

The Effectiveness of Mindful Parenting Education on Child Behavior's Problems and Parenting Stress among Mothers with Attention-deficit Hyperactivity Disorder

Narjes Fazli. M.A.

Clinical psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Iran

Ilnaz Sajjadian. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindful parenting education on child's behaviour problems and parenting stress among mothers with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) children whose age ranged from 6 to 13 in Isfahan. The population included all mothers of ADHD children in range of 6-13 years clinical and counselling centers of Isfahan in summer and autumn in 2015. The design of the study was quasi-experimental or more specifically pre-test, post-test control group design. Thus, 20 mothers of ADHD children were selected through available sampling technique and were randomly divided in two groups of experimental and control (10 for each). Participants completed two questionnaires including Child Behavior Checklist (Aachen Bach, 1991) and Parenting Stress (Aybydyn and Solis, 1991). The treatment, namely mindful parenting education was administered to the experimental group in 8 sessions over 8 weeks. The results of the multivariate covariance analysis of data indicated that, in post-test, mindful parenting education was effective in reducing behavioral disorders of children and in reducing parenting stress within child and parent domain. This was also persistent significantly in one month follow up stage ($P < 0.05$). The findings of the study support the view that mindful parenting education and drug therapy can help reduce behavioral problems in children with attention-deficit / hyperactivity disorder and parenting stress of their mothers.

Keywords: problem behavior, parenting stress, mindful parenting, attention-deficit/hyperactivity disorder.

اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر مشکلات رفتاری کودک و استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

نرجس فضلی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

ایلناز سجادیان*

عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر مشکلات رفتاری کودک، استرس والدگری والدین دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شهر اصفهان اجرا گردید. روش پژوهش، از نوع نیمه‌تجربی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری همه مادران دارای کودک ۶-۱۳ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به درمانگاهها و مراکز مشاوره شهر اصفهان در تابستان و پاییز ۱۳۹۴ بودند که از بین آنها ۲۰ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر). ابزارهای پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودکان (آخنباخ، ۱۹۹۱)، پرسشنامه‌های استرس والدگری (آییدین و سولیس، ۱۹۹۱) بود. آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه به شیوه گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار بر گروه آزمایش اجرا شد. گروه گواه در طی این مدت هیچ آموزشی دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، حاکی از کاهش میانگین نمرات مشکلات درونی، بیرونی کودک و استرس والدگری در قلمرو والد و کودک در مرحله پس‌آزمون و پایداری این اثر در مرحله پیگیری بود ($P < 0.05$). یافته‌های این پژوهش از کاربرد روش آموزشی فرزندپروری ذهن آگاهانه در کنار درمان‌های دارویی به‌منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و استرس والدگری مادران آنها حمایت می‌کند. **واژه‌های کلیدی:** مشکلات رفتاری کودکان، استرس والدگری، فرزندپروری ذهن آگاهانه، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی.

مقدمه

و رفیعی، ۱۳۹۰) و در استان مرکزی ۶/۶ درصد (گنجی، عسگری و ترک، ۱۳۹۰) گزارش شده است. اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی به‌صورت اختلالات بیرونی که این مشکلات معمولاً به سمت بیرون از فرد معطوف هستند؛ مثل برون‌ریزی، لجبازی، مشکل‌سازی و نافرمانی و اختلالات درونی که معمولاً به سمت درون هدایت شده‌اند و شامل گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب است، ظاهر می‌شوند (خانجانی و هداوندخانی، ۱۳۹۱) که به دلیل بروز این اختلالات به‌خصوص در سن تحصیل از طرف کودک، حساسیت والدین تحریک شده و واکنش‌های منفی آنها شدت می‌یابد. به همین علت تعامل کودک - والد به‌طور وسیعی متزلزل می‌شود و این چرخه به مرور زمان به وخامت روابط می‌انجامد و برای والدین یا مراقبان استرس واقعی ایجاد می‌کند (بیفرا و بارکلی، ۲۰۰۴). به‌طور کلی پژوهش‌ها حاکی از افزایش مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان دارای نقص توجه - بیش‌فعالی در گستره سن کودکی در نمونه‌های جامعه و مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌هاست (عابدی و قوام، ۱۳۹۰). فیشر^۹ (۲۰۰۴) نیز یکی از مشکلات عمده والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را استرس والدگری، احساس نداشتن شایستگی و کفایت آنها در تجربه با کودک ذکر کرده است. آیدین^{۱۰} (۱۹۹۲) نیز استرس والدگری را حاصل اثر تعامل کنش‌وری و خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت^{۱۱}، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری^{۱۲} یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند: سازش‌پذیری^{۱۳}، پذیرندگی^{۱۴}، فزون‌طلبی^{۱۵}، خلق^{۱۶}، فزون‌کنشی^{۱۷} و تقویت‌گری^{۱۸}) می‌داند. او همچنین معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی) دلیل افزایش احتمالی کنش‌وری نارسا و استرس والدگری است. استرس والدگری ممکن است به کاهش

فرزندپروری^۱ به طرز شگفت‌انگیزی خسته‌کننده و پرمسئولیت و در بیشتر مواقع بی‌پاداش است. با این حال هنوز هم بیشتر انسان‌ها همراه با عشق و رضایت و فداکاری آن را می‌پذیرند. در حالی که فرزندپروری به‌طور کل یک وظیفه چالش‌برانگیز است، این وظیفه ممکن است با داشتن کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی^۲ بغرنج‌تر نیز بشود (بارکلی، ادوارد، لارنی، فلچر و متویا^۳، ۲۰۰۴؛ کرونیس، چاکو، فابیانو، وایمبز و پلهام^۴، ۲۰۰۴). اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یک اختلال روانی شایع و مزمن در دوران کودکی است که توانایی‌های کودک در حفظ توجه و بازداری متناسب با سن وی را در موقعیت‌های شناختی - رفتاری مختل می‌کند (شیلز و هاوک^۵، ۲۰۱۰).

این اختلال، معمولاً با سه مشخصه رفتاری اساسی شامل بی‌توجهی، بیش‌فعالی (فزون‌کنشی) و تکانشگری توصیف می‌شود (عابدی و قوام، ۱۳۹۰). شروع این اختلال اغلب، قبل از دوران کودکی و تشخیص آن از ۶ سالگی است که موجب فعالیت بیش از حد و کاهش توجه و تمرکز در کودکان می‌گردد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). معیارهای پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری^۶ انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) برای این اختلال بر دو چیز تأکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با این اختلال تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در حداقل دو محیط مختلف، مثلاً خانه و مدرسه (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال، براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، در بیشتر فرهنگ‌ها در حدود ۵ درصد در کودکان و ۲/۵ درصد در بزرگسالان بوده است. این اختلال در پسران شایع‌تر است (کاپلان و سادوک^۷، ۲۰۱۵). براساس بررسی‌های انجام شده در مناطق مختلف ایران این فراوانی متغیر گزارش شده است. چنانکه در همدان ۸/۶۲ درصد (زارع بهرام‌آبادی و گنجی، ۱۳۹۳)، در کهگیلویه و بویراحمد ۲/۸ درصد دانش‌آموزان تیزهوش (بهشته، گنجی و ستوده، ۱۳۹۰) و در اراک ۳/۲ درصد (صالحی، مرادی، ابراهیمی

- | | |
|---|---|
| 1. parenting | 2. attention-deficit hyperactivity disorder |
| 3. Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia | 4. Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham |
| 5. Shields & Hawk | |
| 6. diagnostic and statistical manual for mental disorder.5th e(dsm-v) | |
| 7. Kaplan & Sadock | 8. Begera & Barkley |
| 9. Fisher | 10. Abdinn |
| 11. sense of competence | 12. restriction of role |
| 13. adaptability | 14. acceptability |
| 15. demandingness | 16. mood |
| 17. hyperactivity / distractibility | 18. child reinforces the parent |

والدین، بهره‌مندی از اطلاعات کافی در زمینه شناخت کودک و درک رفتارها و علل مشکلات رفتاری او است. بنابراین آموزش والدین به‌عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که پژوهشگران اثربخشی آن را بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان تأیید کرده‌اند (جانستون و همکاران، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخلات روانی - اجتماعی نظیر آموزش‌های رفتاری والدین موجب می‌شود که کارایی بیشتری برای مهار استرس خود به‌دست آورند و همچنین نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نیز کاهش یابد (هاک و اشنايدر، ۲۰۱۰). در برنامه‌های مختلف آموزش والدین، آنها را آموزش می‌دهند تا بهتر و مؤثرتر با کودکان دارای اختلال (با تمرکز بیشتر بر اختلال‌های بیرونی و درونی رفتار کودکان و همین‌طور با تمرکز کمتر بر اختلال‌های درونی رفتاری خود والدین) رابطه برقرار کنند (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴). با آنکه درمان‌های رفتاری به همراه دارو بر افراد مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه مؤثر است، اما درمان‌های رفتاری از جمله آموزش مدیریت رفتار والدین زمانی که والد خود نیز از این اختلال رنج برد، اثر کمتری در زمینه درمانی ایفا می‌کند (وندن و همکاران، ۲۰۱۰). در درمان‌های شناختی - رفتاری هم تأثیرات محدود به تأثیرات کلامی است و یادگیری مهارت‌ها اغلب بسیار کم اتفاق می‌افتد (پلهام و فابینو، ۲۰۰۸). وارد شدن ذهن‌آگاهی در حوزه فرزندپروری (فرزندپروری ذهن‌آگاهانه^۸) یکی از جدیدترین زمینه‌های کاربردی روش درمانی ذهن‌آگاهی در حوزه سلامت روان است که به‌طور خاص در فرزندپروری‌های با استرس بالا مطرح می‌شود و مناسب والدینی است که خودشان از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند. در فرزندپروری ذهن‌آگاهانه، والدین آموزش می‌بینند به جای توجه به رفتارهای مشکل‌زای کودکان و آسیب‌ها و استرس والدگری، متمرکز در لحظه اکنون باشند و متمرکز بر آنچه که به‌صورت خالص در حال اتفاق افتادن است. پرواضح است که مشکلات رفتاری کودکان از بزرگترین منابع ایجاد استرس در خانواده است، اما کار بر روی حل این مشکل بحث اصلی این روش فرزندپروری است (بوگلز و رستیفو^۹، ۲۰۱۴). برخورد متفاوت با استرس اصلی‌ترین موضوع یا به تعبیری قلب برنامه فرزندپروری ذهن‌آگاهانه است که کابات زین و کابات زین^{۱۰}

سلامت روانی و بهزیستی والدین منجر شود (هستینگ، کاوشاف، وارد، اسپینوسا، براو^۱، ۲۰۰۵). کرونیس، لاهی، پلهام، ویلیامز، بومن^۲ و همکاران (۲۰۰۷) اظهار کرده‌اند که آسیب والدین و رفتار والدگری عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی است. از طرفی زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به‌صورت عاملی تنش‌زا برای خانواده درک شده و همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان است، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به دلیل اینکه با مشکلات والدگری بیشتری روبه‌رو هستند، استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، ۱۳۸۶).

با توجه به اهمیت اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و عواقب و پیامدهای جبران‌ناپذیر ناشی از آن، لزوم پیگیری‌های درمانی کاملاً محرز است. در درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی همچون سنجش آن، باید با رویکردی چندبعدی به موضوع نگریست و علاوه بر آن نقاط قوت و ضعف کودک و خانواده را نیز لحاظ کرد (عابدی و قوام، ۱۳۹۰).

در حال حاضر، متداول‌ترین روش درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، استفاده از داروهای محرک دستگاه اعصاب مرکزی^۳ است. با آنکه دارودرمانی فواید بسیاری دارد، محدودیت‌های دارودرمانی از جمله عوارض جانبی نهنفته، ناپایداری تغییرات درمانی پس از قطع دارو و پاسخ ندادن ۲۰ تا ۳۰ درصد مبتلایان به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به دارودرمانی با محرک‌ها (دانفورث، هاروی، یولزک و مک کی^۴، ۲۰۰۶) سبب شده است تا تعداد زیادی از پژوهش‌ها به درمانگری‌های روان‌شناختی در مورد این کودکان اختصاص یابد (فروهیلچ، لنفیر، اپستین^۵، ۲۰۰۷؛ جانستون، هومرسن و سیپ^۶، ۲۰۰۸).

از جمله درمان‌های روان‌شناختی، آموزش رفتاری به والدین به‌منظور کاهش علائم رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است. والدین به دلیل تماس بیشتر با کودکان، با اجرای مداخلات شناختی - رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک می‌توانند نقش بسزایی در بهبود وی داشته باشند. جانستون و همکاران (۲۰۰۸)، هاک و اشنايدر^۷ (۲۰۱۰) طی مطالعات خود به تأثیر آموزش‌های رفتاری والدین بر کاهش نشانه‌های این اختلال تأکید کرده‌اند. لازمه مؤثر بودن

1. Hasting, Kovshoff, Ward, Espinosa & Brow
3. central nervous system
5. Froehlich, Lanpher & Epstein
7. Haack & Schnider
9. Bogels & Restifo

2. Lahey, Williams, Baumann
4. Danforth, Harvey & Mc Kee
6. Johnston, Hommersen & Seipp
8. mindful parenting
10. Kabat-Zinn & Kabat-Zinn

پژوهشگران این پژوهش، تاکنون از این شیوه فرزندپروری برای آموزش والدین در سطح کشور استفاده نشده است و خلأ آن در آموزش والدین به وضوح احساس می‌شود، بنابراین فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه مادران بر مشکلات رفتاری (درونی و بیرونی) کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
- ۲- آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه مادران بر استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
- ۳- آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه مادران بر مشکلات رفتاری (درونی و بیرونی) کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در مرحله پیگیری مؤثر است.
- ۴- آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه مادران بر استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در مرحله پیگیری مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: روش این پژوهش نیمه تجربی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه مورد مطالعه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه شهر اصفهان بودند که در بازه زمانی تابستان و پاییز سال ۱۳۹۴ به درمانگاهها و مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند، به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، پژوهشگر با مراجعه به تعدادی درمانگاه تخصصی و اعلام فراخوان، از مادران دارای شرایط برای شرکت در جلسات دعوت به عمل آورد. از میان افرادی که در فراخوان ثبت‌نام کردند، ۲۰ نفر از مادران که دارای ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: مادران دارای کودک ۶ تا ۱۳ سال که از روانپزشک و روان‌شناس بالینی براساس ملاک راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویرایش پنجم تشخیص اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را دریافت کرده و همگی تحت درمان دارویی با ریتالین بودند؛ نداشتن اختلال روانپزشکی حاد همزمان و تمایل مادران به شرکت و همکاری در آموزش از دیگر شرایط آزمودنی‌ها بود. لازم به ذکر است مادران تاکنون تحت آموزش هیچ مداخله دیگری قرار نگرفته

(۱۹۹۷) این‌گونه تعریف می‌کنند: «توجه و تمرکز بر کودک و بر والدگری همراه با توجه به‌طور خودآگاه، با تمرکز بر اینجا و اکنون و بدون قضاوت». فرزندپروری ذهن آگاهانه بر آن است تا به افراد آموزش دهد که به جای تمرکز بر مشکلات درونی تمرکز خود را از درون به بیرون و اتفاقات در حال جریان در محیط اطرافشان سوق دهند و آموزش مهارت‌های توجه مانند تمرکز، آگاهی نسبت به افکار، توانایی گسترش توجه و آگاهی از نتایج، کنترل رفتارها و افکار ناخودآگاه، در کاهش مشکلات این کودکان و والدین آنها بسیار کمک‌کننده‌تر از دیگر روش‌های رفتاری و شناختی است (بوگلز و رستیفو، ۲۰۱۴). در تأثیرگذاری این روش در درمان اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه ذکر این موارد حاوی اهمیت است که این روش در سه بخش رفتاری، شناختی و عصب‌شناختی موجب تغییراتی در مادران می‌شود (تیزدل، سگال و ویلیام، ۱۹۹۵؛ کلیپاتریک و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نقش آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه را در پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی به صورت تجربی و آزمایشی به اثبات رسانده‌اند (بوگلز، لتونن^۳ و رستیفو، ۲۰۱۰). بوگلز، هوستاد، وان دان، شاتر^۴ و رستیفو (۲۰۰۸)، در طی سه پژوهش در زمینه مراقبت‌های سلامت روان همراه با فرزندپروری ذهن آگاهانه بر والدین دارای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات بیرونی^۵ (مثل اضطراب، مشکلات رفتاری، نقص توجه - بیش‌فعالی) به این نتیجه رسیدند که ترکیب آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه برای والدین و فرزندان موجب افزایش اهداف شخصی مثبت و توجه در نوجوانان شده است. همین‌طور در پژوهش دیگری ساین، ساین، لانکیونی، ساین، ویتون و آدکینز^۶ (۲۰۱۰) بعد از دوازده جلسه آموزشی فرزندپروری ذهن آگاهانه برای مادران و فرزندان آنها دریافتند که این آموزش برای مادران باعث تسهیل شدن و افزایش پذیرش نسبت به فرزندانشان شده است. وقتی فرزندان آموزش ذهن آگاهی دیدند، در آنها هم احساس پذیرش و رضایت دیده شد که این نتایج در پیگیری همچنان پایدار ماند. به‌علاوه نتایج پژوهش برگسما، فورسما، دی بروین^۷ و بوگلز (۲۰۱۲) که با هدف بررسی اثربخشی روش آموزشی فرزندپروری ذهن آگاهانه صورت گرفت، نشان داد که این روش بر کاهش استرس‌های والدین و تأثیرات ناخوشایند اختلال بیش‌فعالی بر فرزندان و والدین بسیار مؤثر است.

با توجه به شیوع اختلال، شناخت پیامدهای آن بر کودکان و والدین مهم است و از آنجا که براساس بررسی‌های

1. Teasdale, Segal & Williams
3. Lehtonen
5 externalizing disorders
7. Bergsma, Formsma, De Bruin

2. Kilpatrick et al
4. Hoogstad, van Dun, Schutter
6. Singh, Singh, Lancioni, Singh, Winton & Adkins

بودند. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر). کفایت حجم نمونه براساس توان آماری مناسب به‌دست آمد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان^۱: یکی از مشهورترین و پرکاربردترین مقیاس‌های همه‌جانبه در این زمینه سیاهه رفتاری کودک است (آخنباخ^۲، ۱۹۹۱) که مهارت‌ها و مشکلات رفتاری کودک را در دو گروه پسر و دختر و از سه دیدگاه کودک، پدر و مادر و معلم می‌سنجد. طیف نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۱ تا ۵ است. آخنباخ (۱۹۹۱) با کاربرد آلفای کرونباخ، پایایی ۰/۴۶-۰/۹۶ و با همبستگی با دو مقیاس درجه‌بندی رفتار کانرز^۳ و سیاهه تجدیدنظر شده مشکل رفتاری کوای - پیترسون^۴ (۱۹۸۳) اعتبار ۰/۵۲-۰/۸۸ را گزارش کرده است. افزون بر این، بررسی‌ها (پیلر، کینگ، بایرد، کرایچ و بریم^۵، ۲۰۰۵؛ زبیکوسکی^۶ و کوهن^۷، ۱۹۹۸) نشان داده است که میان ارزیابی پدر و مادر و دوستان در مورد میزان رفتارهای اجتماعی و رفتارهای پرخاشگرانه تفاوتی وجود ندارد. بنابراین در بسیاری از موارد می‌توان نسخه پدر/مادر سیاهه رفتاری کودکان را به جای مقیاس تجدیدنظر شده بازی کودک^۸ به کار برد.

برک، کلاسز، استمز، اسلات و دورلیجزز^۹ (۲۰۰۷) با کاربرد دو نسخه پدر/مادر و کودک سیاهه رفتاری کودکان در هلند، برای ارزیابی مشکلات رفتاری ۳۴۰ دختر و پسر ۱۱ تا ۱۵ ساله، پایایی و اعتبار بالایی گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه روی گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر شهر تهران نیز اعتبار و پایایی بالایی را نشان داد (مینایی، ۱۳۸۵). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای اختلالات رفتاری بیرونی ۰/۷۸ و برای اختلالات رفتاری درونی ۰/۸۲ محاسبه گردید. در این پژوهش نیز از نسخه پدر/مادر، معلم این پرسشنامه استفاده شد. دو نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: بعضی فکرها را نمی‌تواند از ذهنش خارج کند (فکر و سواسی)؛ از تنهایی شکایت می‌کند.

پرسشنامه تنیدگی والدین: (PSI)^{۱۰} که آیدین^{۱۱} (۱۹۹۰) آن را ساخته است و براساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین - کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدین از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی

خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که به ایفای نقش والدین به‌طور مستقیم مرتبط هستند، ناشی می‌شود. شکل شاخص تنیدگی والدین، به‌عنوان شکل بازنگری شده شکل‌های پیشین است که تصحیح آن آسان‌تر و مقدار مواد آن کمتر است. این تغییرات، مدت زمان اجرا را کوتاه‌تر و تعیین نمرات آزمودنی‌ها در قلمروها و زیرمقیاس‌های مختلف را ساده‌تر کرده است. در آخرین بازنگری همبستگی بین هر ماده و هر مقیاس قلمرو را محاسبه کردند، این همبستگی‌ها حد رابطه بین هر ماده و قلمرو و همچنین توانایی مواد را در متمایز کردن افرادی که دارای مقدار زیادتر یا کمتر از ویژگی‌هایی سنجیده شده و در سه قلمرو اصلی مقیاس بودند، مشخص کردند. این بازنگری، مواد شاخص تنیدگی والدین را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داد و ۱۱ ماده اختیاری نیز به‌عنوان مقیاس تنیدگی زندگی افزوده شد. شیوه نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ از کاملاً موافقم (پاسخ یک) تا کاملاً مخالفم (پاسخ پنج) انجام می‌شود. استورا (۱۳۷۷) زیرمقیاس‌های مربوط به هر قلمرو و نیز مواد هر زیرمقیاس را شامل دو قلمرو کودکی (سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی - بیش‌فعالی، تقویت‌گری) و والدین (افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر، سلامت والدین، تنیدگی زندگی) دانسته است. ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هتنگ‌کنگی ۰/۹۳ به‌دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار همزمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بوده است (تام‌چان و وونگ^{۱۲} و آیدین؛ نقل از استورا، ۱۳۷۷) همچنین در پژوهش دادستان، ازقندی و حسن‌آبادی (۱۳۸۵) ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ به‌دست آمد. در پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ محاسبه گردید. دو نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: خود را تنها و بدون دوست احساس می‌کنم؛ کودکم آنقدر فعال است که مرا خیلی خسته می‌کند.

1. child behavior checklist

3. Conners' Behavior Rating Scale (CBRS)

5. Pepler, King, Craig, Byrd & Bream

7. Cohen

9. Breuk, Clauser, Stams, Slot & Doreleijers

11. Abidin

2. Achenbach

4. quay- peterson revised behavior problem checklist (q-prbpc)

6. Zbikowski

8. Revised Child Play (RCP)

10. Parenting Stress Index

12. Tomchom & Woong

روش اجرا و تحلیل

پس از نمونه‌گیری، پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک و تنیدگی والدین به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برگزار شد. گروه گواه تا پایان مرحله پیگیری هیچ آموزشی را دریافت نکردند. برنامه آموزشی مورد استفاده در پژوهش، برنامه آموزشی بوگلز و رستیفو (۲۰۱۴) بود که پس از ترجمه، تعدادی از متخصصان روان‌شناس بالینی و مشاوره، روایی صوری و محتوایی آن را ارزیابی کردند. سپس جلسات آموزش به‌صورت آزمایشی بر سه نفر از مادران که شرایطی شبیه به گروه آزمایش داشتند، اجرا و ابهام در ادراک مفاهیم هر جلسه برطرف شد. برنامه آموزشی نهایی بر روی نمونه اصلی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه جلسات بدین صورت بود:

جلسه اول: تن آرامی بر روی تصمیم، معرفی خود، صحبت در مورد قوانین گروه، بحث در مورد تمرین کشمشی، توضیحی در مورد اساس فرزندپروری ذهن آگاهانه: تمرین استرس صبحگاهی، استراحت، مشاهده بدن با ذهن آگاهی (وارسی بدن)، تمرین منزل. جلسه دوم: واریسی بدن به همراه بررسی و بحث کردن، صحبت در مورد تجربه مشاهده فرزند، تمرین‌های صبحگاهی از نظر یک دوست، استراحت، واریسی بدن، آموزش سپاسگزاری، همراهی با تنفس و بحث مختصر، توضیح تمرینات خانگی، تن آرامی مختصر.

جلسه سوم: تن آرامی نشسته، بحث در مورد تمرین‌های خانگی، وقفه تنفسی سه دقیقه‌ای، استراحت، یوگا (خوابیده)، بحث در مورد مشاهده بدن در هنگام موقعیت‌های والدگری همراه با استرس، استرس والدگری: مهربانی با خود، تکالیف خانگی، وقفه تنفسی سه دقیقه‌ای.

جلسه چهارم: تن آرامی نشسته همراه با توجه به صداها و افکار، خواندن داستان‌های متناقض، بحث در مورد اتفاقات تنش‌زایی که در تقویم آورده‌اند، آموزش دوری جستن و دوری کردن، پاسخ‌های جنگ، مقاومت، کوتاه آمدن و رقصیدن، وقفه تنفسی سه دقیقه‌ای در زیر فشار استرس، استراحت، تصویرسازی: آگاهی و پذیرفتن استرس والدگری، یوگای ایستاده، مرور تمرینات خانگی.

جلسه پنجم: تن آرامی نشسته به همراهی احساسات، بحث در مورد تمرین‌های خانگی، مدل‌های طرحواره‌ای والدین و واکنش‌های بازتابی آنان، وقفه تنفسی سه دقیقه‌ای، استراحت، پیاده‌روی با تن آرامی در داخل، نگهداری احساسات، مرور تمرینات خانگی.

جلسه ششم: تن آرامی نشسته با توجه انتخابی، مرور تمرینات خانگی هفته قبل، بحث‌های گروهی در مورد اکتشافات مدل‌های طرحواره‌ای مادران، پیاده‌روی با تن آرامی در بیرون، استراحت، درک دیدگاه دیگران در بحث و تجدید نظر، تمرینات خانگی.

جلسه هفتم: تن آرامی بر پایه عشق‌ورزی و مهربانی و بحث، مرور تمرینات هفته قبل، مرور تمرینات خانگی گسیختگی و پیوند، بحث در مورد یک روز با ذهن آگاهی در خانه یا در محل کار، صحبت در مورد نیازها، استراحت، تصویرسازی تمرینات: بازی نقش در گروه‌های دو نفره، مرور تمرین‌های خانگی.

جلسه هشتم: واریسی بدن، مرور تمرین‌های هفته قبل، تمرین شفقت، تن آرامی بر آنچه که تا اکنون فرا گرفته‌اند، تن آرامی بر روی برنامه‌ای که برای چهار هفته آینده در نظر دارند، مراقبه کوهستان برای والدین، مراقبه سنگ، استراحت همراه با مرور کتاب‌ها و سایت‌های کمک‌کننده، فرایند توضیح عناوین فراگرفته شده، ارائه پیشنهادات برای فرزندپروری ذهن آگاهانه روزانه، برنامه‌ریزی برای جلسه پیگیری، تن آرامی نشست.

دوره اجرای آموزش دو ماه به طول انجامید. در پایان آموزش، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و بعد از گذشت یک ماه نیز پیگیری انجام گرفت. همه داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۲ با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل گردید.

یافته‌ها

قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای آمار پارامتریک بررسی شد. سطح معناداری کولموگروف اسمیرنوف به‌منظور هنجاریابی توزیع، در خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودک، برای مشکلات بیرونی ۰/۵۳ و برای مشکلات درونی ۰/۲۴ و در خرده‌مقیاس‌های استرس والدگری در قلمرو کودک ۰/۰۷ و در قلمرو والد ۰/۰۸ به‌دست آمد، در نتیجه پیش‌فرض هنجار بودن توزیع متغیرها تأیید می‌شود. همچنین پیش‌فرض لوین به‌منظور بررسی تساوی واریانس‌ها برای مشکلات رفتاری بیرونی در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۷ و در مرحله پیگیری ۰/۶، برای مشکلات درونی در مرحله پس‌آزمون ۰/۹۷ و در مرحله پیگیری ۰/۸، برای استرس والدگری در قلمرو والد در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۸ و در مرحله پیگیری ۰/۵۶ و استرس والدگری در قلمرو کودک در مرحله پس‌آزمون ۰/۹۷ و در مرحله پیگیری ۰/۱۷ محاسبه شد که این پیش‌فرض برقرار بود ($P > 0/05$).

جدول ۱- تحلیل کواریانس (مانکوا) تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر مشکلات رفتاری کودک و استرس‌های والدگری

متغیر	مرحله	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
مشکلات رفتاری	پس‌آزمون	بیرونی	۲۲۱۴۷/۱	۱	۲۲۱۴۷/۰۸	۲۷۱/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴	۱
		درونی	۹۸۱۷/۰۳	۱	۹۸۱۷/۰۳	۲۷۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴	۱
	پیگیری	بیرونی	۸۷۴۷/۸	۱	۸۷۴۷/۸۰	۱۰۱/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱
		درونی	۷۱۱۸/۵۳	۱	۷۱۱۸/۵۳	۱۶۹/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
استرس والدگری	پس‌آزمون	قلمرو والد	۸۷۳۹۹/۱	۱	۸۷۳۹۹/۱	۴۶۶۲/۷۸	۰/۰۰۰۱	۱	۱
		قلمرو کودک	۸۲۶۷۳/۸۵	۱	۸۲۶۷۳/۸۵	۱۳۰۱/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸	۱
	پیگیری	قلمرو والد	۹۶۱۴۴/۴۳	۱	۹۶۱۴۴/۴۳	۱۰۳۳۶/۱۲	۰/۰۰۰۱	۱	۱
		قلمرو کودک	۱۱۰۹۹۶/۷	۱	۱۱۰۹۹۶/۷	۷۴۳/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷	۱

قلمرو درونی: $F=۱۶۹/۲۱$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۹۰$ ؛ قلمرو والد: $F=۱۰۳۳۶/۱۲$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۱$ ؛ قلمرو کودک $F=۷۴۳/۸۳$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۹۷$ ؛ میانگین‌های تعدیل شده برای متغیر مشکلات رفتاری در حیطه اختلالات درونی و بیرونی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش به ترتیب $(۱۸/۹۰ و ۲۷/۹۷)$ و برای متغیر استرس والدگری در زمینه والد و کودک در مرحله پیگیری در گروه آزمایش به ترتیب $۶۱/۹۰ و ۷۶/۹۸$ به دست آمد. نتایج به دست آمده حاکی از تأیید شدن فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه مادران بر مشکلات رفتاری (درونی و بیرونی) کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و تأثیر این آموزش بر استرس والدگری مادران در مرحله پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های فرضیه اول پژوهش نشان داد بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری کودک (درونی و بیرونی) در دو گروه آزمایش و گواه پس از آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۵$) و میانگین گروه آزمایش پایین‌تر از گروه گواه است که نشان‌دهنده کاهش علائم در این کودکان است. همچنین این نتایج در مرحله پیگیری پایداری خود را حفظ کرده است. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های ساین و همکاران در طی سالهای ۲۰۰۶، ۲۰۰۷، ۲۰۱۰ بود که

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود مقدار F در مرحله پس‌آزمون برای متغیر مشکلات رفتاری کودک (بیرونی و درونی) و استرس والدگری در قلمرو والد و کودک معنادار به دست آمد. حجم اثر بیانگر تأثیر آموزش گروهی و مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری بالا در این آزمون حاکی از کفایت حجم نمونه برای این مطالعه بوده است. (مشکلات بیرونی: $F=۲۷۱/۳۹$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۹۴$ ؛ مشکلات درونی: $F=۲۷۷/۰۰$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۹۴$ ؛ استرس والدگری در قلمرو والد: $F=۴۶۶۲/۷۸$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۱$ ؛ استرس والدگری در قلمرو کودک: $F=۱۳۰۱/۸۵$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۹۷$)؛ میانگین‌های تعدیل شده، برای متغیر اختلالات درونی و بیرونی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب $۱۷/۰۷، ۲۰/۱۳$ و برای متغیر استرس والدگری در قلمرو والد و کودک در مرحله پس‌آزمون $۶۱/۹۰، ۷۶/۹۸$ به دست آمد؛ بنابراین فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه مادران بر مشکلات رفتاری (درونی و بیرونی) کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و تأثیر این آموزش بر استرس والدگری مادران در مرحله پس‌آزمون تأیید شد. همچنین نتایج در مرحله پیگیری نیز نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است، مقدار F در مرحله پیگیری برای متغیر مشکلات رفتاری کودک (بیرونی و درونی) و استرس والدگری در قلمرو والد و کودک معنادار به دست آمد (قلمرو بیرونی: $F=۱۰۱/۴۳$ ، $P=۰/۰۰۰۱$ و حجم اثر $=۰/۸۶$ ؛

کنترل استرس‌های والدگری خود شوند که این مسأله خود باعث بهبود روابط با فرزند می‌شود. آشنا کردن مادران با روش‌های شفقت نسبت به خود، تن‌آرامی سریع، تمرکز بر شرایط به جای تمرکز بر افکار و روش وقفه تنفس سه دقیقه‌ای به مادران کمک می‌کند تا حدود زیادی از استرس والدگری خود بکاهند و نگاهشان را به مشکلات فرزندانشان و شرایط موجود تغییر دهند. این مسأله موجب تغییر نوع روابط آنان با فرزندانشان شده که به سهم خود بر کاهش مشکلات بیرونی و درونی این کودکان تأثیر می‌گذارد. در تبیین این دو فرضیه پژوهش و تأثیرگذاری این روش بر مادران در رابطه با کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، ذکر این موارد مهم است که این روش در سه بخش باعث بهبود نشانه‌ها در افراد مبتلا به این اختلال می‌گردد. در بخش رفتاری، آموزش ذهن آگاهی متمرکز بر افزایش توانایی کنترل توجه دارد که به سهم خود در کاهش مشکلات ناشی از بی‌توجهی در فرزند و مادر مؤثر است و از طرفی افزایش تمرکز در مادران به بهبود پاسخ‌دهی آنها در شرایط تنش‌زا کمک می‌کند و همین‌طور این آموزش‌ها باعث کاهش پاسخ‌های ناآگاهانه در فرزندان و به‌خصوص در مادران می‌شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). در زمینه نوروفیزیولوژی نیز شواهد نشان می‌دهد که تغییراتی در منطقه استریوفرونتال مغز بعد از آموزش‌های ذهن آگاهی به وجود آمده است و عملکردهای توجه، حافظه و دیگر تمرینات شناختی بهبود می‌یابد (هیررن و فیلیپات، ۲۰۱۱؛ کلیپاتریک و همکاران^۱، ۲۰۱۱). تمرینات فرزندپروری ذهن آگاهانه باعث آگاهی عمیق‌تر و و بهتر نسبت به طبیعت یکتای فرزند در مادران می‌شود که این مورد به تقویت عنصر پذیرش در مادران کمک و در نتیجه به بهبود استرس‌های والدگری آنان کمک شایانی می‌کند، از طرفی این امر باعث می‌شود مادران احساسات و نیازهای فرزندانشان را دقیق‌تر درک و در رفع آنان تلاش کنند که موجب کاهش مشکلات رفتاری در این فرزندان می‌شود. همین‌طور توانایی بیشتر، برای بودن در لحظه و گوش دادن با تمام توجه در این روش در مادران تقویت می‌شود و توانایی شناخت و پذیرش اتفاقات در هر لحظه چه گوارا و چه ناگوار به مادران داده می‌شود و همین‌طور آموزش شفقت نسبت به خود به آنها، موجب کم شدن استرس والدگری در این مادران می‌شود. در این روش آموزشی شناخت و تشخیص واکنش‌ها به مادران در موقعیت‌های مختلف و تلاش برای پاسخ‌های آگاهانه همراه با شفقت و مهربانی موجب کاهش مشکلات رفتاری درونی و بیرونی فرزندانشان می‌شود.

در پژوهش‌های خود نشان دادند که آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر فرزندان مبتلا به اتیسم (۲۰۰۶)، فرزندان عقب‌مانده ذهنی (۲۰۰۷) و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (۲۰۱۰) و والدین آنها مؤثر بوده است. این تأثیر در کودکان با کاهش متغیرهای عصبانیت، پرخاشگری و رفتارهای لجبازانه مشاهده شد. همچنین افزایش در روابط اجتماعی مثبت در فرزندان دیده شد. در مادران نیز تأثیرات مثبتی در ارتباط با فرزندانشان به دست آمد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه بولگر و همکاران (۲۰۰۸)، مبنی بر تأثیر آموزش در فرزندپروری ذهن آگاهانه بر والدین دارای کودکان و نوجوانان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی بر کاهش علائم آنها همسو است. لازم به ذکر است که تفاوت این پژوهش با مطالعه بولگر و همکاران (۲۰۰۸) در این بود که در پژوهش پیش رو صرفاً آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه به مادران داده شد و مداخله‌ای به‌طور مستقیم بر فرزندان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی صورت نگرفت. در تبیین یافته‌های فرضیه اول پژوهش باید به این نکته اشاره کرد که آموزش ذهن آگاهی به مادران باعث شناخت هر چه بهتر مادران از خود و فرزندانشان شده است. همچنین طی این آموزش‌ها مادران آموختند که به خود، شرایط و کودکان خود بدون پیش‌فرض‌های قبلی که در ذهن آنان در رابطه با اختلال فرزندانشان به وجود آمده بود نگاه کنند و همین‌طور نگاه بدون قضاوت به مادران به بهبود روابط آنان با کودکانشان و در نتیجه کاهش مشکلات رفتاری کودکانشان کمک کرد؛ چه بسا که مادران بیشترین ارتباط را با فرزند دارند و اگر این ارتباط مخدوش باشد، خود عامل مهمی در دامن زدن به مشکلات در کودکان است. این روش آموزشی کمک شایانی به بهبود روابط مادر-فرزندی می‌کند. همچنین نتایج فرضیه دوم پژوهش نشان داد که آموزش گروهی فرزندپروری ذهن آگاهانه، استرس والدین را در قلمرو والد و کودک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش برگسما و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر تأثیر فرزندپروری ذهن آگاهانه بر کاهش استرس والدگری مادران به‌طور مستقیم همسو و با نتایج پژوهش ساین و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر تأثیر فرزندپروری ذهن آگاهانه بر تسهیل شدن و افزایش پذیرش نسبت به فرزندانشان به‌طور غیر مستقیم همخوانی دارد. این نکته نیز در تبیین این نتیجه قابل ذکر است که روش آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه با آموزش روش‌های ذهن آگاهی، تن‌آرامی و یوگا به مادران کمک می‌کند تا موفق به

صالحی، ب.، مرادی، ش.، ابراهیمی، س.، و رفیعی، م. (۱۳۸۹). مقایسه شیوع اختلال ADHD (تقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۶(۱)، ۴۵-۵۴.

عابدی، ا.، قوام، ع. (۱۳۹۰). *روان‌شناسی و آموزش کودکان با نقص توجه - بیش‌فعالی*، چاپ اول، اصفهان: چاپ هشت‌بهشت، ص ۸۲.

کاپلان، ه. و. و. و سادوک، ب. (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی)*. ترجمه فرزین رضاعی، (۱۳۸۷)، چاپ چهارم، تهران: انتشارات ارجمند. جلد اول.

گنجی، ک.، عسگری، م.، و ترک، ف. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی استان مرکزی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۳(۱)، ۱۰۹.

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۹(۱)، ۵۲۹-۵۵۸.

Abidin, R.R. (1990). Introduction to the special issue: The stress of parenting. *Journal of clinical psychology*, 298-301.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic & statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, third edition, New York. Guilford Press.

Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2004). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 924-941.

Beck, S.J., Young, G.H., Tarnowski, K.G. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal control. *Journal of Academy of Child & Adolescent Psychiatry*: 88:150.

Befera, M.S., Barkley, R.A. (2002). Hyperactive and normal girls and boys: Mother child interaction, parent psychiatric status, and child psychopathology. *Journal of child psychol psychiatry*; 26:439-452.

Bergsma, E., Formsa, A., De Bruin, E., Bögels, S. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5): 775-787.

استرس والدگری حاصل اثر تعاملی کنش‌وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین با خصوصیات کودک است و از آنجا که در این پژوهش فرزندان مورد آموزش ذهن‌آگاهی قرار نگرفتند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور افزایش تأثیر مداخله و پایداری اثر، آموزش به صورت ترکیبی به مادران و کودکان آنها داده شود. در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی هم وجود داشت، یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که اجرای آن بر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی که به چند درمانگاه واقع در شهر اصفهان در بازه زمانی خاص مراجعه کرده‌اند، انجام گرفت و نمونه‌گیری تصادفی نبوده؛ بنابراین برای تعمیم یافته‌های آن باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین این پژوهش بر روی یک گروه آزمایشی انجام شد و نتایج با آموزش دیگری مقایسه نشد و مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی یک ماهه بود بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با تعداد نمونه‌های بزرگتر و در جوامع مختلف صورت گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج بهتر صورت گیرد. همچنین مرحله پیگیری در زمان طولانی‌تری انجام شود تا پایداری اثر آموزش برای مدت زمان طولانی‌تری مشخص شود و این طرح در قالب طرح چهارگروهی سولومون یا پنج‌گروهی با یک گروه شبه آزمایشی انجام گیرد و نتایج با شیوه‌های دیگر فرزندپروری مقایسه گردد.

منابع

استورا، ج. (۱۹۹۴). *تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن*، ترجمه پریخ دادستان، (۱۳۷۷)، چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.

بهشته، ن.، گنجی، ک.، و ستوده، م. (۱۳۹۰). شیوع نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در دانش‌آموزان تیزهوش دوره راهنمایی استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۹۰-۱۳۸۹. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۲(۵)، ۶۱.

حاجبی، ا.، حکیم شوشتری، م.، خواجه‌دین، ن. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود نقص توجه. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۱(۴): ۴۳۵-۴۴۰.

خانجانی، ز.، و هداوندخانی، ف. (۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیتی مادر با اختلال‌های برونی و درونی دختران، *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۷(۱)، ۹۹-۱۰۸.

زارع بهرام‌آبادی، م.، و گنجی، ک. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۴)، ۲۵-۴۳. روشن‌بین، م.، پوراعتماد، ح.، و خوشابی، ک. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به ADHD. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰(۱)، ۵۵۶-۵۷۲.

- Bergsma, W., Bogels, S.M. (2011). *Mindfulness Training for Adolescents With ADHD and their Parents*. Masterscriptie Orthopedagogiek Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen Universiteit van Amsterdam.
- Bögels, S., Restifo, K. (2014). *Mindful Parenting (A Guide for Mental Health Practitioners)*. Springer New York Heidelberg Dordrecht London.
- Bögels, S.M., Lehtonen A., & Restifo K. (2010). Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, 1(2): 107-120.
- Breuk, R.E., Clauser, C.A.C., Stams, G.J.J.M., Slot, N.W., & Doreleijers, T.A.H. (2007). The validity of questionnaire self-reports of psychopathology and parent-child relationship. *Journal of Adolescence*, 30(5), 761-771.
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- 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 attention - deficit / hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43: 70-82.
- Danforth, J.S., Harvey, E., Ulaszcek, W.R., & Mckee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with ADHD and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Froehlich, T.E, Lanphear, BP., Epstein, JN., Barbaresi, WJ., Katusic, SK., Kahn, RS. (2007) Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(9):857-864.
- Gerdes, A.C., Haack, L.M , & Schneider, BW, (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders*, 16(2): 147-156.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., Espinosa, F.D., Brown, T., & Remington, B. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of preintervention-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.
- Heeren, A., Philippot, P. (2011). Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefit of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.
- Johnston, C., Hommersen P., Seipp C. (2008). Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: relations to child and parent characteristics. *Journal of behavior therapy*, 39(1):22-32.
- Kabat-Zinn, M., Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Kilpatrick, L.A., Suyenobu, B.Y., Smith, S.R., Bueller, J.A. Goodman, T., Creswell, J.D., et al. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *NeuroImage*, 56, 290-298.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214. Quay, H.C., & Peterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. <http://proust.library.miami.edu/findingaids>.
- Pepler, D.J., King, G., Craig, W., Byrd, B., & Bream, L. (2005). *The development and evaluation of multisystem social skills group training program for aggressive children*. *Journal of Child and Youth Care Forum*, 24, 297-313.
- Sadock, V., & Sadock, B. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: William & Wilkins.
- Shiels, K., Hawk, L.W. (2010) Self-regulation in ADHD: The role of Error processing. *Clin psychol Rev*; 300: 951-961.
- Singh, N., Singh, A.N., Lancioni, G.E., Singh, J., Winton, A.S.W., & Adkins, A.D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 157-174.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Van den Veen-Mulders, L.J., Sytema, S., Emmelkamp, P.M.G., Minderaa, R.B., et al. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder: Moderatorsof treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 317-326.
- Zbikowski, S.M., & Cohen. R. (1998). Parent and peer evaluations of the social competence of children with mild asthma. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 249-265.