۵
	خودآثرمندی والدگری	۱۴	۲۸/۳۵	۶/۶۴	۳۱/۵۷	۴/۵۶

داده‌های توصیفی به دست آمده در جدول (۲)، حاکی از این است که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون یکسان نیست و تفاوت‌هایی با هم دارند. به این صورت که نمره‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآثرمندی والدگری، بهبود یافته است. برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنادار از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف مورد آزمون قرار گرفت، که نتایج این آزمون برای هر دو گروه در نمره‌های متغیر وابسته، معنادار نشد که بدان معنی است که توزیع این گروه‌ها با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد. برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری باید روابط بین متغیرهای وابسته خطی باشد که در این مطالعه این فرض نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته بین (۰/۳۴ تا ۰/۳۰) به دست آمد، که حاکی از همبستگی متوسط بین متغیرهای وابسته می‌باشد؛ در نهایت مفروضه‌های برابری واریانس با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس با استفاده از آزمون M باکس و همچنین همگنی شیب رگرسیون‌ها مورد آزمون قرار گرفت، که سطح معناداری آماره F

بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، که حاکی از عدم تفاوت معنادار میان واریانس‌های متغیر وابسته بود، بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده نمود.

جدول (۳) تحلیل کوواریانس چند متغیری متغیرهای اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری در مرحله پس‌آزمون

نام آزمون	ارزش آماری	درجه آزادی	خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۶	۲۱	۲۲/۵۹	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۲۱	۲۲/۵۹	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲	۲۱	۲۲/۵۹	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۲	۲۱	۲۲/۵۹	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

جدول (۳) نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری را نشان می‌دهد. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته یعنی نمره کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ،  $F = 22/59$ ،  $P < 0/001$  = لامبدای ویلکز،  $F = 22/59$  = اندازه اثر). همچنین توان آماری آزمون برابر یک است که حاکی از کفایت حجم نمونه مورد پژوهش می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود نتایج بیانگر این است که بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمره کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری تفاوت معناداری ( $P < 0/001$ ) وجود دارد. به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نمره کلی اضطراب (۰/۳۷)، کاهش تعارض والد-فرزند (۰/۵۱) و خوداثرمندی والدگری (۰/۴۱)، بود. بنابراین برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش علایم اضطراب، کاهش در تعارضات بین والد-فرزند و افزایش خوداثرمندی والدگری در گروه آزمایش شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیرهای اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	پیش‌آزمون اضطراب	۵۹۷/۸۴	۱	۵۹۷/۸۴	۴۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	عضویت گروهی	۲۱۸/۱۹	۱	۲۱۸/۱۹	۱۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۳۶۵/۸۷	۲۵	۱۴/۶۳	-	-	-
تعارض والد-فرزند	پیش‌آزمون تعارض	۵۲۳۷/۰۳	۱	۵۲۳۷/۰۳	۱۳۴۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	عضویت گروهی	۱۰۲/۸۱	۱	۱۰۲/۸۱	۲۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۹۷/۶	۲۵	۳/۹	-	-	-
خوداثرمندی والدگری	پیش‌آزمون خوداثرمندی	۷/۸	۱	۷/۸	۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۰۱
	عضویت گروهی	۴۸۹/۲۹	۱	۴۸۹/۲۹	۱۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۶۹۷/۶۲	۲۵	۲۷/۹	-	-	-

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بود. نتایج حاکی از این بود که برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، توانست باعث کاهش علائم مربوط به اضطراب، کاهش در تعارضات بین والد-فرزند و افزایش خوداثرمندی والدگری، در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه شود.

با وجود اینکه تحقیقات زیادی در رابطه با اثر بخشی مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی انجام شده است، پژوهش‌های کمی در رابطه با کارایی این روش در برنامه‌های فرزندپروری وجود دارد، به گونه‌ای که استفاده از ذهن‌آگاهی در بافت خانواده و به‌طور ویژه در رابطه والد-فرزند در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلالات برونی‌سازی، از کاربردهای جدید

ذهن‌آگاهی می‌باشد (دیویس، ۲۰۱۲). با این وجود، نتایج این مطالعه می‌تواند در راستای تحقیقاتی از جمله (هایدیسکی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاتوورث و همکاران، ۲۰۱۰؛ تارپین و چاپلین، ۲۰۱۵؛ پرزبلاسکو و همکاران، ۲۰۱۳) باشد. نتایج این مطالعات حاکی از این است که برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش هیجان‌ات مثبت در رابطه فرزند-والد، کاهش هیجان‌ات منفی از جمله استرس و اضطراب والدین، ارتقاء فرزندپروری سالم، سلامت جسمی مادر و کودک و همچنین افزایش کارآمدی مقابله با استرس و اضطراب در والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شود.

مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به دلیل مشکلات رفتاری فرزند خود از جمله مشکل در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، تعارضات با والدین، تعارضات با همسالان، مدرسه، خواهر و برادر و نافرمانی زیاد دارند، استرس ادراک شده بیشتری را تجربه می‌کنند (ادواردز و همکاران، ۲۰۰۱؛ تول و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه احساس موفقیت و خودکارآمدی کمتر، احساس خشم، اضطراب و تعارض بیشتری را گزارش می‌دهند، و بنابراین سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند (مارگاری و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاریسون و سفنوف، ۲۰۰۲؛ گاگیانو و همکاران، ۲۰۱۴؛ گرازیانو و همکاران، ۲۰۱۱).

طبق نتایج این پژوهش مداخله فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست باعث کاهش علائم مربوط به اضطراب، تعارض بین والد-کودک و افزایش خودآزمندگی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه تیزدل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۰) 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 به‌نوبه خود منجر به تداوم و تشدید بیشتر آن هیجان می‌شود. از آنجایی که ذهن‌آگاهی

1- Teasdale



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 (رافی پاتانا، جوز و کلیپکاووسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶)، بنابراین می‌تواند به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کمک نماید که بتوانند پذیرش 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 ذهن‌آگاهی می‌تواند در تعدیل نمرات اضطراب، تعارض و خوداثرمندی 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 (گراسمن، نیمن، اسمیت و والش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) با توجه به اینکه در جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مادران تشویق می‌شوند تا به تعامل خود با کودک با چشم‌اندازی تازه نگاه کنند و جنبه‌های مثبتی که تاکنون کمتر مورد توجه بوده است، را مورد توجه آگاهانه قرار دهند، مادران این تجارب گذشته خود با کودک را در گروه بیان نموده و از اعضای گروه همدلی و بازخورد مثبت دریافت می‌کنند. که این بازخوردها به نوبه خود به آنان انگیزه داده که می‌تواند عاملی برای افزایش شایستگی و خوداثرمندی والدگری در آن‌ها باشد (پرز-بلاسکو و همکاران، ۲۰۱۳).

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

1- Raphiphatthana, Jose &amp; Kielpikowski

2- Grossman, Niemann, Schmidt &amp; Walach

احساسات بدنی و جسمانی خویش در 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 به‌عنوان شروع‌کننده یک چرخه معیوب رفتاری در رابطه مادر-فرزند شود (هایدیسکی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کابات-زین، ۲۰۰۹).

بنابراین آموزش فرزندپروری 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. این به این معنی است که به افکار و احساسات اجازه دهند که وجود داشته باشند، بدون اینکه به آن‌ها پاسخی داده شود یا سعی بر کنترل و حذف آن‌ها نمایند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با «آنچه اتفاق می‌افتد»، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی هراس و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناخوشایند به جای اجتناب یا پاسخ و دادن و تحلیل کردن آن‌هاست (استال و گلدشتاین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به فرزندشان رویکردی همدلانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند و از آنجایی که عوامل خانودگی مثل مشکلات والدین از جمله اضطراب بالا، خودآزمندی پایین والدین مخصوصاً مادر، در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه نقش مهمی دارند، لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار می‌دهند، که یکی از

1- Stahl & Goldstein

این برنامه‌ها برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با هدف بهبود تأثیرات استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی، و نهایتاً ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است. 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.

از جمله پیشنهادات این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی مشکلات فرزندان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی (از جمله، استرس و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده، رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای آن‌ها)، اشاره نمود. 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.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۲

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۲۰

## منابع

- بخشی، سروش؛ نجاتی، وحید؛ رضایی، سارا و عیسی حکمتی (۱۳۹۰). شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶، *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۴(۴)، ۲۰۳-۲۱۰.
- طالعی، علی؛ طهماسیان، کارینه و نرگس وفاپی (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر خودآزمندی والدینی مادران، *خانواده پژوهشی*، ۷(۲۷)، ۳۱۱-۳۲۳.
- عسگری، پرویز و سحر صفرزاده (۱۳۹۳). رابطه تنظیم هیجانی و اعتقادات مذهبی با راهبردهای حل تعارض با والدین در دانشجویان، *روان‌شناسی و دین*، سال ۷، ۲۵(۱)، ۸۱-۹۵.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۷(۲)، ۳۸۴-۳۲۳.
- کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین؛ شریفی؛ ونداد و نرگس ابراهیم‌خانی (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی، *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۷(۵)، ۳۸۵-۲۷۹.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانشناسی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران، انتشارات شهر آب.
- کوشان، محسن و حمیدرضا بهنام‌وشانی (۱۳۸۰). بررسی شیوع برخی اختلالات رفتاری و عوامل خانوادگی موثر در کودکان دبستانی شهر سبزوار، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۸(۴)، ۴۶-۴۰.
- نریمانی، محمد؛ شاهعلی، اعظم و عباس ابولقاسمی (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی، *فصلنامه پژوهش‌های نوین تبریز*، ۷(۳۶)، ۱۵۴-۱۳۶.
- Adimora, D.E., Nwokenna, E.N., Omeje, J.C. & Umeano, E.C. (2015). Parenting Styles and Attention Deficit Hyperactivity Disorder as Correlates of Academic Adjustment of In-School Adolescents in Enugu State, Nigeria. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 702-708.
- Alijani, A., Rahman, M. & Ghahari, S. (2013). The Effectiveness of Mother's Cognitive-behavioral Group Interventions on the Number of ADHD Children's Behavioral Problems, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 874-878.

- 
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: APA.
- Asherson, P. (2016). ADHD across the lifespan, *Medicine*, 44(11), 683-686.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S., Pelham, W.E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292.
- Bamber, M.D. & Schneider, J.K. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research, *Educational Research Review*, 18, 1-32.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990). Manual for the Beck anxiety inventory, *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., ... & Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children, *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 757.
- Bögels, S. & Restifo, K. (2013). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*, Springer Science & Business Media.
- Bondy, E.M. & Mash, E.J. (1999). Parenting Efficacy, Perceived Control over Caregiving Failure, and Mothers' Reactions to Preschool Children's Misbehavior, *Child Study Journal*, 29(3), 157-73.
- Burnett-Zeigler, I.E., Satyshur, M.D., Hong, S., Yang, A., Moskowitz, J.T. & Wisner, K.L. (2016). Mindfulness based stress reduction adapted for depressed disadvantaged women in an urban federally qualified health center, *Complementary therapies in clinical practice*, 25, 59-67.
- Coatsworth, J.D., Duncan, L.G., Greenberg, M.T. & Nix, R.L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial, *Journal of child and family studies*, 19(2), 203-217.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D. & Epstein, J.N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity, *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 257-268.

- Craig, F., Operto, F.F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders, *Psychiatry Research*, 242, 121-129.
- Davis, T.S. (2012). Mindfulness-based approaches and their potential for educational psychology practice, *Educational psychology in practice*, 28(1), 31-46.
- Dean, C., Myors, K. & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 179-190.
- Duncan, L.G. & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period, *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 190-202.
- Durukan, I., Erdem, M., Tufan, A.E., Congologlu, A., Yorbik, O., & Turkbay, T. (2008). Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 217-223.
- Edwards, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD, *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 557-572.
- Gagliano, A., Lamberti, M., Siracusano, R., Ciuffo, M., Boncoddo, M., Maggio, R., Rosina, S., Cedro, C. & Germano, E. (2014). A Comparison between Children with ADHD and Children with Epilepsy in Self-Esteem and Parental Stress Level, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 176- 183.
- Graziano, P.A., McNamara, J.P., Geffken, G.R. & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation, *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1073-1083.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis, *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Harrison, C. & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.

- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J. & Ducharme, J.M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: impact on individual and family functioning, *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76-94.
- Jiang, Y., Gurm, M. & Johnston, C. (2014). Child impairment and parenting self-efficacy in relation to mothers' views of ADHD treatments, *Journal of attention disorders*, 18(6), 532-541.
- Kabat-Zinn, M. (2009). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*, Hachette UK.
- Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T.B., Rodriguez, A., ... & Jarvelin, M.R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence, *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1028-1040.
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M.G., Lamanna, A., Matera, E. & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder, *Research in developmental disabilities*, 34(3), 1036-1043.
- Marmorstein, N.R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender, *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 420-432.
- Orzech, K.M., Shapiro, S.L., Brown, K.W. & McKay, M. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience, *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 212-222.
- Perez-Blasco, J., Viguer, P. & Rodrigo, M.F. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study, *Archives of women's mental health*, 16(3), 227-236.
- Raphiphatthana, B., Jose, P.E., & Kiepkowski, M. (2016). How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory?, *Personality and Individual Differences*, 93, 104-111.
- Stahl, B. & Goldstein, E. (2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook*, New Harbinger Publications.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by

- 
- mindfulness-based cognitive therapy, *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M.A. & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors, *Journal of Child and Family studies*, 20(5), 640-647.
- Tseng, W.L., Kawabata, Y. & Gau, S.S.F. (2011). Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD, *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 134-151.
- Turpyn, C.C. & Chaplin, T.M. (2016). Mindful Parenting and Parents' Emotion Expression: Effects on Adolescent Risk Behaviors, *Mindfulness*, 7(1), 246-254.
- Van der Oord, S., Bögels, S.M. & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents, *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.
- Yousefian, S., Soltani Far, A.S. & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.