

Research Paper



## The Effectiveness of Mindfulness-Based Parenting Education on the General Health of Parents with a Attention Deficit Hyperactive Disorder



Tahereh Nori <sup>\*1</sup>, Seyedeh Khadijeh Moradiani Gizehroud <sup>2</sup>, Hadis Cheraghian<sup>3</sup>

1. Member of Amin University of Law Enforcement Sciences, Tehran, Iran.
2. PhD in Educational Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.
3. PhD in Counseling, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15089

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.11.4](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15089)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15089.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15089.html)



### ARTICLE INFO

### ABSTRACT

**Keywords:**  
Attention-deficit/hyperactivity disorder, mindful Parenting program, general health

Received: 2022/03/05  
Accepted: 2022/05/01  
Available: 2023/05/21

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness education based on mindfulness (dimensions of general health) in parents of students with attention deficit hyperactivity disorder. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The study population included parents of a female elementary school student with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Gerkan in the academic year of 1997-98. Using purposive sampling, 30 parents (a combination of parents) were selected and randomly assigned to experimental and control groups. Both groups were assessed in a pretest with the Conners Parents (1990) Behavioral Disorder Scale with Clinical Interview and the Goldberg General Health Questionnaire (1972). Then, parenting education program based on mindfulness taken from the program developed by Boggles and Restifo (2013), was applied to the experimental group for 8 sessions of 2 hours. Both groups were re-evaluated in the post-test. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and multivariate analysis of covariance. The results showed that mindfulness-based parenting education had a significant effect on the general health dimensions of parents with ADHD in the experimental group. Therefore, it can be concluded that mindfulness-based parenting education is effective in increasing the general health dimensions of parents of students with ADHD.



\* Corresponding Author: Tahereh Nori

E-mail: [nori.t1363@gmail.com](mailto:nori.t1363@gmail.com)

## مقاله پژوهشی



## کارآیی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سلامت عمومی والدین دارای دانش‌آموز بیش‌فعال - کمبود توجه

طاهره نوری<sup>۱\*</sup>، سیده خدیجه مرادیانی گیزه رود<sup>۲</sup>، حدیث چراغیان<sup>۳</sup>

۱. عضو هیئت علمی گروه پژوهشی دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران.
۲. دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
۳. دکتری مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15089

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.11.4](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15089)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15089.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15089.html)



## مشخصات مقاله

## چکیده

## کلیدواژه‌ها:

اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه،  
فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی،  
سلامت عمومی

هدف پژوهش حاضر، بررسی کارآیی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سلامت عمومی) در والدین دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل والدین دارای دانش‌آموز دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه در شهر گرگان در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از والدین (ترکیبی از پدر و مادر) انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین گردیدند. هر دو گروه در پیش‌آزمون با مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتاری کودکان فرم والدین کانرز (۱۹۹۰) به همراه مصاحبه بالینی و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) ارزیابی شدند. سپس برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته شده از برنامه تدوین شده توسط بوگلز و رستیفو (۲۰۱۳)، به مدت ۸ جلسه حضوری ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اعمال گردید. هر دو گروه مجدد در پس‌آزمون ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سلامت عمومی والدین دارای دانش‌آموز بیش‌فعال-کمبود توجه در گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری داشته است. لذا می‌توان نتیجه گرفت آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش ابعاد سلامت عمومی والدین دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه اثربخش است.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۲/۱۱

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

\* نویسنده مسئول: طاهره نوری

رایانامه: nori.t1363@gmail.com

## مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلالات‌های عصبی-رفتاری دوران کودکی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است که شیوع آن در پسران ۳/۶ درصد و در دختران ۰/۹ درصد گزارش شده است (بخشی سورشجانی، ۱۳۹۷). طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات‌های روانی<sup>۱</sup> ویژگی‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه شامل الگوی پایدار بی-توجهی یا بیش‌فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا تحول فرد اختلال ایجاد می‌کند. خصیصه بیش‌فعالی از نظر رفتاری در اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به عنوان 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 (قلی‌پورکوچ، لیوارجانی و حسینی‌نسب، ۱۳۹۸).

اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد رفتارهای بیش‌فعالی-تکانشگری این کودکان باعث اختلال در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آن‌ها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود (رابرت، آسانو و رابرت، ۲۰۲۱). 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. 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 (رایکر، ۲۰۲۱).

از عواملی که در به وجود 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 که از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، متغیرهای خانوادگی می‌باشد (اسپیروفرک، هرتل، یوهانس استولزنبورگ، گراب، کارتا، ۲۰۱۹). خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد. والدین اولین کسانی هستند که نوزاد با آنان رابطه برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارند و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود (لیانگ، لی، کلسن و چن، ۲۰۲۱).

تحقیقات مختلفی از جمله پژوهش آدیورا، نوکینا، امیزه و اومینو (۲۰۱۵)؛ مرادیانی گیزه رود، میردریگوند، حسینی رمقانی و مهرابی (۱۳۹۵)؛ زیدمن، شیلو و آیریس (۲۰۱۸)؛ هاشمی ملک‌شاه، علیزاده، پزشکی

و سهیلی (۱۳۹۵)، طالبی، عظیمی لولتی و شفاعت (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین به ویژه مادر و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها دارد. کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه مشکلاتی در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، تعارضات با همسالان، مدرسه و خواهر و برادر دارند که به عنوان یک بار اضافی، باعث افزایش استرس ادراک شده توسط والدین می‌شوند. نتایج پژوهش سای، مک و ژانگ (۲۰۲۰) نتول، وینر، راجرز و مارتون (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال برونی‌سازی شده از جمله اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه دارند؛ احساس موفقیت و اثربخشی کمتر و احساس خشم، اضطراب و افسردگی بیشتری را گزارش می‌دهند و سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند. مشکلات روانی والدین از جمله سطوح بالای استرس و اختلال در کارکرد روانی اجتماعی آنها، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد (اوزاسلان و یلدیریم، ۲۰۲۱). با توجه به نتایج تحقیقات فوق که نشان دادند عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد آن‌ها، 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 دهند که یکی از این مداخلات، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. این رویکرد باعث ارتقاء فرزندپروری سالم و سلامت جسمی والد و کودک و همچنین رشد هیجانی-اجتماعی کودک می‌شود (بوگلز، هلمنز، دیرسن، رومر و مولن، ۲۰۱۴).

برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی همانند برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> 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 (براون، رایان و کرسول، ۲۰۰۷). 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 به نوبه خود باعث تشدید فوری تعارض<sup>۳</sup> بین والد-کودک می‌شود. والدین در این موقعیت‌ها کنترل خود را در ارتباط با فرزندشان از دست می‌دهند. پس از 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 (سای و همکاران، ۲۰۲۰).

2. Mbsr  
3. Conflict

1. DSM-5

و نشانه‌های افسردگی) والدین دارای دانش آموز مبتلا به اختلال بیش-فعالی-کمبود توجه انجام شده است. در این راستا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سلامت عمومی والدین دارای دانش آموز بیش‌فعال-کمبود توجه اثرگذار خواهد بود؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نوع تحقیقات آزمایشی و طرح مورد استفاده نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش یکی از والدین دانش‌آموزان دختر سال اول تا ششم (گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال) دبستان‌های ابتدایی شهر گرگان در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. به این ترتیب که در ابتدا از بین مدارس ابتدایی شهر گرگان چهار دبستان دخترانه به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به این مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزان بیش‌فعال طبق ملاکهای تشخیصی در DSM-5 گفتگو شد. سپس فرم گزارش معلم که فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آستنباخ هست توسط معلم، بر اساس وضعیت دانش آموز در ۶ ماه گذشته تکمیل شد. در این فرم مقیاسهایی بر اساس اختلالات DSM-IV-TR تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، کمبود توجه/بیش‌فعالی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. همچنین پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید. پس از تکمیل این پرسش-نامه توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدارس ۵۰ دانش آموز که نمره آن‌ها در پرسش‌نامه کانرز (فرم والد) بالاتر از نقطه برش ۶۰ بود؛ 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 والدین شرکت‌کننده هر یک از دانش‌آموزان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش-فعالی-کمبود توجه موجود در DSM-5، به صورت انفرادی مصاحبه بالینی انجام شد، تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود و در نهایت ۳۰ نفر از والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش-فعالی-کمبود توجه 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 ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود والدین به گروه نمونه عبارت 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 و معیارهای خروج والدین از پژوهش نیز شامل: (۱) وجود علائم روان‌پریشی در والد و کودک؛ (۲) سابقه سوء مصرف مواد مخدر والد؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی بودند.

این وضعیت اغلب منجر به پاسخ پرخاشگرانه و آسیب‌زای فرزندان و در نهایت افزایش تجربه هیجانات منفی و شدید توسط والد و فرزند می‌شود. درمانگر از تمرین‌های ذهن‌آگاهی از جمله سه دقیقه تنفس عمیق، تمرین وارسی بدن، تمرین برگ‌های سطح رودخانه برای آرام شدن و کمک به افزایش هشیاری نسبت به واکنش‌ها در موقعیت‌های تنش‌زا بهره می‌گیرد. 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 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 دربرمی‌گیرد (رابرت و همکاران، ۲۰۲۱). 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 و در نتیجه این آگاهی، والدین نسبت به فرزندانشان همدلی بیشتری را نشان می‌دهند و واکنش‌های هشیارانه‌تری نسبت به فرزندان و موقعیت نشان خواهند داد (استال و گلدشتاین، ۲۰۱۰).

شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت روان والدین-کودک شناخته شده 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 (گروسمن، نیمن، اشمیت و والچ، ۲۰۰۴؛ براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ استال و گلدشتاین، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه استفاده از ذهن‌آگاهی در بافت خانواده و به طور خاص در رابطه والد-فرزند از کاربردهای جدید ذهن‌آگاهی می‌باشد اما پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثربخشی استفاده از ذهن‌آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری بررسی کرده باشند. با توجه به اینکه والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعال-کمبود توجه، 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 و از آنجایی که مداخلات مبتنی بر ذهن-آگاهی می‌تواند باعث افزایش توانایی مقابله با استرس در والدین و ارتقاء فرزندپروری سالم شود لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی،

## ابزارها

**مقیاس کانرز والدین (CPRS-R):** برای اندازه‌گیری و تشخیص اختلال بیش فعالی- کمبود توجه از پرسشنامه استاندارد شده کانرز والدین (۱۹۹۸) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که والدین کودک بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای آن را تکمیل می‌کنند. دامنه نمرات هر سوال از صفر (اصلا صحیح نیست، یا هرگز، به ندرت) تا ۳ (کاملا صحیح است، یا اغلب اوقات، تقریباً همیشه) متغیر است. ۲۴ سوال تحت عوامل زیر دسته بندی گردیده و سایر گویه ها در عامل مشخصی قرار نگرفته‌اند:

۱- مشکلات سلوک<sup>۲</sup>: این زیر مقیاس از ۸ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ توسط کانرز (۱۹۹۰) گزارش شده است. مشکلاتی مانند گستاخی، زودرنج بودن، خرابکاری و مشاجره را دربرمی‌گیرد.

۲- مشکلات یادگیری<sup>۳</sup>: این زیر مقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این زیر مقیاس ۰/۶۳ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۰). مشکلاتی مانند حواس پرتی، بی‌دقتی و سرخورده شدن در فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد.

۳- مشکلات روان تنی<sup>۴</sup>: این زیر مقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۰). این مقیاس مشکلاتی مانند سردرد، تهوع و خوابیدن را دربرمی‌گیرد.

۴- بیش‌فعالی- تکانشگری<sup>۵</sup>: این زیر مقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ می‌باشد (کانرز، ۱۹۹۰) و مشکلاتی مانند ناآرام بودن و حواس پرتی را دربرمی‌گیرد.

۵- اضطراب-انفعال<sup>۶</sup>: این زیرمقیاس نیز از ۴ گویه تشکیل شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ می‌باشد (کانرز، ۱۹۹۰). این زیر مقیاس مشکلاتی مانند: خجالتی بودن، ترسو بودن و نگران بودن را دربرمی‌گیرد.

کانرز و همکاران (۱۹۹۸) اعتبار این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. روایی این پرسشنامه از سوی مؤسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی آن ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):** برای اندازه‌گیری سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۹) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال با ۴ زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. با جمع کردن نمرات این چهار خرده مقیاس یک نمره کلی سلامت عمومی نیز بدست می‌آید. نمره گذاری بر اساس یک سیستم

1. Conners Parent Rating Scale
2. Conduct problems
3. Learning problems
4. Psychosomatic
5. Impulsive Hyperactive
6. Anxious Passive
7. General Health Questionnaire

لیکرت چهاردرجه‌ای است و برای هر سوال چهار نمره (۰، ۱، ۲، ۳) وجود دارد. بر این اساس نمره‌ی هر فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده اختلال بیشتر در سلامت روان می‌باشد. اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش تقوی (۱۳۸۱) در جمعیت دانشجویان ایرانی برابر با ۰/۹۳ و ۰/۸۵ بدست آمده است. در این پژوهش نیز به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۲ به دست آمد.

**بسته مداخله مبتنی بر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی:** جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته از برنامه تدوین شده توسط بوگلز و رستیفو (۲۰۱۳) بود. خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول (۱) ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی

شماره جلسه	موضوع جلسه	شرح جلسه
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 واری بدن، 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 واری بدن، بازیگری تمرین، بازیگری 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 واری بدن، بازیگری تمرین، بازیگری 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، بازیگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیتی ذهن‌آگاهانه با فرزند)
جلسه چهارم	واکنش در مقابل عدم واکنش به استرس فرزندپروری	بازیگری تمرین، بازیگری 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، بازیگری تمرین، بازیگری تکلیف خانگی، بازنمایی الگوهای فرزندپروری کودکی والدین، چگونگی تأثیر کیفیت فرزندپروری والدین بر نوع و کیفیت فرزندپروری آن‌ها، پاسخ دادن مهربانانه به احساسات قوی و خشن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازیگری تمرین، قدم زدن یا ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی



## نتایج

داده‌های حاصل بانسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیری) و نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف تحلیل شدند. همانطور که ذکر شد حجم پژوهش با نمونه ۳۰ نفری آغاز شد؛ اما با پیشروی مداخله، ۲ نفر از این افراد (۱ نفر از هر گروه) ریزش کردند و در پایان داده‌ها با ۱۴ نفر در هر یک از گروه‌های مداخله و گواه تحلیل شدند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۲۹، ۱/۱۵ و ۲۸، ۱/۰۶ بود. همچنین نسبت مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه برابر و شامل ۳ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۶ نفر لیسانس بودند که (به ترتیب ۲۰ درصد، ۳۳/۳ درصد و ۴۰ درصد) در هر یک از گروه‌ها بود.

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت عمومی و مولفه‌های آن در جدول ۳**  
ارائه شده است.

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
آزمایش	نشانه‌های جسمانی	۱۴	۱۴/۴۲	۳/۲۲	۱۰/۵	۳/۱۵
	اضطراب و بی‌خوابی	۱۴	۱۶/۲۸	۲/۸۶	۱۲/۷۸	۲/۹۱
کنترل	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۴	۱۶/۱۴	۲/۷۹	۱۳	۲/۳۸
	افسردگی	۱۴	۱۵/۵۰	۲/۵۳	۱۲/۶۴	۲/۶۱
کنترل	نمره کل سلامت عمومی	۱۴	۶۲/۳۵	۷/۹۷	۴۸/۹۲	۶/۴۱
	نشانه‌های جسمانی	۱۴	۱۴/۲۱	۳/۳۵	۱۴/۲۵	۲/۷۶
کنترل	اضطراب و بی‌خوابی	۱۴	۱۵/۷۸	۳/۰۶	۱۵/۷۸	۲/۴۱
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۴	۱۶/۱۴	۳/۲۵	۱۶/۱۵	۲/۹۲
کنترل	افسردگی	۱۴	۱۵/۴۲	۲/۳۷	۱۵/۷۸	۲/۹۶
	نمره کل سلامت عمومی	۱۴	۶۱/۵۷	۹/۱۹	۶۱/۵۲	۸/۹۲

داده‌های توصیفی به دست آمده 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 که نمره‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در جهت

جلسه ششم تعارض و فرزندپروری تمرین واریسی بدنی، تمرین قدم زدن با آگاهی، بازنگری تکلیف خانگی، بررسی تضادهای والد-فرزند، دیدن موقعیت تعارضی به عنوان یک موقعیت چالش‌برانگیز 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 واریسی بدنی، 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.

**روش اجرا:** بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای والدین دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت آگاهانه والدین 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 و به روان‌پزشک ارجاع داده شود. سپس این والدین به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد والدین گروه آزمایش در برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی 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 والدین در دو جلسه از برنامه حضور نداشت، لذا داده‌های ایشان از تحلیل کنار گذاشته شد و از گروه گواه نیز یکی از والدین در جلسه پس‌آزمون حاضر نشد، بنابراین داده‌های حاصل از ۲۸ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) در تحلیل نهایی وارد شدند. ارزیابی ثانویه یا پس‌آزمون برای هر دو گروه پس از پایان این دوره اجرا شد. همچنین قابل ذکر است که بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز به مدت سه جلسه در برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت نمودند.

(۰/۱۸) افسردگی (۰/۳۲) بود. بنابراین برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش شد.

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	۷۱۹/۷۰	۱	۷۱۹/۷۰	۲۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
نشانه‌های جسمانی اختلال خواب و اضطراب	۷۰/۱۳	۱	۷۰/۱۳	۱۵/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	۴۸/۷۶	۱	۴۸/۷۶	۷/۹۰	۰/۰۱	۰/۲۷
افسردگی	۲۳/۰۸	۱	۲۳/۰۸	۴/۸۴	۰/۰۳	۰/۱۸
	۴۴/۴۲	۱	۴۴/۴۲	۱۰/۱۱	۰/۰۰۵	۰/۳۲

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های آماری نشان دادند مداخله فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار نمرات مولفه‌های سلامت عمومی در گروه مداخله از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون شده است. این در حالی است که گروه گواه در هیچ یک از مراحل یاد شده تغییر معناداری نشان نداده است. لذا آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش سلامت عمومی کلی و کاهش اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه موثر بوده است. این یافته هم‌هنگ با یافته‌های بخشی سورشجانی (۱۳۹۷)، رایکر (۲۰۲۱)، اسپیرفورک و همکاران (۲۰۱۹) و لیانگ و همکاران (۲۰۲۱) است. آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از روش‌های جدیدی محسوب می‌شود که در زمینه‌های مختلف درمانی کارایی خود را به اثبات رسانده است. نتایج پژوهش‌های گوناگون حاکی از مفید بودن و اثربخشی این روش در موقعیت‌های بالینی به ویژه روان‌پزشکی است. در تبیین یافته‌های این پژوهش در ارتقای سلامت عمومی کلی والدین 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 می‌افتند، کمک می‌کند. بنابراین به فرد در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌کند و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (آدیورا و همکاران، ۲۰۱۵). در این رویکرد به والدین 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

سلامت بهتر، 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 کولموگروف 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 چندمتغری 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 (۰/۴۴) تا (۰/۳۶) به دست آمد که حاکی از همبستگی متوسط بین متغیرهای وابسته می‌باشد و در نهایت مفروضه‌های برابری واریانس با آزمون لوین، همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس با استفاده از آزمون M باکس 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، 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 تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳، آورده شده است. 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 سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی داری وجود دارد.

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
	آزمون اثر پیلابی	۰/۶۳	۱۸	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون لامبدای	۰/۳۶	۱۸	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
سلامت عمومی	ویکتز	۱/۷۲	۱۸	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۷۲	۱۸	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون بزرگترین ریشه	۱/۷۲	۱۸	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳

جدول شماره ۴، نشان‌دهنده آزمون اثرات بین گروهی تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور 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 ( $P < 0/05$ ) وجود دارد. به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کلی سلامت عمومی (۰/۵۵)، نشانه‌های جسمانی (۰/۴۲)، اختلال خواب و اضطراب (۰/۲۷)، اختلال در کارکرد اجتماعی

تمرکززدایی فراهم و فونونی برای پردازش اطلاعات مهیا می‌کند که چرخه‌های خلق فکر را تداوم می‌بخشد (مرادیانی گیزه رود و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین در این شیوه با فنون مربوط به تجربه کردن و 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 (زیدمن و همکاران، ۲۰۱۸). 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. همان طور که اوزاسلان و یلدریم (۲۰۲۱) نیز معتقدند مکانیسم‌های آموزش ذهن‌آگاهی با بهره‌مندی از تنفس متمرکز، اثر مثبتی بر تنظیم هیجان دارد. بنابراین این فنون می‌توانند تنیدگی این والدین 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 والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه شد، با یافته‌های سای و همکاران (۲۰۲۰) نتول و همکاران (۲۰۱۱)، سورشجانی (۱۳۹۷)، هاشمی ملک‌شاهی و همکاران (۱۳۹۵)، کجباف و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. 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؛ بنابراین می‌تواند به والدین دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کمک نماید که بتوانند پذیرشی 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 مؤلفه افسردگی سلامت عمومی این گروه از والدین نقش بسزایی داشته باشد. همچنین ذهن‌آگاهی از طریق سازوکارهایی مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر روابط با افکار و تنظیم هیجان باعث کاهش اضطراب می‌شود (اوزاسلان و یلدریم، ۲۰۲۱).

یافته دیگر پژوهش که حاکی از تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های جسمانی در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است با یافته‌های پژوهش‌های بوگلز و همکاران (۲۰۱۴)، رابرت و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره کرد که بسیاری از مشکلات جسمی والدین

کودکان دارای این اختلال، ناشی از تنیدگی والدین است. می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی، تکنیک وارسی بدن و ذهن‌آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها به والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه که دائم رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی از خود نشان می‌دهند، می‌تواند میزان تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی آنان را کاهش دهد. زیرا آنان با آگاه شدن از احساسات بدنی و جسمانی خویش در طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات فیزیکی و جسمانی بالا برده و این امر منجر به کاهش گزارش نشانه‌های جسمانی در آنان می‌شود (رایبر و همکاران، ۲۰۲۱).

در نهایت نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اختلال در کارکرد اجتماعی در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه بود که با یافته‌های گروسمن و همکاران (۲۰۰۴) و رابرت و همکاران (۲۰۲۱) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی از طریق 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. از طرف 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 (مرادیانی گیزه رود و همکاران، ۱۳۹۵).

بنابراین آموزش فرزندپروری همراه با تمرین‌های ذهن‌آگاهی به والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه 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 دادن و تحلیل کردن آنهاست (استال و گلدشتاین، ۲۰۱۰). 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. 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 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 به این صورت که آموزش به والدین به آن‌ها و در نتیجه کودکان شان 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 با هدف بهبود تأثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی و نهایتاً ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است.

براساس نتایج این مطالعه، استفاده از برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب افزایش سلامت عمومی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه 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 مد نظر باشد. نداشتن مرحله پیگیری آموزش از محدودیت‌های این پژوهش است. از آن جایی که در این پژوهش فقط از روش آموزش گروهی استفاده شد پیشنهاد می‌گردد اثر این شیوه درمانی در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرارگیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شود. همچنین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی مشکلات فرزندان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی از جمله، استرس و شیوه‌های فرزندپروری ادارک شده، رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای آن‌ها بررسی گردد.

### تشکر و قدردانی

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

### منابع

- بخشی سورسجانی، لایلا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش مادر بر کاهش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در کودک و افسردگی مادر. *مجله پژوهش پرستاری*، ۱۳(۲)، ۲۲-۲۵.
- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). ۴(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- کجیاف، محمداقبر؛ شیرازی، تهرانی، علیرضا؛ میردریکوند، فضل‌اله؛ مظاهری، مصطفی (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان بیش‌فعال. *خانواده پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۱۰۳-۱۲۲.
- قلی‌پورکویچ، صالح؛ لیوارجانی، شعله؛ داوود، حسینی نسب (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و تعلل ورزی تحصیلی نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *طب توانبخشی*، ۲(۸)، ۱۰۶-۱۱۸.
- طالبی، سمیه؛ عظیمی لولتی، حمیده؛ شفاعت، عارفه؛ یزدانی پراتی، جمشید؛ جنتی، یداله (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی والدین کودکان کم توجه/بیش‌فعال. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۷۰)، ۱۰۷-۱۱۹.
- مرادیانی گیزه رود، سیده خدیجه؛ میردریکوند، فضل‌اله؛ حسینی رمقانی، نسرين السادات؛ مهربابی، مهناز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی. *ارمغان دانش*، ۶(۲۱)، ۵۰۹-۵۷۶.
- هاشمی ملک‌شاه، شهناز؛ عزیزاده، حمید؛ پزشک، شهلا؛ سهیلی، فریبا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۴(۱۸)، ۸۸-۹۹.

- Adimora, D., Nwokenna, E., Omeje, J., Umeano, 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(14), 702-708.
- Bögels, M., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M., and van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, co-parenting and marital functioning. *5(2)*, 536-551.
- Brown, K., Ryan, R., Creswell, J. (2007) Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 21-37.
- Bögels, S., Restifo, K. (2013) *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. Springer Science & Business Media*.
- 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
- Liang, S., Lee, C., Kelsen, A., & Chen, V. (2021). Health-related quality of life in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder in Taiwan: The roles of child, parent, and family characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 113(10), 1-14.
- Robert, F., Asarnow, N., Robert, E. (2021). Association of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses With Pediatric Traumatic Brain Injury. *JAMA Psychiatry*, 175(10), 1009-1016.
- Raiker, J. S. (2021). Editorial: Instrumental Learning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Rewarding Review Incentivizing Future Research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(11), 1342-1344.
- Stahl, B., Goldstein, E. (2010) *A mindfulness-based stress reduction workbook. New Harbinger Publications*.
- Speerforck, S., Hertel, Johannes., Stolzenburg, S., Grabe, H., Carta, M., Angermeyer, C., Schomerus, G. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: A Population Survey on Public Beliefs. *Journal of Attention Disorders*, 25(6), 11-1.
- Si, Y., Ma, C., Zhang, J. (2020). Factors Influencing Parenting Stress among Chinese Families of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Children and Youth Services Review*, 19(4), 26-1.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M., Marton, I. (۲۰۱۱). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family studies*, 20(5), 640-647.
- Zaidman-Zait, A., Shilo, Iris. (2018). Parental ADHD Symptoms and Inhibitory Control in Relation to Parenting Among Mothers of Children with and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25(3), 14-1.
- zaslan, A., & Yıldırım, M. (2021). Internalized stigma and self esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's HealthCare*, 50(3), 312-324.