

بررسی اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی

فیروزه غضنفری^۱، نسرين السادات حسینی رمقانی^۲، سیده خدیجه مرادیانی گیزه^۳، رود^۴، مهناز مهرابی^۵، هادی پناهی^۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، بی‌خوابی و اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی بود.

مواد و روش کار: طرح پژوهش به صورت شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. بدین منظور ۳۴ نفر از مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی بعد از نمونه‌گیری هدفمند به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. از فهرست رفتاری کودک (فرم گزارش والدین CBCL و فرم معلم TRF) به همراه مصاحبه بالینی به عنوان ابزار غربالگری و از پرسشنامه سلامت عمومی، برای گردآوری داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اعمال گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به تفاوت معنادار آماری ($P < 0/01$) بین مراحل پیش و پس از آزمون در نمره کلی سلامت عمومی و تمام زیر مقیاس‌های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، بی‌خوابی و اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخش بودن استفاده از برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، آموزش این برنامه در راستای کاهش فشار روانی این گروه از افراد جامعه پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال لجبازی نافرمانی، فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سلامت عمومی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره هفتم، ص ۶۴۱-۶۲۹، مهر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: لرستان، دانشگاه لرستان، گروه روانشناسی، تلفن: ۳۳۱۲۰۰۹۷

Email: leylabahari@ymail.com

مقدمه

تمایز کردن رفتاری که در محدوده عادی است از رفتاری که بیمارگونه است استفاده شود، زمانی که این رفتارها با فراوانی زیاد تکرار شوند و حالت شدیدی به خود بگیرد، به نوعی اختلال به نام اختلال لجبازی نافرمانی تبدیل می‌شوند (۳). بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM V)، اختلال لجبازی نافرمانی با الگوی خلق خصمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی/نافرمانی، یا کینه‌جویی که حداقل شش ماه ادامه دارد مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگ‌ترها

لجبازی و نافرمانی از مراحل رشد طبیعی در کودکان است. بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۲ تا ۲۰ ماهگی نمود پیدا می‌کند و در ۳ سالگی به اوج خود می‌رسد و سپس در سال‌های پیش‌دبستانی کاهش پیدا می‌کند (۱). این وضعیت زمانی نیازمند توجه بالینی می‌شود که از نظر تداوم، شدت و فراوانی وضعیتی غیرعادی پیدا کند، به این صورت که با وضعیت رشدی و سنی کودک هماهنگ نباشد (۲). از تداوم و فراوانی این رفتارها باید برای

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

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

^۳ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران (نویسنده مسؤل)

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، همیان، ایران

^۵ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

دارد (۱۲، ۱۱، ۳). کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی مشکلاتی در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی زیاد دارند که به‌عنوان یک‌بار اضافی، باعث افزایش استرس ادراک‌شده توسط والدین می‌شوند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال برونی‌سازی شده دارند (ازجمله اختلال لجبازی نافرمانی) احساس موفقیت و اثربخشی کم‌تر، احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری را گزارش می‌دهند و بنابراین سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند (۱۴، ۱۵). مشکلات روانی والدین ازجمله سطوح بالای استرس و اختلال در کارکرد روانی اجتماعی آن‌ها، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد (۱۶).

با توجه به اینکه تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد آن‌ها، در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی نقش مهمی دارند (۱۶) لذا ازجمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند (۱۷).

ازجمله روش‌های مؤثر برای بهبود سازگاری روان‌شناختی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد (۱۸). این رویکرد باعث ارتقاء فرزندپروری سالم و سلامت جسمی مادر و کودک و همچنین رشد هیجانی-اجتماعی کودک می‌شود (۱۹).

بیش از سه دهه است که ذهن‌آگاهی به‌عنوان "قضاوت نکردن، هشیار بودن در لحظه حال، افزایش خودآگاهی و توانایی بازشناسی تجارب به‌منظور جلوگیری از عکس‌العمل‌های عادت‌ی" توصیف می‌شود (۲۰). شواهد تجربی قابل‌توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به‌عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت روان مادر-کودک شناخته‌شده و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه تمرینات ذهن‌آگاهی والدین بر افزایش سلامت عمومی و کاهش هیجانات منفی والدین، افزایش هیجانات مثبت در رابطه فرزند-والد و تغییر رفتار پرخاشگرانه کودکان، مطرح می‌شود (۲۱، ۱۸). 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 ازجمله مشکلات برونی‌سازی شود (۲۲، ۲۳). علی‌رغم تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن‌آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثربخشی استفاده از ذهن‌آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری بررسی کرده باشند (۲۴). طوری که استفاده از ذهن‌آگاهی در بافت خانواده و به‌طور خاص در رابطه والد-فرزند، از

جروبحث می‌کنند، زود از کوره در می‌روند و خشمگین و زودرنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمدتاً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند و برای اشتباهات و سوء رفتار خود، دیگران را سرزنش می‌کنند. شیوع این اختلال بین ۱ تا ۱۱ درصد است که در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند، همچنین شیوع قبل از نوجوانی آن در پسران قدری بیشتر از دختران است (۲۴).

اختلال لجبازی نافرمانی تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (۲۵). رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان باعث اختلال در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آن‌ها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود (۲۶). وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون خانوادگی با والدین و دیگر اعضای خانواده همراه می‌شوند، موجب کاهش عزت‌نفس، خلق افسرده، تحمل کم برای ناکامی و حملات کج‌خلقی می‌شوند. سیر اختلال لجبازی نافرمانی 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 (۸، ۷).

از عواملی که در به وجود آمدن اختلال لجبازی نافرمانی دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی کودکان، روابط خانوادگی، تأثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی، اشاره نمود (۹) که از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی اختلال لجبازی نافرمانی، متغیرهای خانوادگی می‌باشد. این اختلال در کودکان و نوجوانانی شایع‌تر است که در آن‌ها مراقبت از کودک با جانشینی مراقبت‌کنندگان مختلف مختل شده یا در خانواده‌هایی که روش‌های فرزندپروری خشن، بی‌ثبات، یا مسامحه‌کار در آن‌ها رایج است (۴).

خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته‌شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد (۱۰). از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی ازجمله اختلال لجبازی نافرمانی در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (به‌ویژه مادر) و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها

می‌شود. وظیفه دیگر درمانگر، بررسی کیفیت تکراری تعامل والد-فرزند است. بررسی الگوهای تکراری، مشابه فرایند بررسی طرح‌واره‌های اولیه ناکارآمد (شامل تجارب گذشته ناهشیار یا غیرارادی که بازنمایی‌های شناختی، هیجانی و جسمانی را دربر می‌گیرد) در نظریه شناخت درمانی بک (۲۷) و نظریه طرح‌واره‌درمانی یانگ می‌باشد (۲۸). به این صورت که الگوی از دست دادن کنترل در رابطه با فرزند و پیامدهای متعاقب آن، یک الگوی تکراری است که در بیشتر موقعیت‌ها تکرار می‌شود. درمانگر بررسی می‌کند که آیا این الگوهای تکراری با تجارب کودکی خود والدین مرتبط است یا خیر. از این طریق والدین می‌توانند بین تجارب و الگوهای ناسازگار دوران کودکی خود با والدینشان و تجارب ناسازگار خود با فرزندانشان ارتباط برقرار کنند. این برقرار کردن ارتباط به والدین کمک می‌کند تا سهم خود را در تعاملات مشکل‌دار با فرزندانشان که در آن موقعیت، رفتار ناسازگار فرزند را مورد سرزنش قرار می‌دادند، بپذیرند؛ که در نتیجه این آگاهی، والدین نسبت به فرزندشان همدلی بیشتری را نشان می‌دهند و واکنش‌های هشیارانه‌تری نسبت به فرزندانشان و موقعیت نشان خواهند داد (۲۵). با توجه به اینکه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، از سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی برخوردارند و همچنین شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد آن‌ها منجر به تشدید و حفظ مشکلات رفتاری این کودکان می‌شود (۱۶-۱۴) و از آنجایی که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش توانایی مقابله با استرس در والدین و ارتقاء فرزندپروری سالم شود (۱۹)، لذا این مطالعه باهدف بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، انجام شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی 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 سه دبستان دخترانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های

کاربردهای جدید ذهن‌آگاهی می‌باشد (۱۳). 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 (۲۵)، (۲۳).

اصطلاح فرزندپروری ذهن‌آگاهانه اولین بار توسط کابات-زین^۱ 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 (۲۶). برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی همانند برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) آموزشی نظام‌مند، مبتنی بر مراقبه توأم با ذهن آگاهی، با رویکرد خودتنظیمی در جهت سلامت جسمی و روانی فرد است (۱۳).

هدف برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بهبود تأثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی، باهدف نهایی ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است (۲۶). به این صورت که به والدین آموزش داده می‌شود که موقعیت استرس‌زای بین والدین و فرزندان گاهی اوقات می‌تواند به روابط هیجانی شدیدی منجر شود. ویژگی بارز این روابط عکس‌العمل‌های سریع، غیرارادی و اغلب پرخاشگرانه است که به‌نوبه خود باعث تشدید فوری تعارض بین والد-کودک می‌شود. والدین در این موقعیت‌ها کنترل خود را در ارتباط با فرزندانشان از دست می‌دهند. پس‌از آن به خاطر این فقدان کنترل دچار احساس پشیمانی و شرم می‌شوند، اما نمی‌توانند به شیوه‌ای سازنده با فرزندانشان رفتار نمایند. آنچه در این موقعیت از اهمیت بسزایی برخوردار است این است که والدین حالت دگرگون شده‌ای از هشیاری را تجربه می‌کنند و نسبت به اعمال و واکنش‌های خود، هشیار نیستند که این اعمال نیز با هیجانات شدید و غیرارادی همراه می‌شوند. این وضعیت اغلب منجر به پاسخ پرخاشگرانه و آسیب‌زای فرزندان و درنهایت افزایش تجربه هیجانات منفی و تشدید توسط والد و فرزند می‌شود. درمانگر از تمرین‌های ذهن‌آگاهی از جمله سه دقیقه تنفس عمیق، تمرین واریسی بدن، تمرین برگ‌های سطح رودخانه، برای آرام شدن و کمک به افزایش هشیاری نسبت به واکنش‌ها در موقعیت‌های تنش‌زا، بهره می‌گیرد؛ و همچنین این مطلب آموزش داده می‌شود که والدین می‌توانند قبل از نشان دادن عکس‌العمل نسبت به آن موقعیت لحظه‌ای مکث کنند که این وقفه در انجام عکس‌العمل، موجب هشیارتر شدن والدین نسبت به واکنش‌ها و هیجانات همراه با آن

¹ Kabat-Zinn

می‌کنند. هنجاریابی این پرسشنامه‌ها پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. نتایج نشان دادند که ضرایب آلفای مقیاس‌های سندریمی مبتنی بر TR-IV-DSM در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد. دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است (۲۹).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است که به منظور بررسی اختلالات غیرروان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود طراحی شده است و برای غربال کردن افراد در شرایط حاد استفاده می‌گردد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) تنظیم گردید و دارای ۲۸ سؤال با ۴ زیر مقیاس A (نشانه‌های جسمانی)، B (اضطراب و بی‌خوابی)، C (اختلال در کارکرد اجتماعی) و D (افسردگی). با جمع کردن نمرات این چهار خرده مقیاس یک نمره کلی سلامت عمومی نیز به دست می‌آید. نمره‌گذاری بر اساس یک سیستم لیکرت چهاردرجه‌ای است و برای هر سؤال چهار نمره (۰، ۱، ۲، ۳) وجود دارد. بر این اساس نمره‌ی هر فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اختلال بیشتر در سلامت روان می‌باشد. پایایی و روایی این آزمون در جمعیت دانشجویان ایرانی حاکی از مطلوب بودن خصوصیات روانسجی این آزمون است. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده این آزمون برابر با ۰/۹ و ضریب روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه مشکلات زندگی دانشجویان ۰/۵۸ به دست آمده است (۳۰).

روند 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

دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدارس، ۶۸ دانش‌آموز که نمره مشکلات برونی‌سازی شده آن‌ها در سیاهه رفتاری کودکان، بالاتر از نمره برش (۶۴=t) کسب نمودند، انتخاب شدند. سپس به منظور تأیید نظر والدین فرم گزارش معلم (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان مربوطه تکمیل شد. در نهایت ۴۹ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده‌شده، نمره بالا گرفته بودند، انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه با توجه به نمره‌های پرسشنامه، جهت تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه‌ای ۲۰ دقیقه‌ای که در یکی از مدارس انجام شد، شرکت نمایند. سپس با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال لجبازی نافرمانی موجود در DSM V، به صورت انفرادی مصاحبه‌ای انجام شد تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود؛ و در نهایت ۳۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی که نمره خود آن‌ها نیز در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بالاتر از نقطه برش ۲۴ بود، برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد پس از کسب رضایت برای شرکت در پژوهش به صورت تصادفی این ۳۴ نفر در دو گروه ۱۷ 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 لجبازی نافرمانی بر اساس معیارهای DSM V (۲) گرفتن نمره بالاتر از ۲۴ در پرسشنامه سلامت عمومی، (۳) میزان تحصیلات حداقل دیپلم. معیارهای خروج مادران از پژوهش نیز شامل: (۱) وجود علائم روان‌پریشی در مادر و کودک؛ (۲) سابقه سوء‌مصرف مواد مخدر مادر؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی.

ابزار پژوهش:

فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF): سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم، دو فرم نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه آشتیاب هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها مقیاس‌هایی بر اساس اختلالات TR-IV-DSM تنظیم شده است که عبارت‌اند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، کمبود توجه/بیش‌فعالی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که به ترتیب نمرات ۲، ۱ و ۰ را دریافت

⁴ General Health Questionnaire

² Child Behavioral Checklist

³ Teacher Report Form

دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، بازنمایی الگوهای فرزندپروری کودکی والدین، چگونگی تأثیر کیفیت فرزندپروری والدین مادران بر نوع و کیفیت فرزندپروری اکنون آن‌ها، پاسخ دادن مهربانه 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 به‌عنوان یک موقعیت چالش‌برانگیز به‌جای 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 به‌صورت 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.

یافته‌ها

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 کوواریانس چندمتغیره) و نتایج آزمون کولوموگروف اسمیرنوف و لون، در ادامه ارائه شده است.

جدول شماره ۱، بیانگر مشخصات جمعیت شناختی مادران در دو گروه مورد پژوهش می‌باشد.

شده برگزار گردید، شرکت نمودند. جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته شده از برنامه تدوین شده توسط رستیو و بوگلز^۵ (۲۵) می‌باشد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی به شرح زیر بوده است:

جلسه اول فرزندپروری خودکار: تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط‌مشی 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 به‌عنوان یک واحد، بیان رابطه بین استرس و تغییرات، تمرین خوردن کشمش، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی (ایجاد وقفه قبل از عمل، در نظر گرفتن فرزند به‌مثابه کشمش)، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول.

جلسه دوم فرزندپروری با ذهنی مبتدی: تمرین واری بدن، 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 به‌عنوان یک والد: تمرین واری بدن، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از حواس پنج‌گانه، آگاهی از رویدادهای خوشایند، آگاهی از حس‌های بدنی هنگام تجربه استرس فرزندپروری، تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیت‌های 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

جدول (۱). ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران

| گروه | میانگین سنی مادران | انحراف استاندارد | تحصیلات مادران | | مجموع |
|--------|--------------------|------------------|----------------|-------------|-------|
| | | | دیپلم | بالای دیپلم | |
| آزمایش | ۲۹/۴۵ | ۱/۰۶ | ۶ | ۱۱ | ۱۷ |

⁵ Bögels & Restif

| | | | | | |
|------|-------|------|---|----|----|
| گواه | ۲۸/۹۵ | ۱/۱۵ | ۷ | ۱۰ | ۱۷ |
|------|-------|------|---|----|----|

جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار دو گروه در دو شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. داده‌های توصیفی به‌دست‌آمده در جدول شماره 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

جدول (۲): ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و گواه در نمره کل و مؤلفه‌های سلامت عمومی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه | متغیر | تعداد | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|--------------------------|-------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | نشانه‌های جسمانی | ۱۷ | ۱۴/۵۸ | ۳/۴۱ | ۱۱/۵۹ | ۳/۲۹ |
| | اضطراب و بی‌خوابی | ۱۷ | ۱۵/۳۵ | ۳/۹۵ | ۱۳/۲۹ | ۳/۵۸ |
| | اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۷ | ۱۵/۱۱ | ۴/۱۳ | ۱۳/۸۸ | ۳/۶۰ |
| | افسردگی | ۱۷ | ۱۳/۸۸ | ۴/۲۹ | ۱۲/۳۵ | ۴/۴۰ |
| | نمره کل سلامت عمومی | ۱۷ | ۵۸/۹۴ | ۱۱/۱۶ | ۵۱/۰۵ | ۹/۸ |
| | نشانه‌های جسمانی | ۱۷ | ۱۴/۴۱ | ۳/۵۱ | ۱۴/۲۳ | ۳/۴۷ |
| کنترل | اضطراب و بی‌خوابی | ۱۷ | ۱۴/۷۶ | ۳/۸۹ | ۱۴/۵۸ | ۳/۷۲ |
| | اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۷ | ۱۵/۲۹ | ۴/۰۵ | ۱۵/۱۷ | ۴/۰۹ |
| | افسردگی | ۱۷ | ۱۳/۷۶ | ۴/۳۳ | ۱۳/۴۵ | ۴/۲۲ |
| | نمره کل سلامت عمومی | ۱۷ | ۵۸/۲۳ | ۱۱/۵۳ | ۵۷/۴۰ | ۱۱/۳۴ |

تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳، آورده شده است. همان‌طوری که در این جدول مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین آزمون‌های گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته یعنی نمره کلی سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جدول شماره ۴، نشان‌دهنده آزمون اثرات بین گروهی تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌منظور روشن شدن تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن، است. نتایج این جدول بیانگر این است که بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمره کلی سلامت عمومی و تمام مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کلی سلامت عمومی ($0/60$)، نشانه‌های جسمانی ($0/63$)، اختلال خواب و اضطراب ($0/55$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($0/15$) افسردگی ($0/22$) بود. بنابراین برنامه

برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنوف 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 موردبررسی و تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته بین ($0/44$ تا $0/36$) به دست آمد که حاکی از همبستگی متوسط بین متغیرهای وابسته می‌باشد؛ و درنهایت مفروضه‌های برابری واریانس با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس با استفاده از آزمون M باکس مورد آزمون قرار گرفت که سطح معناداری آماره F بزرگ‌تر از $0/05$ بود که حاکی از عدم تفاوت معنادار میان واریانس‌های متغیر وابسته بود، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

برای آزمون این فرض که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد، از آزمون

آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش شد.

جدول (۳): تحلیل کوواریانس چند متغیری سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون

| متغیر | نام آزمون | ارزش آماری | درجه آزادی خطا | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------------|--------------------------|------------|----------------|-------|--------------|------------|
| سلامت عمومی | آزمون اثر پیلاپی | ۰/۸۱ | ۲۵ | ۲۷/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ |
| | آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۱۸ | ۲۵ | ۲۷/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ |
| | آزمون اثر هتلینگ | ۴/۳۸ | ۲۵ | ۲۷/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ |
| | آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی | ۴/۳۸ | ۲۵ | ۲۷/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ |

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| نمره کلی سلامت عمومی | ۴۱۸/۶۶ | ۱ | ۴۱۸/۶۶ | ۴۳/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰ |
| نشانه‌های جسمانی | ۶۳/۵۵ | ۱ | ۶۳/۵۵ | ۴۷/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |
| اختلال خواب و اضطراب | ۲۶ | ۱ | ۲۶ | ۳۴/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ |
| اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۰/۲۰ | ۱ | ۱۰/۲۰ | ۵/۱۶ | ۰/۰۳ | ۰/۱۵ |
| افسردگی | ۱۷/۶۰ | ۱ | ۱۷/۶۰ | ۸/۲۷ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۲ |

بحث و نتیجه‌گیری

مادران کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی به دلیل مشکلات رفتاری فرزند خود از جمله مشکل در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی زیاد، استرس ادراک شده بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۳)، احساس موفقیت و اثربخشی کم‌تر، احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری را گزارش می‌دهند و بنابراین سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند (۱۴، ۱۵). با توجه به اینکه تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد آن‌ها، در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی نقش مهمی دارند (۱۶)، لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند (۱۷). بر این اساس هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن یعنی اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی بود.

نتایج حاکی از این بود که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش سلامت عمومی کلی و کاهش اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی مؤثر بوده است. این یافته که برنامه آموزشی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش سلامت عمومی کلی مادران مؤثر است، هماهنگ با یافته‌های دانکن و همکاران^۶ (۱۹)، تارپین^۷ و همکاران (۱۸)، ماسودا^۸ و همکاران (۳۱) و شیرازی و همکاران (۳۲) است. آموزش ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از روش‌های جدیدی محسوب می‌شود که در زمینه‌های مختلف درمانی کارایی خود را به اثبات رسانده است. نتایج پژوهش‌های گوناگون حاکی از مفیدبودن و اثربخشی این روش در موقعیت‌های بالینی به‌ویژه روان‌پزشکی است (۲۶). در تبیین یافته‌های این پژوهش در ارتقای سلامت عمومی کلی مادران گروه نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند، بنابراین به فرد در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌کند و منجر به تنظیم

⁶ Duncan

⁷ Turpyn

⁸ Masuda

رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (۳۳). در این رویکرد به مادران آموزش داده می‌شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آن‌ها ظاهر شد، قبل از پاسخ به آن‌ها اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهنشان باقی بماند. افزون بر این، این رویکرد الگویی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم و فنونی برای پردازش اطلاعات مهیا می‌کند که چرخه‌های خلق-فکر را تداوم می‌بخشد (۳۲). همچنین در این شیوه، با فنون مربوط به تجربه کردن بودن در زمان حال، به افراد کمک می‌شود که از ترس و نگرانی مربوط به آینده رها شوند و این نگرش در آن‌ها به وجود آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون قضاوت داشته باشند (۲۶). آموزش ذهن‌آگاهی به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع و آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی می‌شود و فرد پی به این نکته می‌برد که افکارش بیش از این که بازتابی از واقعیت باشد، افکار نادرستی هستند که منجر به اضطراب و دیگر هیجانات منفی در او می‌شوند. همان‌طور که آرک^۹ و همکاران (۳۴) نیز معتقدند مکانیسم‌های آموزش ذهن‌آگاهی با بهره‌مندی از تنفس متمرکز، اثر مثبتی بر تنظیم هیجان دارد. بنابراین این فنون می‌توانند تنیدگی این مادران را کاهش داده و منجر به افزایش سلامت عمومی آن‌ها شود.

این یافته که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی شد، با یافته‌های بوگلس^{۱۰} و همکاران (۲۳)، دانکن و همکاران (۱۹)، هازلت-استونس^{۱۱} (۳۵) و ایوانز^{۱۲} و همکاران (۳۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه تیزدل^{۱۳} و همکاران (۳۷) ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود؛ و افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهنشان دائماً معطوف به افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این نیز به نوبه خود منجر به تداوم و تشدید بیشتر افسردگی می‌شود. از آنجایی که ذهن‌آگاهی 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 (۳۳)، بنابراین می‌تواند به مادران کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی کمک نماید که بتوانند پذیرشی

یافته که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی شد، با یافته‌های بوگلس^{۱۰} و همکاران (۲۳)، دانکن و همکاران (۱۹)، هازلت-استونس^{۱۱} (۳۵) و ایوانز^{۱۲} و همکاران (۳۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه تیزدل^{۱۳} و همکاران (۳۷) ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود؛ و افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهنشان دائماً معطوف به افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این نیز به نوبه خود منجر به تداوم و تشدید بیشتر افسردگی می‌شود. از آنجایی که ذهن‌آگاهی 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 (۳۳)، بنابراین می‌تواند به مادران کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی کمک نماید که بتوانند پذیرشی

¹³ Teasdale

¹⁴ Turpyn

¹⁵ Coatsworth

¹⁶ Rayan

⁹ Arch

¹⁰ Bögels

¹¹ Hazlett-Stevens

¹² Evans

قرار می‌دهند به این صورت که آموزش به مادران، به آن‌ها و در نتیجه کودکانشان کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آید. یکی از این برنامه‌ها برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، باهدف بهبود تأثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی و نهایتاً ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است.

نتایج کاربردی مطالعه: بر اساس نتایج این مطالعه، استفاده از برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب افزایش سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجتی نافرمانی شود. بنابراین می‌توان این برنامه آموزشی را در مراکز آموزشی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، درمانگاه‌ها و همچنین دیگر مراکز مربوط به آموزش خانواده و سلامت جامعه، به کار برد.

محدودیت‌هایی در مطالعه وجود داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مدنظر باشد. محدود نمودن نمونه به گروه مادران دارای دختر مبتلا به اختلال لجاجتی نافرمانی تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه‌ی پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد، همچنین نداشتن مرحله پیگیری آموزش، محدودیت دیگر این پژوهش است. ازجمله پیشنهادات این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی مشکلات فرزندان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی از جمله، استرس و شیوه‌های فرزندپروری ادراک‌شده، رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای آن‌ها، اشاره نمود و از آنجایی که در این پژوهش فقط از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود اثر این شیوه درمانی در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

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

دیگر، توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه به خاطر مقصر بودن و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. این امر، این نتیجه را در بر خواهد داشت که با کاهش احساسات منفی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آن‌ها را افزایش می‌دهد (۴۱).

بنابراین آموزش فرزندپروری همراه با تمرین‌های ذهن‌آگاهی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجتی نافرمانی کمک می‌کند تا نسبت به هر نوع احساسی 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 (۴۲).

سرانجام می‌توان بیان کرد که مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به فرزندشان رویکردی همدلانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند؛ و از آنجایی که عوامل خانوادگی مثل مشکلات سلامت عمومی والدین و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد آن‌ها، در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجاجتی نافرمانی نقش مهمی دارند، لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف

References:

1. Waller R, Hyde LW, Grabel AS, Alves ML, Olson SL. Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains within early-starting conduct

problems? J Child Psychol Psychiatry 2015; 56(6): 657-66.

2. Tremblay RE. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. J Child Psychol Psychiatry 2010; 51(4): 341-67.

3. Munkvold LH, Lundervold AJ, Manger T. Oppositional defiant disorder—Gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39(4): 577-87.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
5. Tseng WL, Kawabata Y, Gau SS. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42(2): 134-51.
6. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician* 2008; 78(7).
7. Marmorstein NR. Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *J Anxiety Disord* 2007; 21(3): 420-32.
8. Ghosh A, Malhotra S, Basu D. Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian J Psychiatr* 2014; 11: 8-12.
9. Dick DM, Viken RJ, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33(2): 219-29.
10. Sadok BJ, Sadok VA. *Psychiatric handbook. Behavioral sciences-clinical psychiatry*. Pourafkari N. (translator). Tehran: Ab; 2004. P. 441-54. (Persian)
11. Lin X, Li L, Chi P, Wang Z, Heath MA, Du H, Fang X. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse Neglect* 2016; 51: 192-202.
12. Bayrami M. The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles. *J Fundament Mental Health* 2009; 11 (2): 105-11.
13. Pham L. Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners. *J Dev Behav Pediatrics* 2016; 37 (4): 352.
14. Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *J Child Fam Stud* 2015; 24(1): 76-94.
15. Cunningham PB, Randall J, Ryan SR, Fleming BD. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder. *Handbook of Mental Health in African American Youth* [Internet] Springer; 2016 [cited 2016 Oct 15]. p. 143–162. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-25501-9_9
16. Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *J Child Fam Stud* 2015; 24(1): 76-94.
17. Dean C, Myers K, Evans E. Communicating-wide implementation of parenting program: The south east Sydney positive parenting program. *AeJAMH* 2003; 2(3): 1-12.
18. Turpyn CC, Chaplin TM. Mindful Parenting and Parents' Emotion Expression: Effects on Adolescent Risk Behaviors. *Mindfulness* 2016; 7 (1): 246-54.
19. Duncan LG, Baradacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness during the Perinatal Period. *J Child Fam Stud* 2010; 19: 190-202.
20. Orzech KM, Shapiro SL, Brown KW, McKay M. Intensive mindfulness training-related changes in

- cognitive and emotional experience. *J Posit Psychol* 2009;4(3): 212-22.
21. Coatsworth JD, Duncan LG, Greenberg MT, Nix RL. Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *J Child Fam Stud* 2010; 19(2): 203-17.
 22. Rayan A, Ahmad M. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Res DevDisabilities* 2016; 5: 185-96.
 23. Bögels SM, Hellemans J, van Deursen S, Römer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness* 2014; 5(5): 536-51.
 24. Davis TS. Mindfulness-Based Approaches and their potential for educational psychology practice. *Educ Psychol Pract* 2012; 28(1): 31-46.
 25. Bögels S, Restifo K. *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. Springer Science & Business Media; 2013.
 26. Kabat-Zinn M. *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. Hachette UK; 2009.
 27. Clark DA, Beck AT. *Cognitive theory of anxiety disorder science and practice*. New York: Guilford; 2010.
 28. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; 2003.
 29. Minaei A. Standardization of Achenbach experience-based measurement system. Tehran: The Education of Special children; 2006. (Persian)
 30. Taghavi MR. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *Journal of Psychology* 2002; 5 (20): 381-98. (Persian)
 31. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *J Evid Based Compl Alternative Med* 2012; 17 (1): 66-71.
 32. shirazi A, gholamrezaei S. Effectiveness of Mindfulness based Stress Reduction on the Mental Health of Mothers who have Educable Mentally Retarded Children. *Exceptional Educ* 2016; 9(137): 5-16. (Persian)
 33. Raphiphatthana B, Jose PE, Kielpikowski M. How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory? *Pers Individ Dif* 2016; 93: 104-11.
 34. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behav Res Therapy* 2006; 44(12): 1849-58.
 35. Hazlett-Stevens H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: case report and clinical considerations. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200(11): 999-1003.
 36. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 716-21.
 37. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 615.
 38. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Sci practice* 2003; 10(2): 125-43.

39. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, & Ahadi B. Effectiveness of mindfulness and emotion regulation trainings on physical and psychological well-being among chemical weapon victims. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2011; 15(5): 347-57.
40. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 35-43.
41. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq* 2007; 18(4): 211-37.
42. Stahl B, Goldstein E. A mindfulness-based stress reduction workbook. New Harbinger Publications; 2010.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED PARENTING PROGRAM ON THE GENERAL HEALTH OF MOTHERS WHO HAVE CHILDREN WITH OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

Firouzeh Ghazanfari¹, Nasrin Alsadat Hosseini Ramaghani², Seyede Khadije Moradiyani Gizeh Rod^{3}, Mahnaz Mehrabi⁴, Hadi Panahi⁵*

Received: 30 May, 2016; Accepted: 14 Aug, 2016

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to evaluate the effects of a mindfulness-based parenting program in general health and subscales including depression, anxiety, somatic symptoms and social dysfunction in mothers who had children with oppositional defiant disorder.

Materials & Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest control group. For this purpose, 34 mothers of girls with oppositional defiant disorder after purposive sampling were randomly assigned to experimental and control groups (17 in each of groups). The Child Behavioral Checklist (CBCL) and Teacher Report Form (TRF) with clinical interviews were used for screening and the general health questionnaire was used to collect the data in two conditions (pretest and posttest). Mindful parenting course was implemented for the experimental group in 8 sessions, 2 hours each. The data were then analyzed using descriptive statistical parameters (mean and SD) and MANCOVA.

Results: Results showed that mindful parenting course with a statistically significant difference between pre-and post-test scores led to general health and all of subscale including depression, anxiety, somatic symptoms and social dysfunction.

Conclusion: With regard to the effective use of mindful parenting course to increase general health in mothers of girls with oppositional defiant disorder, the training program should be directed toward reducing stress and promotion of general health in this group of people.

Keywords: Oppositional defiant disorder, Mindful parenting program, General health

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

Tel: (+98) 33120097

Email: leylabahari@ymail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(7): 641 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

² PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

³ PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)

⁴ Master in Psychology, Department of Educational Sciences, Islamic Azad university, Hamadan, Iran

⁵ PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran