

اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی

سیده خدیجه مرادیانی گیزه رود^۱، فضل‌اله میردیریکوند^۱، نسرين السادات حسینی رمقانی^{۲*}، مهناز مهرابی^۲

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران ^۲ گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۳/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۸

چکیده

زمینه و هدف: مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی و پرخاشگری بیشتری را تجربه می‌کنند. در این راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر به صورت شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی (گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال) در دبستان‌های ابتدایی شهر نورآباد، بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. 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 پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک و پرخاشگری، 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. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، تحلیل کوواریانس یک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار آماری ($p < 0.001$) بین مراحل پیش و پس از آزمون در نمره کلی اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در گروه آزمایش شد. به این صورت که در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری کمتری را گزارش نمودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخش بودن استفاده از برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، آموزش این برنامه در راستای کاهش فشارروانی این گروه از افراد جامعه پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال لجبازی نافرمانی، فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری

* نویسنده مسئول: نسرين السادات حسینی رمقانی، لرستان، دانشگاه لرستان، گروه روان‌شناسی

Email: nasrin.ramaghani@gmail.com

مقدمه

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 می‌یابد (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 متمایز 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)^(۱)، اختلال لجبازی نافرمانی با الگوی خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی/نافرمانی، یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره در می‌روند و خشمگین و زود رنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل در خواست‌های 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 (۴).

اختلال لجبازی نافرمانی تأثیر گسترده‌ای بر

کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (۵). 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 (۶). سیر اختلال لجبازی نافرمانی مزمن و تدریجی است. 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 (۷ و ۸).

از عواملی که در به وجود آمدن اختلال لجبازی نافرمانی دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیت‌ها 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 (۴).

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 (۱۰). از میان اعضای خانواده،

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

مادر مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیق‌ها نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال لجبازی نافرمانی در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (به ویژه مادر) و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها دارد (۱۲ و ۱۱، ۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکانی که اختلال برونی‌سازی شده دارند (از جمله 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 (۱۵، ۱۴ و ۱۳).

با توجه به این که تحقیق‌ها نشان داده‌اند که مشکلات روانی والدین از جمله سطوح بالای استرس، افسردگی و استفاده از راهبردهای حل تعارض پرخاشگرانه بیشتر، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد (۱۸، ۱۷ و ۱۶)، لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از اختلال لجبازی نافرمانی، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند (۱۹).

از جمله روش‌های مؤثر برای بهبود سازگاری روانشناختی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد (۲۰ و ۱۸).

شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به عنوان یک روش مؤثر برای

بهبود سلامت روان مادر-کودک شناخته شده و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه تمرین‌های ذهن‌آگاهی والدین بر افزایش سلامت عمومی و کاهش هیجانات منفی و پرخاشگرانه والدین، افزایش هیجانات مثبت در رابطه فرزند-والد و تغییر رفتار پرخاشگرانه کودکان، مطرح می‌شود (۲۱، ۲۰، 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 از جمله مشکلات برونی‌سازی شود (۲۳ و ۲۲).

علی‌رغم تحقیق‌های 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 به طور خاص در رابطه والد-فرزند، از 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 و ۲۳).

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 (۲۶).

با توجه به این که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، از سلامت عمومی پایین‌تری از جمله اضطراب و افسردگی بیشتر نسبت به جمعیت عمومی برخوردارند و همچنین شیوه‌های فرزندپروری و راهبردهای کنترل خشم ناکارآمد آن‌ها منجر به تشدید و حفظ مشکلات رفتاری این کودکان می‌شود (۱۶-۱۴) مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش توانایی مقابله با استرس در والدین و ارتقاء فرزندپروری سالم شود (۲۷)، ولی علی‌رغم وجود شواهد فراوان برای اثربخشی ذهن‌آگاهی در بافت مشکلات روان‌شناختی، مطالعه‌های اندکی به کاربرد ذهن‌آگاهی در برنامه‌های فرزندپروری پرداخته‌اند، همچنین مطالعه‌های اندکی در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی انجام شده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، افسردگی و خشم مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی

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 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 نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) به وسیله دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک به وسیله 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)^(۱) به وسیله معلم دانش‌آموزان مربوطه تکمیل شد. در نهایت ۴۹ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده شده، 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

1-Child Behavioral Checklist(CBCL)

2-Teacher Report Form(TRF)

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 با توجه به معیارهای ورود و خروج، برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد پس از اعلام 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؛ داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی بر اساس معیارهای DSM V، میزان تحصیلات حداقل دیپلم، معیارهای خروج مادران از پژوهش نیز شامل؛ وجود علایم روان‌پریشی در مادر و کودک، سابقه سوء مصرف مواد مخدر مادر و غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش به صورت زیر می‌باشد؛ فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF)؛ سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشتیاب هستند که به ترتیب به وسیله والد و معلم، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسشنامه‌ها 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. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً می‌باشد که

به ترتیب نمرات ۲، ۱، و ۰ را دریافت 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 سندرمی مبتنی بر DSM-IV-TR در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد. دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است (۲۸).

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II)^(۱)؛ این پرسشنامه به وسیله بک، استیر و براون (۲۹) ساخته شده است. پرسشنامه افسردگی بک شامل؛ ۲۱ سؤال می‌باشد که محتوای ۱۵ سؤال مرتبط با علایم روانشناختی و ۶ سؤال مرتبط با علایم جسمانی است. همه سؤالات شدت اختلال را بر مبنای مقیاس لیکرت (صفر تا سه) ارزیابی می‌کنند. نمره کل فرد از طریق جمع نمرات کلیه سؤالات در دامنه صفر تا ۶۳ حاصل می‌شود. بر طبق راهنمای بک و همکاران (۲۹) کسب نمره کمتر از ۱۰ نشان دهنده حداقل افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۱۹-۲۹ نشان دهنده افسردگی متوسط تا شدید، و نمره ۳۰-۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید می‌باشد. گودرزی (۳۰) پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آورد.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^(۱)؛ این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه است که علایم شایع اضطراب (نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی) را در برمی‌گیرد.

1-Beck Depression Inventory (BDI II)

شیوه اجرا؛ بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت آگاهانه مادران برای شرکت در جلسات مداخله به صورت کتبی جلب گردید و از آنها خواسته شد که در پژوهش حاضر شرکت نمایند. همچنین در این جلسه برای شرکت‌کنندگان این موارد تشریح شد؛ اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آنها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت‌کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روانپزشک ارجاع داده شود. سپس این مادران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پیش از آزمون بر روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد مادران گروه آزمایش در برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی که طی ۸ جلسه دو ساعته به صورت هفتگی و مدت دو ماه در روزهای تعیین شده برگزار گردید، شرکت نمودند. قابل ذکر است که بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز به مدت سه جلسه در برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی شرکت نمودند. جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته شده از برنامه تدوین شده به وسیله بوگلز و رستیف (۲۵) می‌باشد.

خلاصه محتوای جلسه‌های آموزشی

فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱، درج شده است.

آزمودنی‌ها جهت پاسخ‌گویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن علامت ضربدر می‌زنند. شیوه امتیازبندی سؤالات به شکل؛ اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. طبق راهنمای بک و همکاران (۳۱) کسب نمره صفر تا ۷ نشان دهنده اضطراب جزئی، نمره ۸-۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ نشان دهنده اضطراب متوسط، نمره ۲۶-۳۳ نشان دهنده اضطراب شدید می‌باشد. همسانی درونی این آزمون در ایران از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۲).

پرسشنامه پرخاشگری (AGQ)^(۱)، این پرسشنامه به وسیله باس و پری (۳۳) ساخته شده است. دارای ۲۹ سؤال با مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً متفاوت از من = ۱ تا کاملاً شبیه من = ۵) می‌باشد. این پرسشنامه ۴ عامل رفتاری، پرخاشگری بدنی (۹ پرسش)، پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، خشم (۷ پرسش) و کینه‌ورزی (۸ پرسش) را ارزیابی می‌کند. نمره افرادی که در این مقیاس نمره‌شان از میانگین کمتر است، پرخاشگری پایین‌تری خواهند داشت و هر چه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد، میزان پرخاشگری او بیشتر خواهد بود. پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه با روش بازآزمایی برای نمره کل آزمون برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۴).

1-Beck Anxiety Inventory (BAI)
2-Aggressive questionnaire (AGQ)

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی، آمار استنباطی تحلیل کواریانس یک متغیری، کلموگروف اسمیرنوف و لوین، تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار دو گروه در

دو شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

داده‌های توصیفی به دست آمده در جدول ۳،

یافته‌ها

جدول ۲، بیانگر مشخصات جمعیت شناختی حاکی از این است که میانگین و انحراف استاندارد

مادران در دو گروه مورد پژوهش می‌باشد. گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون یکسان نیست و

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
اول	فرزندپروری خودکار	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، بیان رابطه بین استرس و تغییرات، تمرین خوردن کشمش، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی (ایجاد وقفه قبل از عمل، در نظر گرفتن فرزند به مثابه کشمش)، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول
دوم	فرزندپروری با ذهنی مبتدی	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، کشف تجربیات مثبت در رابطه فرزند- والد، ثبت وقایع خوشایند در این رابطه، تمرین نگرش همراه با مهربانی و بدون قضاوت نسبت به فرزند و مشکلات رفتاری او، تمرین مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی
سوم	برقرار کردن ارتباطی جدید با بدن به عنوان یک والد	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از حواس پنجگانه، آگاهی از رویدادهای خوشایند، آگاهی از حس‌های بدنی هنگام تجربه استرس فرزندپروری، تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه درحالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیت ذهن‌آگاهانه با فرزند)
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
پنجم	طرحواره‌ها و الگوهای فرزندپروری	چهل دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، بازشناسی الگوهای فرزندپروری کودکی والدین، چگونگی تأثیر کیفیت فرزندپروری والدین مادران بر نوع و کیفیت فرزندپروری اکنون آن‌ها، پاسخ دادن مهربانانه به احساسات قوی و خشن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری تمرین، قدم زدن با ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی
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
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.
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.

تفاوت‌هایی با هم دارند. به این صورت که نمره‌های

گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی اضطراب، افسردگی و پرخاشگری، بهبود یافته است. برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنی‌دار از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است.

پیش فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون M باکس با مقادیر ($p > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفته، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

برای آزمودن این فرض که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب،

افسردگی و پرخاشگری تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴، آورده شده است. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود نتایج بیانگر این است که بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمره کلی اضطراب، افسردگی، و پرخاشگری تفاوت معنی‌داری ($p < 0/001$) وجود دارد. به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کلی اضطراب ($0/50$)، افسردگی ($0/58$) و پرخاشگری ($0/55$)، بود. بنابراین برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود علایم اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در گروه آزمایش شد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران مورد مطالعه

گروه	میانگین سنی مادران	انحراف استاندارد	تحصیلات مادران دیپلم بالای دیپلم	مجموع
آزمایش	۲۹/۴۵	۱/۰۶	۶	۱۱
کنترل	۲۸/۹۵	۱/۱۵	۷	۱۰

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و گواه در نمرات اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون میانگین	انحراف معیار
آزمایش	اضطراب	۱۷	۲۳/۱۱	۱۹/۵۸	۸/۹۵
	افسردگی	۱۷	۲۵/۸۸	۲۲/۱۱	۶/۵۲
	پرخاشگری	۱۷	۳۹/۸۲	۳۲/۲۳	۱۳/۰۲

۱۰/۱۱	۲۲/۱۷	۹/۹۴	۲۲/۳۵	۱۷	اضطراب	کنترل
۶/۱۴	۲۴/۹۴	۶/۲۷	۲۵/۱۱	۱۷	افسردگی	
۱۴/۴۸	۳۹/۲۹	۱۴/۴۰	۳۹/۱۱	۱۷	پرخاشگری	

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیرهای وابسته

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	پیش‌آزمون اضطراب	۲۸۲۶/۷۶	۱	۲۸۲۶/۷۶	۹۳۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۹۴/۶۴	۱	۹۴/۶۴	۳۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۹۳/۸۲	۳۱	۳/۰۲	-	-	-
افسردگی	پیش‌آزمون افسردگی	۱۲۱۲/۷۱	۱	۱۲۱۲/۷۱	۵۰۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۱۰۳/۶۹	۱	۱۰۳/۶۹	۴۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۷۳/۹۸	۳۱	۲/۳۸	-	-	-
پرخاشگری	پیش‌آزمون پرخاشگری	۵۷۶۱/۷۲	۱	۵۷۶۱/۷۲	۵۷۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۳۸۲/۵۳	۱	۳۸۲/۵۳	۳۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۳۰۸/۸۶	۳۱	۹/۹۶	-	-	-

بحث

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). با توجه به این که تحقیق‌ها 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 هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب،

افسردگی و پرخاشگری مادران دارای کودک مبتلا به

اختلال لجبازی نافرمانی بود.

نتایج حاکی از این بود که آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی مؤثر بوده است. این نتایج با یافته‌های تارپین و همکاران (۲۰)، دانکن و همکاران (۲۷)، کاتورث و همکاران (۲۱)، رایان و همکاران (۲۲)، بوگلس و همکاران (۲۳) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق نظریه تیزدل و همکاران (۳۵) 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 ناراحت کننده 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 مادران کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی 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 افسردگی این گروه از مادران 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 (۳۶).

آموزش ذهن‌آگاهی از طریق فرآیند تنظیم هیجان باعث کاهش علایم جسمانی که معمولاً با تجربه هیجان خشم همراه است، می‌شود. به این صورت که، آموزش ذهن‌آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی، تکنیک واریسی بدن و ذهن‌آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی، که دائم رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای از خود نشان می‌دهند، می‌تواند میزان تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی آنان را کاهش دهد. زیرا آن‌ها با آگاه شدن از

احساسات بدنی و جسمانی خویش در طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات و هیجانات فیزیکی و جسمانی بالا برده و این امر منجر به کاهش گزارش تنش‌های جسمانی و در نتیجه آن کاهش احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه‌ای می‌شود که می‌تواند به عنوان شروع کننده یک چرخه معیوب رفتاری در رابطه مادر و فرزند شود (۲۶ و ۱۴).

همچنین آگاهی لحظه به لحظه از تجارب، احساس زنده‌تر و مؤثرتری از زندگی فراهم می‌کند و همچنان که تجارب فعال‌تر و روشن‌تر می‌شوند، ادراک‌ها صحیح‌تر و عمل مؤثر در جهان فراهم می‌شود که منجر به حس کنترل بیشتر در فرد و در نهایت روابط اجتماعی اثربخش‌تر می‌شود (۳۷). از طرف دیگر، توضیح درمورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه درمورد 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 برخواهد 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 (۳۸).

بنابراین آموزش فرزندپروری همراه با تمرین‌های ذهن‌آگاهی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی کمک می‌کند تا نسبت به هر نوع احساس استرس و اضطرابی که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه باشند. این به این معنی است

که به افکار و احساسات اجازه دهند که وجود داشته باشند، بدون اینکه به آن‌ها پاسخی داده شود یا سعی بر کنترل و حذف آن‌ها نمایند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با "آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی هراس و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناخوشایند به جای اجتناب یا پاسخ و دادن تحلیل کردن آن‌هاست (۳۹).

از جمله پیشنهادهای این پژوهش می‌توان به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و اثربخشی دیگر برنامه‌های آموزشی فرزندپروری بر روی مشکلات مرتبط با سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی و همچنین بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی دیگر مشکلات روان‌شناختی از جمله تعارض‌های زناشویی و رابطه والد-فرزند اشاره نمود. محدود نمودن نمونه به گروه مادران دارای دختر مبتلا به اختلال لجبازی

نافرمانی و نداشتن مرحله پیگیری آموزش، از جمله محدودیت‌های این پژوهش است.

نتیجه‌گیری

مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به شرکت کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به فرزندشان رویکردی همدلانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند. از آنجایی که عوامل خانودگی مثل مشکلات سلامت عمومی والدین از جمله اضطراب، افسردگی، و پرخاشگری، در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی نقش مهمی دارند، لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار می‌دهند، که یکی از این برنامه‌ها برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با هدف بهبود تأثیرات استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی و نهایتاً ارتقاء سلامت و بهزیستی خانواده است. بنابراین می‌توان این برنامه آموزشی را در مراکز آموزشی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، و همچنین دیگر مراکز مربوط به آموزش خانواده و سلامت جامعه، به کار برد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش استان لرستان و مدارس سطح شهرستان نورآباد دلفان و

همچنین مادران گروه نمونه، به خاطر همکاری
صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و
سپاسگزاری را داشته باشند.

REFERENCE

- 1.Waller R, Hyde LW, Grabel AS, Alves ML, Olson SL. Differential associations of early callous-unemotion oppositional, and adhd behaviors: multiple domains within early-starting conduct problems?. Journal of Child Psychology and 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. Journal of Child Psychology and 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. Journal of Abnormal Child Psychology 2011; 39(4): 577-87.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013; 692-5.
5. Tseng WL, Kawabata Y, Gau SS. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry & Human Development* 2011; 42(2): 134-51.
6. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *American Family Physician* 2008; 78(7):861-866.
7. Marmorstein NR. Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorders* 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 Journal of Psychiatry* 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. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005; 33(2): 219-29.
10. Sadok BJ, Sadok VA. Psychiatric handbook. Behavioral sciences-clinical psychiatry. Pourafkari N. (translator). Tehran: Ab; 2004: 441-54.
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. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11 (2): 105-11.
13. Pham L. Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2016; 37(4):352-3.
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. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24(1): 76-94.
15. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry* 2004;45(3):609-21.
16. Van der Oord S, Bögels SM, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies* 2012; 21(1):139-47.
17. Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29(6): 557-72.
18. 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. *Journal of Child and Family Studies* 2010; 19(2): 203-17.
19. 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.
20. Turpyn CC, Chaplin TM. Mindful parenting and parents' emotion expression: effects on adolescent risk behaviors. *Mindfulness* 2016; 7 (1): 246-54.
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. *Journal of Child and Family Studies* 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. *Research in Developmental Disabilities* 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; 53-6.
26. Kabat-Zinn M. Everyday blessings: The inner work of mindful parenting. New York: Hachette UK; 2009; 384-6.

27. 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.
28. Minaei A. Standardization of Achenbach experience-based measurement system. *Research on Exceptional Children* 2006; 19(1): 529-558
29. Beck AT, Steer R A, & Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Dallas, TX: The Psychological Corporation; 1996; 82-8.
30. Goudarzi MA. The study on reliability and validity of beck hopelessness scale in a group of Shiraz University students. *J Soc Sci Humanit Shiraz Univ* 2002; 18: 27-39.
31. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio. TX: Psychological Corporation; 1990; 60-5.
32. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal* 2009; 67(5): 379-85.
33. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Psychology* 1992; 63: 452-9.
34. Mohammadi N. Preliminary study of psychometric properties of perry & buss aggression questionnaire. *Journal of Humanities and Social Sciences of Shiraz University* 2006; 25(4): 135-51.
35. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(4): 615.
36. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 125-43.
37. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57(1): 35-43.
38. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 2007; 18(4): 211-37.
39. Stahl B, Goldstein E. A mindfulness-based stress reduction workbook. New Harbinger: Publications; 2010; 110-118.

The Effectiveness of Mindfulness-based Parenting Training on Anxiety, Depression and

Aggression of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder

Moradiyani Gizeh Rod SK¹, Mir Drikvand FA¹, Hosseini Ramaghani N^{1*}, Mehrabi M²

¹Department of Psychology, University of Lorestan, Lorestan, Iran, ² Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

Received: 6 Jun 2016

Accepted: 29 Aug 2016

Abstract

Background & aim: Mothers with children suffering from Oppositional Defiant Disorder experience greater problems related to mental health including anxiety, depression and aggression. In this regard, the aim of the present study was to evaluate the effects of a mindfulness-based parenting training in anxiety, depression and aggression of mothers with children suffering from Oppositional Defiant Disorder.

Methods: The present semi-experimental study consisted of a pretest-posttest control group. The statistical population of the study included all mothers who had a female student with Oppositional defiant disorder (age group 6 to 12 years) of primary school in Nour Abad, Iran. Sampling was conducted in two stages, random and purposive. 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. Also, the anxiety and depression inventory and aggression questionnaire were used to collect data in two conditions (pretest and posttest). Mindful parenting course was implemented for the experimental group in 8 sessions, 2 hours each. Data were analyzed using SPSS software (ver. 23), descriptive statistical parameters (mean and SD) and univariate analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Results of ANCOVA indicated that the Mindful Parenting course directed to a statistically significant difference between pre-and post-test scores which led to decreasing scores of anxiety, depression and aggression. So that in the Post-stage, after controlling for pre-test scores, the experimental group reported less anxiety, depression and aggression compared to the control group.

Conclusion: With regard to the effective use of Mindful Parenting course to decreasing symptom-related with anxiety, depression and aggression 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, Anxiety, Depression, Aggression

Corresponding author: Hosseini Ramaghani N, Department of Psychology, University of Lorestan, Lorestan, Iran

Email: nasrin.ramaghani@gmail.com

Please cite this article as follows:

Moradiyani Gizeh Rod SK, Mir Drikvand FA, Hosseini Ramaghani N, Mehrabi M. The Effectiveness of Mindfulness-based Parenting Training on Anxiety, Depression and Aggression of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (6): 576-590.