



اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر سازگاری شخصی-اجتماعی و تمایزیافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نیلوفر حاجی ستاری ممقانی^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر سازگاری شخصی-اجتماعی و تمایزیافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ است. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش فعال ۳ تا ۷ ساله شهر تهران بودند نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) انتخاب شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه استاندارد سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا (کلارک و همکاران، ۱۹۵۳) و تمایزیافتگی خود (اسکورن و فریدلندر، ۱۹۹۸) انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS23 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون t گروه مستقل، تحلیل واریانس چند متغیری) انجام پذیرفت. نتایج تحقیق نشان داد که میانگین سازگاری فردی و اجتماعی مادرانی که دارای کودک بیش فعالی-نقص توجه بودند و تحت "آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور" قرار گرفته‌اند، به طور معنی‌داری افزایش داشته است. همچنین نتایج نشان داد که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور باعث افزایش تمایزیافتگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر سازگاری اجتماعی فردی و اجتماعی مادران و تمایزیافتگی مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه موثر است.

واژگان کلیدی: سازگاری شخصی-اجتماعی، تمایزیافتگی، درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور، بیش فعالی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)



مقدمه

اختلال بیش فعالی و نقص توجه^۱، شایع‌ترین اختلال رفتاری است که کودکان را مبتلا می‌کند (درخشانی‌پور، خاکی، شاهینی، وکیلی و ثاقبی، ۱۳۹۵). راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی، آن را به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری شرح می‌دهد که در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تکامل روانی است و برای تشخیص آن حداقل ۶ مورد از ۹ معیار بی توجهی یا بیش فعالی تکانشگری بایستی در دو موقعیت جداگانه (مثلاً خانه و مدرسه) مشاهده شوند (۹ مشخصه رفتاری برای بی توجهی و ۹ مشخصه رفتاری نوع بیش فعالی-تکانشگری فهرست شده است). این علایم بایستی ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پیش از ۷ سالگی ظاهر شده باشند (آسارنو، نیومن، ویس و سو^۲، ۲۰۲۱). شیوع این اختلال بین ۵-۱۲ درصد گزارش شده است (کورتس^۳، ۲۰۲۰). گزارش‌ها در مورد میزان شیوع این اختلال در ایالات متحده آمریکا از ۲ تا ۲۰ درصد در کودکان دبستانی متغیر است. میزان شیوع آن در انگلستان کمتر از ۱ درصد است (بهشتی، چوانون و کریستینسن^۴، ۲۰۲۰). طاهرمنش و معینی راد (۱۳۹۹) در پژوهش خود شیوع کلی این اختلال را ۹/۵۳ درصد با شیوع بیشتر در بین پسران، عنوان کرده‌اند. خانواده، نقش بسیار مهمی در مدیریت و یادگیری این کودکان دارد و معلمین نیز به میزان زیاد در مدیریت روز به روز این کودکان همکاری و شرکت دارند (فاراون و لارسون^۵، ۲۰۱۹). اگر چه مداری زیادی وجود دارد که اختلال نقص توجه و بیش فعالی اساساً یک اختلال ژنتیکی و عصبی می‌باشد (زو، استراتیرن، لیو، یانگ و بائو^۶، ۲۰۱۸) اما این موضوع نمی‌تواند اهمیت نقش خانواده در مدیریت رفتاری این کودکان را کمرنگ کند.

لذا تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن یک کودک بیش فعال رنج می‌برند (آساری و کالدول^۷، ۲۰۱۹). والدین کودکان نقص توجه و بیش فعالی به ویژه مادران، اغلب به گونه‌ای زبان آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند. احساس تقصیر و گناه، احساس ناکامی و اضطراب و نگرانی، از جمله واکنش‌های شایع والدین در پی آگاهی از بیماری کودک است (انکر، هاویک و هیر^۸، ۲۰۲۰)؛ از طرفی تولد داشتن کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه، عامل نگران‌کننده برای سازگاری خانواده محسوب می‌شود (کورونا^۹، ۲۰۲۰) شواهد حاکی از آن است که خانواده‌های دارای کودک بیش فعال، از نظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند (وان، گی، ژانگ، سان، وانگ و یانگ^{۱۰}، ۲۰۲۰). والدین کودکان ناهنجار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که از بیماری فرزند به آنان تحمیل می‌کند، با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند؛ از طرف دیگر آنها نمی‌توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند. این مسئله، موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت نفس و تعامل روانی-اجتماعی آنها، اثرات مخربی بر جای می‌گذارد (پیریائی، کاکوند و جلالی، ۱۳۹۹). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آنست که در افراد گوشه‌گیر، منزوی و با عزت نفس ضعیف، احتمال بروز بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است؛ در حالی که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شوند (شانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). لیو^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی پرداخته و دریافته‌اند که سازگاری موثر در این خانواده‌ها مختل بوده و دادن اطلاعات به خانواده‌ها و آموزش والدین به خصوص مادران با سطح تحصیلات پایین تر، به

¹ - Attention Deficit and Hyperactivity Disease

² - Asarnow, Newman, Weiss & Su

³ - Cortese

⁴ - Beheshti, Chavanon & Christiansen

⁵ - Faraone & Larsson

⁶ - Xu, Strathearn, Liu, Yang & Bao

⁷ - Assari & Caldwell

⁸ - Anker, Haavik & Heir

⁹ - Corona

¹⁰ - Wan, Ge, Zhang, Sun, Wang & Yang

¹¹ - Shang

¹² - Liu



شدت مورد نیاز است. کوهسالی، میزرامالی، کریملو (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود دریافتند، میزان سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب مانده ذهنی، به طور چشمگیری پایین تر از مادران دختران عادی است. آدبسی^۱ و همکاران (۲۰۱۴) نیز به این این نتایج دست یافتند که اثربخشی مداخله های آموزشی بر بهبود رفتارهای اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه و بیش فعالی موثر است.

از سویی فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک، معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند، ولی به محض آگاهی از بیماری فرزند، تمام آرزوها به یاس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط دارد. مادر وقتی با فرزند بیمار خود رو به رو می شود به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه این کودکان با خشم، استرس مواجه می شود که این عوامل، باعث تضعیف کارکرد طبیعی مادر می شود به همین خاطر اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک نقص توجه و بیش فعال بالاتر از کودک عادی است (زندوانیان نائینی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اثر منفی خشم و رفتار خشونت آمیز بر سازگاری اجتماعی افراد، هر گونه تنش و تعامل منفی مادر و کودک می تواند به طور جدی در رشد کودک و خانواده تاثیر گذار (شکوهی، ۲۰۱۰).

عدم تمایز یافتگی خود در روابط این مادران، باعث افزایش احساس افسردگی و کاهش سازگاری فردی و اجتماعی در آنان می شود. تمایز یافتگی، به توانایی افراد برای تمایز خود از خانواده اصلی شان در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می شود (اسلام زاده، رشیدی و فکریان، ۱۳۹۵). افرادی که تمایز یافتگی کمی نسبت به خود دارند، قادر نیستند احساس خود را از دیگران متمایز کنند و به راحتی با احساساتی که خانواده و اطرافیان به آنها وارد می کنند، آشفته می شوند، و افرادی که از سطح مناسب تمایز یافتگی بهره مند هستند، خودرهبند، و به احساسات و افکار خود واقفند. این در حالی است که افراد تمایز نیافته از لحاظ عاطفی به دیگران وابسته اند و به سختی برای خود فکر، احساس و عمل می کنند (آزادی و ناهیدپور، ۱۳۹۵). افراد با تمایز یافتگی بالا به هیجانات خود واقفند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت ها هستند و توانایی رشد خود مستقل را دارند و این در حالی است که افراد کمتر تمایز یافته، یا به همجوشی با دیگران تمایل دارند و یا به بریدگی عاطفی تن می دهند (ژو^۲، ۲۰۱۹) بررسی رابطه بین تمایز یافتگی و روابط درون گروهی در افراد نشان داد که همدلی باعث افزایش میزان تمایز یافتگی و سازگاری در افراد می شود (دوبا، برنا، کانستند و نادرینو^۳، ۲۰۱۸). طبق پژوهشی که توسط کیم، پروتی، اسمیت، کو، و تچلر و اوه^۴ (۲۰۱۵) انجام شد، تمایز یافتگی کافی افراد در سیستم خانواده ارتباط مثبت و معناداری با عملکرد سالم و موفق آنها در خانواده دارد و به دلیل آگاهی از توانایی های خود از سازگاری فردی و اجتماعی بیشتری برخوردارند.

بنابراین آموزش موضوعی مرتبط با یادگیری است و بهرمندی از سطح بالاتر آموزش در سراسر جهان، اغلب برخوردار از مشاغل بهتر و نیز زندگی سالم تر را به دنبال دارد، همچنین آموزش امکان رفاه بیشتر خانواده و جامعه را فراهم می سازد. اعضای خانواده و والدین معمولاً ارتباط بهتری را نسبت به اعضاء غیرفامیل با کودک برقرار می سازد. به همین جهت ارتباط امکان همکاری و تشریک مساعی را به نحو بهتری فراهم می آورد که در کل به بالا بردن قابلیت ها و شناسایی کودک می انجامد و احساس رضایت به مراتب بهتری را برای والدین می دهد به هر حال والدین، بویژه مادر اولین و شایسته ترین معلم و مربی کودک در سال های حساس زندگی است. از طرف دیگر شرکت موفقیت آمیز والدین در فعالیت های آموزش و کسب اطلاعات در مورد کار با فرزندانشان می تواند احساس شایستگی و کنترل آنها را در برخورد با کودکانشان بالا ببرد. لذا تدارک خدمات و برنامه ها مورد نیاز والدین وقتی از اطمینان برخوردار می شود که نقش والدین به عنوان همیار، کمک کننده و آگاه

¹ - Adebisi

² - Zhu

³ - Doba, Berna, Constant & Nandrino

⁴ - Kim, Prouty, Smith, KO, Wetchler & Oh



از طریق دریافت آموزش‌های صحیح مشخص‌تر گردد. در این راستا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و الدمحور، نوید تازه‌ای در رویکرد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است که هدف آن بهبود رابطه والد-کودک از طریق سازوکارهایی چون پذیرش و عدم قضاوت خود و دیگران (باقری، طهماسیان و مظاهری، ۱۳۹۷) بر پایه آگاهی از افکار، هیجان‌ها، و احساسات بدنی خود و دیگران مانند فرزندان، خانه و خانواده و محیط است که مستلزم یادگیری مهارت‌های جدید و انجام تمرین‌ها به منظور کاهش نشخوار فکری در جهت اصلاح رابطه والدین و کودکان است (کارلسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش والدین در کاهش مشکلاتی چون پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و همچنین ارتقای بهزیستی روانی والد-کودک موثر است. از این رو به نظر می‌رسد با مداخله شیوه والدگری به صورت آموزش و تربیت والدین، می‌توان درک مهارت‌های والدینی و تعامل والد-کودک را بهبود و ارتقا بخشید (سندرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین امروزه با توجه به پیشرفت علم و صنعت و صنعتی شدن زندگی و تخصصی‌تر شدن مسائل کودکان، می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی و الدمحور به صورت یک امر ضروری و لازم در آمده است. شاید که در آینده مدرس آموزش ذهن آگاهی و الدمحور نیز مانند یک رشته تخصصی درآمد و باید به یک دید تخصصی‌تر به آن نگاه کرد ولی ناگفته نماند بایستی خانواده‌ها را نیز از اهمیت آموزش ذهن آگاهی و الدمحور به عنوان یک مسئله ضروری در زندگی آگاه نمود. کودکان مبتلا به بیش‌فعالی-نقص توجه اصولاً دارای والدینی هستند که از نظر فرهنگی و آموزشی، خیلی از مسائل مواردی را در مورد فرزند خود نمی‌دانند. این والدین لازم است که در این کلاس‌ها شرکت نمایند تا مهارت برخورد با این فرزندان را بدانند و در جامعه این افراد سربار دیگران نباشند و با شرکت در این کلاس‌ها می‌توانند ظرفیت روان شناختی خود را بالا ببرند و خود را در سطح مطلوب روانی-اجتماعی قرار دهند. لذا پژوهشگر در پی پاسخ به این سوال است: آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و الدمحور بر سازگاری فردی-اجتماعی و تمایزیافتگی خود در مادران دارای کودکان بیش‌فعالی-نقص توجه چه تاثیری دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش‌فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد ۴۷ مادر دارای کودک بیش‌فعالی-نقص توجه جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) داشتن کودک مبتلا به بیش‌فعالی-نقص توجه (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روانشناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی می‌باشد. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد ۳۰ نفر از این مادران معیارهای ورود را داشتند بنابراین با توجه به طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی و تمایزیافتگی خود را تکمیل کردند. سپس بسته آموزشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور توسط محقق هر هفته یک جلسه و هر جلسه دو ساعت بر روی گروه آزمایش اعمال شد. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. محتوای جلسات آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و الدمحور در جدول (۱) ارائه شده است.

¹ - Carlson

² - Sanders



ابزارها:

پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا: در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا استفاده شده است. این آزمون، در سال (۱۹۵۳) توسط کلارک و همکاران به منظور سنجش سازش‌های مختلف زندگی که دارای دو قطب سازش شخصی و سازش اجتماعی است، تهیه شده است و دارای ۱۸۰ سوال دو گزینه‌ای (از نوع بله یا خیر) می‌باشد. هیچ یک از عوامل متشکل این آزمون، دارای حالتی کاملاً اختصاصی نیست و هر یک از آنها در واقع طبقه‌ای از فرایندهای خاص مانند احساس کردن، فکر کردن و عمل کردن را اندازه می‌گیرد. آزمون، دارای ۱۲ خرده‌مقیاس است که نیمی از آنها برای سنجش سازگاری فردی و نیمی دیگر جهت اندازه‌گیری سازش اجتماعی، تهیه شده است. در نتیجه اجرای آزمون، به طور کلی ۱۵ نمره به ترتیب به دست می‌آید: الف) در زمینه سازگاری شخصی، ۶ نمره به دست می‌آید: اتکا به نفس (A1)، درک ارزش خویش (B1)، زادی شخصی (C1)، احساس وابستگی (D1)، تمایلات واپس زده (E1)، نشانگان عصبی (F1) و یک نمره به عنوان سازش شخصی. ب) در زمینه سازگاری شخصی، ۶ نمره به دست می‌آید: قالب‌های اجتماعی (A2)، مهارت‌های اجتماعی (B2)، علائق ضد اجتماعی (C2)، روابط خانوادگی (D2)، روابط مدرسه‌ای (E2)، روابط اجتماعی (F2) و یک نمره به عنوان سازش اجتماعی. یک نمره کل که در زمینه ترکیب دو نمره سازش شخصی و سازش اجتماعی، حاصل می‌شود (خجسته مهر، ۱۳۷۳). شفر (به نقل از خجسته مهر، ۱۳۷۳)، در بحث خود درباره این آزمون، در کتاب سالنامه اندازه‌گیری روانی (بورس، ۱۹۵۳)، بیان می‌کند که بر پایه مطالعات انجام شده، ضریب پایایی نمره‌های که در گروه‌های ۲۳۷ تا ۷۱۲ نفری به دست آورد، برای مقیاس سازش شخصی در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۰، برای مقیاس سازش اجتماعی در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ و برای نمره کل آزمون ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ بوده است. این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌های آزمون، دو دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ قرار داشتند. با آن که در دستورالعمل آزمون، بحث روشن و واضحی از ضرایب روایی آزمون به میان نیامده است، درباره سوال‌های آن، شواهد بسیاری نشان‌دهنده ارتباط آزمون با خصیصه مورد اندازه‌گیری باشد، مانند قضاوت معلمان، واکنش‌های دانش‌آموزان، هماهنگی بین پاسخ‌های دانش‌آموزان و ارزیابی معلمان و محاسبه ضرایب همبستگی دو رشته‌ای سوال‌های آزمون، ارائه شده است. ضریب پایایی مقیاس در پژوهش خجسته مهر (۱۳۷۳)، برای مقیاس سازش شخصی در گروه بینا، ۰/۸۰، در گروه نابینا ۰/۸۸ و برای مقیاس سازش اجتماعی، در گروه بینا، ۰/۷۹ و در گروه نابینا، ۰/۶۸ بوده است.

تمایز یافتگی خود اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸): فرم اولیه این پرسشنامه توسط اسکورن و فریدلندر در سال ۱۹۹۸ تهیه شده و سپس در سال ۲۰۰۳ توسط اسکورن و اسمیت مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۴۵ ماده و ۴ مولفه واکنش‌پذیری هیجانی، موقعیت من، گسلس عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است، در این پرسشنامه ماده‌ها در یک طیف شش رتبه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مرتب شده است. که حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۴۵ و ۲۷۶، و نمره کمتر در این پرسشنامه نشانه سطح پایین تمایز یافتگی است. یونسی (۱۳۸۵) ضرایب پایایی بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۵، و برای مولفه‌های واکنش‌پذیری هیجانی ۰/۷۷، موقعیت من ۰/۶۰، گسلس عاطفی ۰/۶۵ و امتزاج با دیگران ۰/۷۰؛ اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳) این ضرایب در کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای واکنش عاطفی ۰/۸۹، گسلس عاطفی ۰/۸۴، موقعیت من ۰/۸۱ و آمیختگی با دیگران ۰/۸۱. آقاجانی، شوقی و نعیمی (۱۳۹۳) ضرایب کل پرسشنامه ۰/۸۳ و بازآزمایی ۰/۸۱ و برای چهار مولفه از ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. روایی سازه این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی بیانگر تایید چهار عامل واکنش‌پذیری هیجانی، موقعیت من، گسلس عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است (امانی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش اسکیان (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و در پژوهش شکیبایی به روش بازآزمایی ۰/۸۱ بوده است که پایایی بالای این پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور

محتوای مربوط به هر جلسه

جلسات



| | |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفی مدرس گروه به اعضا، معرفی برنامه ترکیبی، آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر، توزیع پرسشنامه ها و توضیح در مورد نحوه تکمیل آن و تعیین تاریخ جلسات |
| جلسه دوم | تفہیم اصطلاحاتی مانند والدمحوری منطقی (غیرواکنشی)، هدایت خودکار، حضور ذهن، آموزش مراقبه خوردن کشمش برای تمرین حضور ذهن، بررسی انواع مشکلات رفتاری کودک و علل بروز آن، بیان اهمیت برقراری تعامل مثبت با کودکان |
| جلسه سوم | تمرین و کسب توانایی به تاخیر انداختن قضاوت و داوری، شناسایی علائم تنیدگی طی والدگری، آگاهی نسبت به بدن و ذهن، آموزش تکنیک های افزایشی از قبیل تحسین تفکیکی و پاداش دهی به منظور رفتار مطلوب در کودک |
| جلسه چهارم | آگاهی از تاثیر افکار بر افزایش استرس، پاسخ دادن به جای واکنش نشان دادن، آموزش تکنیک مشاهده افکار و فضای تنفسی، بیان ادامه تکنیک های افزایشی و آموزش استفاده از چارت رفتاری به عنوان یک روش موثر پاداش دهی |
| جلسه پنجم | آگاهی در مورد الگوهای والدگری کارآمد بین نسلی، مهرورزی نسبت به خود، بیان تکنیک های کاهش از قبیل ایجاد مقررات و نحوه دستور دادن صحیح |
| جلسه ششم | بررسی تعارضات، آموزش بازسازی رابطه، در نظر گرفتن دیدگاه کودک و عشق ورزی، آموزش ادامه تکنیک های کاهش از جمله زمان سکوت، محروم کردن و نادیده گرفتن |
| جلسه هفتم | وضع قوانین و محدودیت های به صورت ذهن آگاهانه، آموزش مدیریت موقعیت های پرخطر |
| جلسه هشتم | جمع بندی جلسات و آمادگی برای شروع تمرین ها و اجرای تکنیک ها به صورت انفرادی، تکمیل پرسشنامه های پس آزمون |

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss23 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است بین مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سازگاری فردی-اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ($t=-5/61$ و $p=/.0001$).

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل (پیش آزمون-پس آزمون) میانگین نمره سازگاری فردی اجتماعی مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه های آزمایش و گواه

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | درجه آزادی | t | سطح معنی داری P |
|----------------------|--------|---------|--------------|------------|-------|-----------------|
| سازگاری فردی-اجتماعی | آزمایش | ۱۶/۷۳- | ۲۰/۱۰ | ۵۸ | -۵/۶۱ | .۰۰۰۱ |
| | گواه | ۸/۲۳ | ۱۳/۷۵ | | | |

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی تفاضل (پیش آزمون-پس آزمون) سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه های آزمایش و گواه

| نام آزمون | مقدار | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری |
|-----------|-------|----------|--------|-------|---------------|
| آزمون اثر | .۳۷۴ | ۲ | ۵۷ | ۱۵/۹۹ | .۰۰۰۱ |



| پیلایی | آزمون لامبدای ویلکز | آزمون اثر هتلینگ | آزمون بزرگترین ریشه روی |
|--------|---------------------|------------------|-------------------------|
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۵/۹۹ | ۵۷ | ۲ |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۵/۹۹ | ۵۷ | ۲ |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۵/۹۹ | ۵۷ | ۲ |

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی) تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات تفاضل (بیش آزمون-پس آزمون) سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه های آزمایش و گواه

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری P |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------------|
| سازگاری فردی | ۴۳۵۲/۰۱ | ۱ | ۴۳۵۲/۰۱ | ۳۲/۱۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| سازگاری اجتماعی | ۹۴۴/۰۶ | ۱ | ۹۴۴/۰۶ | ۹/۹۰ | ۰/۰۰۳ |

همانطور که مشاهده می‌گردد آموزش رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور موجب افزایش سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه گروه آزمایش با گروه گواه می‌شود.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره پس آزمون تمایز یافتگی خود گروه‌های آزمایش و کنترل

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|------------|
| ۱۰۲۹/۵۵۶ | ۲ | ۵۱۴/۷۷۸ | ۵۹/۰۴۲ | ۰/۰۱ | ۰/۴۳ | ۱ |

همچنین، با توجه به مندرجات جدول ۵، مقدار F برای متغیر تمایز یافتگی خود، ۵۹/۰۴۲ به دست آمد که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است. بنابراین، این فرضیه نیز تأیید شد و می‌توان گفت، مداخله رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور باعث افزایش تمایز یافتگی خود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر سازگاری شخصی-اجتماعی و تمایز یافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور باعث افزایش سازگاری شخصی اجتماعی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی شده است. نتایج پژوهش با یافته های (خرمایی و همکاران، ۱۳۹۴؛ باقری نیا و همکاران، ۱۳۹۷؛ بشیرپور و همکاران، ۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که والدگری ذهن آگاهانه با استفاده از فنون خود شامل گوش دادن فعال، پذیرش و عدم قضاوت خود و کودک، آگاهی هیجانی نسبت به خود و کودک، خودتنظیمی در رابطه والدگری، شفقت و دلسوزی نسبت به خود و کودک، منجر به ارتقای سازگاری اجتماعی و فردی والدگری می‌گردد. زیرا برنامه های



والدگری ذهن آگاهانه از طریق مدیریت هیجانات منفی از جمله خشم باعث افزایش بهزیستی روانشناختی، کنترل و مدیریت نشخوار فکری، کاهش سطح تنش و اضطراب در مادران دارای کودک بیش فعال شده که این امر باعث ارتقاء سطح کیفیت انعطاف پذیری روانشناختی، افزایش سازگار اجتماعی و فردی، عواطف و رفتارهای مثبت و ارتقای کیفیت ارتباط والد-نوجوان می‌گردد. از این رو مادران دارای کودک بیش فعال از طریق آموزش والدگری ذهن آگاهانه سازگاری اجتماعی و فردی را می‌تواند بالا ببرد. مادران دارای کودک بیش فعال به دلیل شرایط استرس زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان خود را از دست می‌دهند. به طوری که در برخورد با مشکلات زندگی و فشارهای زندگی بدون تسلط بر افکار و هیجانات خود آمادگی لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را ندارند از این رو تاب و تحمل آنها نسبت به مادران عادی کاسته و بهزیستی روانی و سازگاری فردی آنها به خطر می‌افتد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش تمرکز بر مهارت فردی مادران و نقاط تمام تمرکز خود را بر شرایط تنش‌زای کودک خود قرار دهند و محیط اطراف خود اهمیت داده لذا سازگاری اجتماعی و به تبع آن تاب‌آوری در آنها افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور باعث افزایش تمایز یافتگی خود در مادران دارای کودکان بیش فعال شده است. در تبیین احتمالی می‌توان بیان کرد که والدگری ذهن آگاهانه اغلب منجر به سبک‌های والدگری مطلوب می‌گردد. برای مثال همبستگی بالای والدگری ذهن آگاهانه با سبک مقتدرانه و همبستگی پایین با سبک استبدادی (گوویا و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویلیامز و والر، ۲۰۱۰) و استفاده کمتر از سبک‌های مبتنی بر حمایتگری مفرط و طردکننده و رواج بیشتر سبک‌های مشوق (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۴) مورد تایید قرار گرفته است. اتخاذ رویکرد والدگری ذهن آگاهانه به دلیل تمرکز بر زمان حال، همراه با دیدگاه دلسوزانه و غیرقضاوتگر نسبت به نوجوان همراه است (سندرز و همکاران، ۲۰۱۴). والدینی که از این مهارت استفاده می‌کنند توجه بیشتر به رفتارهای کودکان و پاسخ‌های شناختی و هیجانی خود به رفتار آنها نشان می‌دهند. بهتر می‌توانند هیجاناتی که طی تعامل با نوجوان برانگیخته می‌شوند را تنظیم و با استرس والدگری بهتری مقابله کنند. در نتیجه والدین ذهن آگاه در برابر فرزندان خود کمتر واکنش‌پذیر بوده و از شیوه‌های فرزندپروری موثرتری بهره می‌گیرند. این توانایی به آنها کمک می‌کند تا چرخه‌های ناهنجار و خوکاری را که طی والدگری برانگیخته می‌شوند قطع کنند. نگرشی گرم و مهربان و سطوح بالاتری از پذیرش و دلسوزی را نسبت به فرزندان خویش قرار گیرند. تحقیقات نشان داده است که مهارت‌های والدگری ذهن آگاهانه با پیامدهای مثبت متعدد والدگری مانند اتخاذ شیوه‌های والدگری مثبت بیشتر (تقویت مثبت، تظاهرات والدگری واکنشی) همایند هستند (پرنت و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس می‌توان ادعا نمود که برنامه ذهن آگاهی والد محور بر تمایز یافتگی خود مادران دارای کودک بیش فعال اثر دارد.

بیشتر مادران در زندگی با این فرزندان کمتر احساس ارزشمندی می‌کنند و حتی بیشتر خود یا فرزندان‌شان را سرزنش می‌کنند، مادران بیشتر وقت و هزینه را صرف این گونه فرزندان می‌کنند، پس مادران با شرکت در این کلاس‌ها می‌توانند سازگاری فردی بسیار خوبی با این فرزندان به دست بیاورند. بدون شک مادرانی که در کلاس‌های آموزش خانواده شرکت کرده‌اند نسبت به مادرانی که در این کلاس‌ها شرکت نکرده‌اند از سازگاری فردی و تمایز یافتگی بسیار خوب و مثبتی برخوردار هستند و اگر این مادران را در طول سال با این کلاس‌ها بیشتر آشنا کنیم، به طور مرتب این کلاس‌ها را برای مادران برگزار نماییم از اعتماد به نفس و درک و ارزش و آزادی شخصی بسیار خوبی برخوردار می‌شوند به دلیل اهمیت این کلاس‌ها بایستی این کلاس‌ها توسط افراد مجرب و آموزش دیده بر پا گردد تا بتوانند حق مطلب را به جای بیاورند و مادران را در سازگاری فردی بسیار قوی و خوب بار بیاورند، زیرا بیشتر مادران تمام زندگی و مشکلات فردی خویش را فدای این فرزندان در زندگی می‌کنند و دیگر فرزندان و حتی همسران خود را گاهی فراموش می‌کنند تا بتوانند به مشکلات این گونه فرزندان برسند و از یک سازگاری فردی بسیار خوبی برخوردار نمی‌شوند، لذا لازم است که مادران با شرکت در این کلاس‌های آموزش خانواده بتوانند از یک سازگاری فردی بسیار خوبی برخوردار شوند. با برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده در مورد خصوصیات این گونه کودکان و برای مادران تا بتوانند بهتر مسائل مربوط به خود و جامعه را در مورد این کودکان در



عرصه اجتماعی به کار گیرند مسلماً همین خانواده ها می توانند با آوردن این فرزندان در بین شهروندان و این که آنها نیز مانند دیگر افراد جامعه حق زندگی را دارند و با این کار دیدگاه جامعه و اجتماع را نیز در برخورد با این افراد بسیار جالب و خوب تر نمایند و این باعث می شود که سازگاری اجتماعی مادران این گونه فرزندان در جامعه بیشتر و مثبت تر شود.

منابع

- اسکیان، پرستو. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر روان نمایش گری بر افزایش تمایز یافتگی فرد از خانواده اصلی در دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۵ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران.
- اسلام زاده، بابک؛ رشیدی، هاجر و فکریان، سمیه. (۱۳۹۵). تعیین نقش میانجی گری خودکارآمدی عمومی در رابطه تمایز یافتگی خود و هویت اجتماعی دانشجویان. پژوهش های مشاوره، دوره ۱۵، شماره ۵۷، صص: ۴۱-۵۷.
- امانی، احمد؛ یوسفی، ناصر و حسینی، صالح. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و اضطراب امتحان، با نقش واسطه ای تمایز یافتگی در دانش آموزان. مجله دانشگاه کردستان، ۵ (۴)، ۵۲-۷۲.
- آزادی، شهذخت و ناهیدپور، فرزانه. (۱۳۹۵). پیش بینی مقدار تمایز یافتگی دختران از روی مقدار تمایز یافتگی مادران: بررسی انتقال های بین نسلی. فصلنامه زن و جامعه، ۷ (۴)، ۱۳۶-۱۲۵.
- باقری نیا، ح؛ یمینی، م؛ جوادی علمی، ی و نورادی، ط. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم هیجان در اختلال افسردگی اساسی. مجله علمی پژوهش سلامت، ۲ (۳)، ۲۱۹-۲۱۰.
- باقری، م؛ طهماسبیان، ک و مظاهری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه ترکیبی والدگری ذهن آگاهانه و مدیریت والدین بر بهزیستی روان شناختی و شادکامی کودکان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، ۷ (۳۰)، ۱-۲۶.
- بشیرپور، س؛ عطارد، ن و عینی، س. (۱۳۹۶). ابعاد سرشت/منش و افسردگی: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۱ (۲۲)، ۳۶-۲۷.
- پیریائی، ماندانا؛ کاکاوند، علیرضا و جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۹). مقایسه ادراک انصاف، حمایت اجتماعی ادراک شده و بخشش در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی و عادی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۶ (۴)، ۴۹۳-۵۱۱.
- خرمایی، ف؛ کلانتری، ش و فرمانی، الف. (۱۳۹۴). مقایسه مولفه های ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر و افراد بهنجار. مجله علمی دانشگاه پیام نور، ۱۸ (۴)، ۷۷۳-۷۸۵.
- درخشانیپور، ف، خاکی، س، شاهینی، ن، وکیلی، م، ع، و ثاقبی، ع. (۱۳۹۵). ارتباط سلامت روانی مادران با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸ (۳)، ۱۵۱-۵.
- زندوانیان نائینی، احمد؛ مروتی شریف آباد، محمدعلی و امراللهی، مرضیه. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مدیریت خشم بر افزایش سلامت روان مادران دارای فرزند معلول. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال سیزدهم، شماره سوم.
- ظاهرمنش، صدیقه و معینی راد، جواد. (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش نشانه های بیش فعالی/نقص توجه کودکان (یک مطالعه موردی). نشریه پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۳۱ (۲)، ۷۶-۷۰.
- کوهسالی، معصومه؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ محمدخانی، پروانه و کریملو، مسعود. (۱۳۸۶). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب مانده ذهنی آموزش پذیر با مادران دختران عادی شهر کاشان. مجله دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ۸ (۱)، ۱۴-۳.

ADEBISI, R. O., IROHAM, N. S., & AMWE, R. A. (2014). The Efficacy of Social Stories Intervention for Improving Social Behaviours in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *European Journal of Humanities and Social Sciences Vol, 30*(1).



- Anker, E., Haavik, J., & Heir, T. (2020). Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation. *World Journal of Psychiatry, 10*(9), 202.
- Asarnow, R. F., Newman, N., Weiss, R. E., & Su, E. (2021). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses With Pediatric Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*.
- Assari, S., & Caldwell, C. H. (2019). Family income at birth and risk of attention deficit hyperactivity disorder at age 15: racial differences. *Children, 6*(1), 10.
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry, 20*(1), 1-11.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Mindful parenting. A guide for mental health practitioners.
- Corona, J. C. (2020). Role of oxidative stress and neuroinflammation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Antioxidants, 9*(11), 1039.
- Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine, 383*(11), 1050-1056.
- Doba, K., Berna, G., Constant, E., & Nandrino, J. L. (2018). Self-differentiation and eating disorders in early and middle adolescence: A cross-sectional path analysis. *Eating behaviors, 29*, 75-82.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry, 24*(4), 562-575.
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness, 7*(3), 700-712
- Kim, H., Prouty, A. M., Smith, D. B., KO, M. J., Wetchler, J. L., & Oh, J. E. (2015). Differentiation and Healthy Family Functioning of Koreans in South Korea, South Koreans in the United States, and White Americans. *Journal of marital and family therapy, 41*(1), 72-85.
- Liu, C. Y., Huang, W. L., Kao, W. C., & Gau, S. S. F. (2017). Influence of disruptive behavior disorders on academic performance and school functions of youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development, 48*(6), 870-880.
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., & Forehand, R. (2016). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of abnormal child psychology, 44*(1), 191-202
- Shang, C. Y., Shih, H. H., Pan, Y. L., Lin, H. Y., & Gau, S. S. F. (2020). Comparative efficacy of methylphenidate and atomoxetine on social adjustment in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 30*(3), 148-158.



- Shokoohi-Yekta, M., Parand, A., & Zamani, N. (2010). Anger management instruction for mothers: a cognitive behavioural approach. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1371-1375.
- Wan, L., Ge, W. R., Zhang, S., Sun, Y. L., Wang, B., & Yang, G. (2020). Case-control study of the effects of gut microbiota composition on neurotransmitter metabolic pathways in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in neuroscience*, 14, 127.
- Williams, K. L., & Wahler, R. G. (2010). Are mindful parents more authoritative and less authoritarian? An analysis of clinic-referred mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 230-235
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA network open*, 1(4), e181471-e181471.
- Zhu, X. (2019, June). Relationship between Self-differentiation and Self-disclosure of College Students: The Mediating Role of Peer Attachment. In *3rd International Conference on Economics and Management, Education, Humanities and Social Sciences (EMEHSS 2019)*. Atlantis Press.