

بررسی اثر بخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران بر نشانه های نافرمانی مقابله ای

در کودکان

مریم حبیبیان*^۱

چکیده

مقدمه: در ذهن آگاهی فرد در لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می گیرد ذهن را از یک شیوه ای دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است. پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثر بخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران بر نشانه های نافرمانی مقابله ای در کودکان ۸ تا ۱۱ سال شهر یاسوج انجام شده است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی در سال تحصیل ۱۴۰۰-۱۳۹۹ شهر یاسوج که حدود ۴۲۵۹ نفر دانش آموز در ۵ دبستان دولتی پسرانه مشغول به تحصیل بودند انتخاب و به طور تصادفی به آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) $n=15$ و کنترل ($n=15$) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه نشانه های اختلال نافرمانی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ را در سه مرحله تکمیل کردند. فرضیه های مربوط به اثربخشی مداخله های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و همچنین آزمونهای تعقیبی آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین متغیر نشانه های اختلال نافرمانی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بود که می تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری بوده است.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می توان گفت که درمان مذکور می تواند در کاهش نشانه های نافرمانی مقابله ای در کودکان ۸ تا ۱۱ سال به عنوان مداخلات روانشناسی استفاده شود با توجه به اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی این درمان در اولویت درمانی قرار داده شود.

واژه های کلیدی: برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، مشکلات رفتاری کودکان، نشانه های نافرمانی مقابله ای

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۸ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

استناد: حبیبیان م. بررسی اثر بخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران بر نشانه های نافرمانی مقابله ای در کودکان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۱): ۱۸۸-۱۷۳

^۱ - کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، کهگیلویه و بویراحمد، ایران. نویسنده مسئول



مقدمه:

خانواده نخستین و با دوام ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر جوامع بعنوان سازنده وزیر بنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان شناسان، باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری های روانی را در پرورش اولیه خانواده جستجو کرد (۱). از میان اعضاء خانواده مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می کند، لذا مهمترین نقش را در پرورش ویژگی های روانی و عاطفی کودک بر عهده دارد و او کانون سلامتی با بیماری محسوب می شود. تحقیقات نشان داده اند که اختلالات رفتاری در کودکان، ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین به خصوص مادر دارند (۲). اختلال نافرمانی مقابله ای، بیشترین شیوع را در خانواده هایی دارد که والدین یا مراقبین آنها، پاسخ دهنده نبوده یا در مراقبت از کودک اهمال می کنند (۳). این اختلال اگر با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی همبودی داشته باشد به احتمال بیشتری تا بزرگسالی ادامه می یابد و تبدیل به اختلال شخصیت ضداجتماعی می شود. متخصصان معتقدند شناسایی عوامل بالقوه در ایجاد و بروز اختلالات رفتاری به ویژه اختلال نافرمانی مقابله ای، نقش غیرقابل انکاری در ابداع و بکارگیری مداخلاتی دارد که در بهبود این اختلال موثر است (۴).

اگر چه عوامل زیادی از قبیل، تعاملات والدین، همسالان، شرایط اجتماعی - اقتصادی، بافت محیطی و ویژگی های خلق و خوی کودک در ایجاد، بروز و تداوم اختلال نافرمانی مقابله ای نقش دارند (۵). ولی نظریه های مشکلات رفتاری کودکان نشان می دهند که فرزندپروری ناکارآمد (رفتارهای ناکارآمد والدین) از قبیل مقررات نامنظم و ناپایدار و تنبیه های شدید بدنی والدین، نقش پر رنگ تری در مشکلات رفتاری به ویژه اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان و نوجوانان دارد (۶). مداخلات متنوع و مختلفی برای اختلال نافرمانی مقابله ای وجود دارد و رویکردهای درمانی متفاوتی برای این اختلال ارائه شده است که در میان آنها، آموزش والدین، به دلیل تمرکز بر محوری ترین عامل به وجود آمدن اختلالات رفتاری یعنی والدین، بر سایر روشهای مداخله ای ارجحیت و برتری دارد (۷). تنبیه مداوم و مقررات ناپایدار در خانواده احتمالاً با اختلال نافرمانی مقابله ای در ارتباط است که منجر به تداوم چرخه معیوب تعامل والد-کودک می شود. در واقع، کودکان در پاسخ به تنبیه نرخ بالایی از نافرمانی و پرخاشگری را نشان می دهند. والدین نیز برای اجتناب از این رفتار کودکان، راهبردهای مقررارتی ناموثری را به کار می گیرند که باعث تداوم چرخه معیوب والد-کودک می شود (۸). در مطالعه ای که بر روی ۵۰۰ کودک انجام شد، نتایج نشان داد والدین دارای کودکان ۶ ساله که در محیط خانه، مقررات سختگیرانه و غیر منعطفی دارند و تنبیه شدیدی برای تربیت کودکان اتخاذ می کنند، کودکانشان در سنین ۶ تا ۱۶ سال نرخ بالایی از نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای را نشان می دهند (۹). اختلال نافرمانی مقابله ای با درجات بالایی از آسیب در مهارت های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است (۱۰). تحقیقات نشان می دهد که والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری، به ویژه کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ارجاع داده شده به کلینیک، استرس بیشتری را در خانواده ها و نقش والدینی شان گزارش می کنند (۱۱). به نقش والدین به ویژه مادران در درمان نشانه های رفتاری کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای، اذعان کرده و مضاف بر آن، تاکید کردند که ناهماهنگی بین پدر و مادر در تربیت و کنترل رفتار ممکن است به بروز مشکلات رفتاری از جمله نافرمانی یا لجبازی فرزندان منجر شود. در طول سالیان متمادی روش های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری - شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بی اعتنائی مقابله ای به کار گرفته شده است (۱۲).

در این زمینه، بخشی از درمان ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده اند؛ به نحوی که برنامه های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت های اجتماعی برای افزایش انعطاف پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی گرایی بوده است (۱۳). بروز ناهنجاری های رفتاری در کودکان و پیامدهای ناگوار آن

هم برای خود کودکان و هم برای خانواده و والدین آنها باعث شده است که مسئله تربیت کودک به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و غامض‌ترین مسائل روزانه مطرح شود. با توجه به نقش والدین در بروز این رفتارها یکی از روش‌هایی که می‌تواند در کاهش این رفتار نقش داشته باشد، آموزش به والدین به ویژه به مادران است (۱۴). مارشال لینهان^۱ برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تاکید کرد (۱۵). اگرچه توجه اندکی به مکانیسم‌های دخیل در حضور ذهن شده است، اما به نظر می‌رسد حضور ذهن بر روی دوسری از عملیات شناختی تاثیرگذار است. در ذهن آگاهی فرد با زمان حال در ارتباط است؛ در این حالت فرد نسبت به بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی و لامسه ذهن آگاه است و به گذشته یا آینده فکر نمی‌کند (۱۶). روش ذهن آگاهی یکی از برنامه‌های آموزش تنظیم هیجان مراقبه محور محسوب می‌شود. ذهن آگاهی به عنوان یک برنامه مداخله تنظیم هیجان، به بیماران می‌آموزد تا رابطه افکار و هیجان‌های منفی خود را تغییر دهند و به جای این که با ارزیابی منفی به خود نسبت دهند و آن‌ها را تشدید نمایند، با یک نگرش بدون قضاوت و دلسوزانه آن‌ها را بپذیرند (۱۷). ذهن آگاهی، اغلب به عنوان حالت «حضور ذهن» توصیف شده است که با آگاهی واضح از دنیای بیرون و درون یک فرد از قبیل افکار، احساسات، هیجان‌ها، رفتار یا محیط پیرامون به گونه‌ای که در هر لحظه وجود دارد، مرتبط است (۱۸). ذهن آگاهی به معنای توجه کردن ویژه و هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت نیز تعریف شده است. در ذهن آگاهی فرد در لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن^۲ و دیگری بودن^۳، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه‌ای دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری^۴، شناختی^۵ و فراشناختی^۶ ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (۱۹). به همین خاطر سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آموزش گروهی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده و مشکلات کلی در نشانه‌های نافرمانی مقابله ای در کودکان تاثیر دارد؟

روش پژوهش:

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر، پژوهشی یک مطالعه از نوع شبه تجربی کنترل شده که در آن از طرح پیش آزمون^۷ - پس آزمون^۸ با گروه کنترل بود جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی در سال تحصیل ۱۳۹۹-۱۴۰۰ شهر یاسوج که حدود ۴۲۵۹ نفر دانش آموز در ۱۲ دبستان دولتی پسرانه مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند که از بین آنها ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن فرزند با تشخیص نافرمانی مقابله ای، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در

۱. Linehan, M.

۲. doing

۳. being

۴. behavioral

۵. cognitive

۶. metacognitive

۷. Pre- test

۸. Post- Test

جلسه های گروه درمانی، تمایل به همکاری، ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله. به منظور جمع آوری داده های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، از پرسشنامه جمعیت شناختی و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) - نسخه والدین استفاده شد که توسط مادر کودکان دچار اختلال نافرمانی تکمیل گردید. ابزار سنجش عبارت بودند از:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی: هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سوالاتی در مورد نحوه کنترل مشکلات کلی توسط مادر کودک مبتلا به اختلال نافرمانی بود.

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) - نسخه والدین: سیاهه رفتاری کودک آخنباخ برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ از مجموعه فرم های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می دهند.

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ: مشکلات عاطفی - رفتاری و همچنین توانمندی ها و شایستگی های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می شود (۲۰). شیوه بالا سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (سه نمره پهن باند^۱ شامل مشکلات رفتاری درونی سازی^۲ شده، مشکلات برونی سازی^۳ شده، مشکلات کلی^۴ نیز دارد. مقیاس مشکلات رفتاری درونی سازی شده شامل گویه های خرده مقیاس های گوشه گیری/افسردگی (WD)، شکایات جسمانی (SC) و مقیاس اضطراب/افسردگی (AD) می باشد. مقیاس مشکلات رفتاری برونی سازی شده شامل گویه های خرده مقیاس های رفتار قانون شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG) می باشد. مقیاس مشکلات کلی شامل همه ی گویه ها به جز گویه های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) می باشد (۲۰).

ضرایب کلی اعتبار فرم های CBCL (سیاهه رفتاری کودک آخنباخ) با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سوالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سوالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس (CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاسها و تمایزگذاری گروهی) این فرمها مطلوب گزارش شده است (۲۱). در پژوهش درویش زاده، لطیفی، سلطانی زاده (۱۳۹۹). دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاسها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاسها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق درویش زاده (۱۳۹۹) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی - رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد.

۱. broad-band scores

۲. internalizing behavior disorder

۳. externalizing behavior disorder

۴. Total Problems

در تحقیق حاضر پس از دریافت مجوز از طرف دانشگاه و اخذ موافقت از سوی آموزش و پرورش شهر یاسوج با هماهنگی مدیران و آموزگاران محترم مدارس انتخاب شده دانش آموزان مورد غربالگری قرار گرفتند. بعد از گزینش این دانش آموزان، مادران آنها بر اساس ملاک های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آنها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آنها مبنی بر شرکت در پژوهش افراد بصورت تصادفی در گروه های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه ی شرکت کنندگان پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) - نسخه والدین قبل از شروع مداخلات و سپس بلافاصله پس از اتمام دوره را تکمیل و انجام شد. گروه های آزمایشی تحت مداخله ات ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی اثربخشی مداخله صورت پذیرفت. افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی جلسات ۸ گانه مداخله ای این پژوهش براساس پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی هر جلسه ۹۰ دقیقه پیگیری شده و به شرح زیر ذیل می باشد (۲۲).

جدول ۱- شرح جلسات برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است. معرفی خود و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (۳۰ دقیقه). مشخص کردن قوانین گروه (وقت شناسی، رازداری، احترام به نظرات یکدیگر، شرکت در بحث‌ها و گفتگوها و عدم درگیری و توهین، رعایت نوبت دیگران در حرف زدن)، (۲۰ دقیقه). مشخص کردن اهداف و برنامه‌های گروه (چارچوب آموزش ذهن‌آگاهی با تمرین خوردن کشمش)، (۱۵ دقیقه). انتظارات و اهداف شخصی اعضا از شرکت در جلسات (۱۰ دقیقه). آموزش: (فواید و کاربرد ذهن‌آگاهی در زندگی بیان شد. مفهوم ذهن‌آگاهی به مراجعان معرفی شد.
جلسه دوم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) آموزش (آموزش تمرینات وارسی بدنی همراه با ضبط شنیداری: در وارسی بدنی، به سادگی از شرکت‌کنندگان خواستیم که چند دقیقه بر عمل تنفس که در داخل و خارج بدن جریان دارد تمرکز کنند. پس از آن دستور وارسی بدنی را دادیم. از شرکت‌کنندگان خواستیم که ذهن خود را به قسمت‌های مختلف بدن معطوف کنند. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۱۰ دقیقه) بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).
جلسه سوم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش (مرور جلسات گذشته و آموزش انعطاف‌پذیری روبرویی با موانع: به شرکت‌کنندگان توصیه شد. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه)
جلسه چهارم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش و هدف این جلسه (مرور جلسات گذشته و آموزش تمرینات شنیداری: اینجا تمرین می‌کنیم که از صداهای دور و نزدیک در محیطمان آگاه باشیم. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).
جلسه پنجم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) تعیین هدف این جلسه (مرور جلسات گذشته و آموزش مراجعان به مراقبه نشسته: با معطوف کردن توجه به طرز نشستن شروع کنیم. شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه)
جلسه ششم	خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). آموزش این جلسه (مراجعان به مراقبه دریاچه یا کوه یا مراقبه ذهن-آگاهی، با استفاده از ضبط شنیداری: برای تمرین از شرکت‌کنندگان خواستیم به خاطرات ناخوشایند، مشکلات با خاطرات خوب خود توجه کنند و افکار همراه با آن‌ها را به خاطر آوردند. برخی ذهن خود را مثل آسمان می‌بینند با ابرهایی که با سرعت زیاد

<p>در آن حرکت می کند، گاهی ابرها کوچک هستند گاهی تیره و گاهی کل آسمان را می پوشانند اما آسمان باقی است. در انتهای این جلسه نوارهای تمرین مراقبه حضور ذهن که شامل مراقبه کوه و دریاچه است به شرکت کنندگان ارائه شد. در این مراقبه های گام به گام تصاویر زیبایی وجود دارد که روش هایی برای ارتباط با افکار محسوب می شوند مثل کوهی که با وجود طوفان محکم می ایستد یا دریاچه ای که با وجود آشفستگی سطح آب آن آرام می ماند. (۵۰ دقیقه). شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه) بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).</p>	
<p>خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه). در جلسه هفتم، مراجعان تشویق شدند تا اختیار ذهن آگاهی خودشان را بدست گیرند. به آن ها پیشنهاد شد که ذهن آگاهی را بدون ضبط شنیداری تمرین کنند. به مراجعان پیشنهاد داده شد تا تمرین های مختلف را امتحان کنند و یک برنامه زمان بندی شده تمرینی که برایشان موثر است تدوین کنند. به آن ها آموزش داده شد تا برخی از تمرین ها را ترکیب کنند: روش هایی که می توانید با استفاده از آن ها، افکار خود را به نحو متفاوتی ببینی: در این جا برخی از کارهایی که می توانید با افکار خود انجام دهید وجود دارد: تنها تماشا کنید که آن ها می آیند و می روند، بدون آن که احساس کنید ناچارید آن ها را دنبال کنید. افکار خود را به جای یک حقیقت به عنوان یک واقعه ذهنی ببینید. شاید درست باشد که این واقعه اغلب با احساسات دیگری رخ می دهد. وسوسه انگیز است که این افکار واقعی بدانید. اما هنوز تصمیم با شما است که آن ها را واقعی بدانید و یا این که بخواهید با آن ها به گونه دیگری رویایی داشته باشید. افکار خود را روی کاغذ بنویسید. با این روش می توانید افکار خود را کمتر هیجانی و مغلوب کننده ببینید. فاصله زمانی بین حضور این افکار تا وقتی که به رشته تحریر در می آیند فرصتی را فراهم می آورد تا به معنی آن ها فکر کنید برای افکار به ویژه افکار مشکل زا، شاید بتوان به طور ارادی جایگزین دیگری یافت. انجام این کار به عنوان بخشی از تمرین مفید است: «ذهن منطقی» خود را آزاد بگذارید و به آن فرصت دیگری بدهید، (۵۰ دقیقه) شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۲۰ دقیقه)</p>	جلسه هفتم
<p>در آخرین جلسه، تمرینات گذشته مرور شدند. درمانگر با مراجعان در مورد اینکه کدام تمرین برایشان موثرتر بوده است سخن گفت و توصیه هایی در مورد کاهش استرس برایشان انجام شد: آنچه که ما واقعاً هر لحظه انجام می دهیم، می تواند برای رویارویی ماهرانه و بهتر ما با استرس موثر باشد. شاید دوست داشته باشید که از خود این سؤال ها را بپرسید: ۱. از بین کارهایی که انجام می دهیم، کدام یک مرا تقویت می کند و کدامیک به جای اینکه فقط مرا تهییج کند زنده بودن و حضور داشتن را افزایش می دهد (فعالیت های ارتقاء دهنده)؟ ۲. از بین کارهایی که انجام می دهیم، چه کارهایی فرسوده ام می کنند، چه کارهایی احساس زنده بودن و خوشحالی واقعی مرا کاهش می دهند، کدامیک باعث می شوند که احساس کنم فقط تهییج شده ام، یا بدتر شده ام (فعالیت های تنزل دهنده)؟ شرکت اعضا در گفتگو پیرامون موضوع جلسه (۳۰ دقیقه). بازخورد درباره مطالب مطرح شده در این جلسه و احساس خود از این جلسه (۱۰ دقیقه).</p>	جلسه هشتم

یافته ها:

در این پژوهش اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه های نشانه های اختلال نافرمانی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ شامل مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده، مشکلات کلی بر ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی (۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. جدول (۲) فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی این مادران را به تفکیک دو گروه ارائه می دهد. بررسی فراوانی وضعیت تاهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به طبقه بندی سن شرکت کنندگان در پژوهش

گروه	سن	فراوانی	درصد فراوانی	
آزمایش ۲ برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	۲۵ تا ۳۰ سال	۵	۳۵	
	۳۱ تا ۳۵ سال	۶	۳۰	
	۳۶ تا ۴۰ سال	۵	۳۵	
	۲۵ تا ۳۰ سال	۴	۲۰	
کنترل	۳۱ تا ۳۵ سال	۷	۳۵	
	۳۶ تا ۴۰ سال	۸	۵۴	
	گروه	میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
	سیکل	۵	۴۰	
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	فوق دیپلم	۲	۱۰	
	کارشناسی	۳	۲۰	
	کارشناسی ارشد و دکتری	۱	۵	
	کنترل	سیکل	۵	۳۵
کنترل	دیپلم	۵	۳۰	
	فوق دیپلم	۲	۱۰	
	کارشناسی	۳	۲۰	
	کارشناسی ارشد و دکتری	۱	۵	

گروه	وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	متاهل	۱۱	۸۰
	مطلقه	۴	۲۰
کنترل	متاهل	۱۲	۷۰
	مطلقه	۳	۱۵

جدول ۳- آزمون کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال برای گروه آزمایش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

متغیرها	آماره	Df	Sig	آماره	df	Sig
مشکلات برونی سازی شده_۱	۰/۳۴۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۲۶	۰/۰۰۱
مشکلات برونی سازی شده_۲	۰/۱۸۵	۲۶	۰/۰۱۴	۰/۹۲۷	۲۶	۰/۰۲۴

مشکلات برونی سازی شده_۳	۰/۱۷۳	۲۶	۰/۰۸۲	۴۲۲	۲۶	۰/۱۲۰
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۱	۰/۱۴۸	۲۶	۰/۲۰۰	۰/۹۷۳	۲۶	۰/۴۳۱
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۲	۰/۱۵۸	۲۶	۰/۰۹۳	۰/۹۲۱	۲۶	۰/۰۴۹
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۳	۰/۱۹۲	۲۶	۰/۰۳۹	۰/۹۷۱	۲۶	۰/۶۴۱
مشکلات کلی_۱	۰/۲۲۲	۲۶	۰/۰۰۵	۰/۷۹۰	۲۶	۰/۰۰۹
مشکلات کلی_۲	۰/۱۸۹	۲۶	۰/۰۷۴	۰/۹۳۴	۲۶	۰/۰۸۴
مشکلات کلی_۳	۰/۱۴۴	۲۶	۰/۰۶۲	۰/۹۳۷	۲۶	۰/۰۴۴

نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیر و ویلک در گروه آزمایش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده ها در ابعاد مشکلات برونی سازی شده در مرحله پیگیری، مشکلات کلی در مرحله پس آزمون و پیگیری، مشکلات رفتاری درونی سازی شده در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در مرحله پیش آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0/01$) اما برای سایر ابعاد و مراحل آزمون داده ها از توزیع نرمال برخوردار نبودند ($P < 0/05$). با توجه به عدم برخوردار بودن از توزیع نرمال در این ابعاد، باید در تعمیم نتایج این مؤلفه جانب احتیاط را رعایت نمود.

جدول ۴ - میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری مشکلات برونی سازی شده، درون سازی شده و مشکلات کلی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	مشکلات برونی سازی شده			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه $F=137/308$ $0/001$
میانگین	۳۱/۴۶	۱۶/۲۶	۲۲/۵۰	
انحراف معیار	۰/۵۷	۱/۳۷	۱/۰۲	
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	مقایسه پیگیری در دو گروه $F=157/309$ $0/001$
میانگین	۳۱/۳۸	۳۰/۴۲	۳۱/۶۹	
انحراف معیار	۰/۵۷	۰/۶۴	۱/۰۱	
متغیر وابسته	مشکلات رفتاری درونی سازی شده			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی			$F=1/08$

آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	Sig=۰/۳۴۴
میانگین	۵۷/۹۸	۳۳/۹۸	۴۷/۹۸	
انحراف معیار	۲/۳۴	۲/۳۴	۲/۳۴	
کنترل	مقایسه پیگیری در دو گروه			
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۴۲۹/۶۸
میانگین	۵۵/۹۶	۵۴/۳۰	۵۵/۴۶	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۵/۹۹	۱۰/۰۲	۷/۹۷	
مشکلات کلی	مقایسه پیش آزمون‌ها در دو گروه			
برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی				
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۱۳۰/۸۲۰
میانگین	۵۹/۷۶	۲۸/۱۵	۳۲/۴۲	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۲/۹۲	۳/۴۳	۳/۴۳	
شاهد	مقایسه پیگیری در دو گروه			
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۶۴/۵۶۳
میانگین	۵۹/۴۲	۵۹/۲۶	۵۸/۸۸	۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۳/۷۰	۳/۰۹	۳/۰۲	

نتایج جدول ۴ نشان داد که میانگین متغیر مشکلات برونی سازی شده، مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مشکلات کلی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر مشکلات برونی سازی شده باشد.

جهت بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مشکلات برونی سازی شده، مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات کلی کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله ای از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارتل (P < ۰/۰۰۱) $X^2 = ۴۷۹/۴۴۱$ بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد (P < ۰/۰۰۱) $F_{۲۳۱, ۷۶۲۷/۴۲} = ۱/۴۱۳$ ، $BoxM = ۶۰۳/۷۵$ که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه‌ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای مشکلات برونی سازی شده برقرار (P > ۰/۰۵) و برای مؤلفه‌های مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات کلی برقرار نیست (P < ۰/۰۰۱) و باید از نتایج تصحیح شده گرین‌هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل

نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه های مشکلات برونی سازی شده، مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات کلی برقرار ($P > 0/05$) می باشد.

جدول ۵- نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

مؤلفه ها	F	Df1	Df2	Sig
مشکلات برونی سازی شده_۱	۰/۰۷۶	۱	۵۰	۰/۷۸۳
مشکلات برونی سازی شده_۲	۵/۴۱۷	۱	۵۰	۰/۰۲۴
مشکلات برونی سازی شده_۳	۰/۱۰۸	۱	۵۰	۰/۷۴۴
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۱	۴/۳۸۹	۱	۵۰	۰/۰۴۱
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۲	۲/۲۳۴	۱	۵۰	۰/۱۴۱
مشکلات رفتاری درونی سازی شده_۳	۰/۹۸۰	۱	۵۰	۰/۳۲۷
مشکلات کلی زندگی_۱	۱/۷۲۵	۱	۵۰	۰/۱۹۵
مشکلات کلی زندگی_۲	۳/۶۱۲	۱	۵۰	۰/۰۶۳
مشکلات کلی زندگی_۳	۸/۷۲۹	۱	۵۰	۰/۰۰۵

نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که ارائه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در عامل گروه ($\eta^2 = 0/961$) Pillais trace = 0/961, $F = 153/827$, $P < 0/001$ و در عامل زمان ($\eta^2 = 0/985$) Pillais trace = 0/985, $F = 178/202$, $P < 0/001$ و اثر تعاملی زمان و گروه ($\eta^2 = 0/976$) Pillais trace = 0/976, $F = 108/043$, $P < 0/001$ معنی دار می باشد. این نتایج نشان می دهد که مداخله برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می باشد. نتایج آزمون های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴-۶ ارائه شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	2η
مشکلات برونی سازی شده	۱۷۱/۱۳۰	۱	۱۷۱/۱۳۰	۵۱۱/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
مشکلات رفتاری درونی سازی شده	۲۶۳۲/۶۹۲	۱	۲۶۳۲/۶۹۲	۱۴۱/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
مشکلات کلی	۳۲۳/۳۳۵	۱	۳۲۳/۳۳۵	۲۳/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای مشکلات برونی سازی شده ($\eta^2 = 0/882$)، $F_{GG1/89} = 373/911$, $P < 0/001$ ، مشکلات رفتاری درونی سازی شده ($\eta^2 = 0/83$)، $F_{GG1/28} = 244/277$, $P < 0/001$ ، مشکلات کلی ($\eta^2 = 0/916$)، $F_{GG1/29} = 546/83$, $P < 0/001$ معنی دار است. نتایج این

تحلیل به صورت کامل در جدول ۴-۷ ارائه شده است.

جدول ۷- مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

مؤلفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
مشکلات برونی سازی شده	پیش آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۰/۲۳۱	۰/۱۵۸	۰/۱۵۱
	پس آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۵/۸۴۶	۰/۲۹۷	۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری درونی سازی شده	پیش آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۴/۸۰۸	۰/۲۸۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۰/۹۶۲	۱/۲۵۳	۰/۴۴۷
مشکلات کلی	پیش آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۲۵/۱۵۴	۲/۰۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۱۸/۵۰۰	۱/۲۲۹	۰/۰۰۱
مشکلات کلی	پیش آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۰/۱۹۲	۱/۱۱۱	۰/۸۶۳
	پس آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۹/۰۷۷	۱/۰۱۰	۰/۰۰۱
مشکلات کلی	پیش آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۵/۶۹۲	۱/۰۴۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۵/۶۹۲	۱/۰۴۶	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود.

بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده همچنین بر شاخص مشکلات کلی در کودکان دچار نشانگان اختلال نافرمانی طراحی و اجرا گردید. در مطالعه حاضر مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل مادران کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله ای می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، در گروه آزمایش تغییرات در بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده همچنین بر شاخص مشکلات کلی بهتر صورت گرفت. بر مبنای فرضیه پژوهش حاضر؛ آموزش گروهی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران بر کاهش نشانه های نافرمانی مقابله ای در کودکان موثر است؛ و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین مولفه های متغیر نشانه های نافرمانی شامل مشکلات برونی سازی شده، مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مشکلات کلی زندگی در مرحله پیش آزمون بین چهار گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما تفاوت بین چهار گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی داری بود که می تواند حاکی از اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای باشد. با توجه به یافته های مذکور شواهدی دال بر رد فرضیات مذکور وجود ندارد فرضیات مذکور تایید شده است. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه آزمایش بر بهبود مشکلات برونی سازی شده، مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مشکلات کلی در نشانه های نافرمانی مقابله ای در کودکان موثر بوده است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) نسبت به گروه کنترل داشته است.

نتایج پژوهش هپارک (۲۰۱۹) نشان داد که با آموزش رویکرد ذهن آگاهی، پیشرفت های چشمگیر در عملکرد اجرایی و مهارت های ذهن آگاهی گروه آزمایش پیدا شد. همچنین نتایج نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی گروه آزمایش به میزان قابل توجهی کاهش یافت. همسو با نتایج پژوهش حاضر، نتایج پژوهش میچل و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که ذهن آگاهی بر بهبود عملکرد اجرایی و تنظیم هیجانی بزرگسالان اثربخش است. نتایج پژوهش رابینز و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که برنامه آموزش ذهن آگاهی بر کاهش پریشانی روانی و بهبود تعدیل روان شناسی در نمونه های پزشکی، روان پزشکی و غیربالینی موثر می باشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر نتایج پژوهش گیبسون (۲۰۱۷) نشان داد که آموزش تکنیک های ذهن آگاهی منجر به بهبود توجه، ذهن آگاهی، مشکلات درونی و بیرونی سازی، رفتار اجتماعی/عزت نفس و عملکرد شناختی/اجرایی افراد مبتلا می شود. شیرازی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داد آموزش ذهن آگاهی در ارتقای بهزیستی روان شناختی کودکان با نارسایی توجه/فزون-کنشی معنادار بوده است. نتایج پژوهش وندرو بوگلز (۲۰۱۲) نشان داد که مداخلات مبتنی بر اصول ذهن آگاهی شامل تمرین های تنفسی، اسکن بدنی و یوگا بر کاهش کم توجهی و فزون کنشی اثربخش است. بنابراین با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر، می توان چنین استنباط کرد که براساس رویکرد ذهن آگاهی؛ تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد کمک می که افکار ناکارآمد را از خود دور کرده و به تدریج این ظرفیت را در خود به وجود آورند که افکار پریشان کننده را بدون اینکه به آن ها واکنشی نشان دهند از خود دور کنند. در حین انجام تمرین های ذهن آگاهی، افراد یاد می گیرند که افکار خود را مشاهده کنند، آن ها را فقط به عنوان فکر در نظر بگیرند نه به عنوان واقعیت، سپس به عقب باز گردند و توجه خود را به

زمان حال برگرداندند و همین‌طور به افکار جایگزین نیز توجه کنند. کابات زین (۲۰۱۳) در مورد رویکرد ذهن‌آگاهی چنین بیان داشت که ذهن‌آگاهی در حقیقت ابزاری برای بازسازی ذهنی آزمودنی‌ها، از طریق گسترش ظرفیت ذهنی آن‌ها برای دیدن افکار و عواطف خود از دید خارجی است (۲۳).

پیشنهاد غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آنها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه موثر باشد. اجرای آموزش‌ها و مداخله‌های گروهی برای والدین مبتلا به اختلال نافرمانی به گونه‌ای که امکان تبادل تجارب شرکت کنندگان فراهم شود، به منظور افزایش حمایت اجتماعی چه از نوع عاطفی و چه از نوع اطلاعاتی، در دستور کار قرار دهند. با توجه به اثربخش بودن مداخلات گروهی در کنترل علائم اختلال نافرمانی و نیز عدم امکان اجرای حضوری مداخلات به صورت گسترده توصیه می‌شود که با توجه به محتوای جلسات مداخله در قالب کتابچه یا بروشور به به والدین اطلاع رسانی شود. پیشنهادات پژوهشی می‌توان به این نکته اشاره کرد که با توجه به شیوع اختلال نافرمانی در دختران و پسران و اهمیت اجرای مداخلات روانی در کنترل این اختلال پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی کنترل متغیر جنسیت خودداری و در صورت امکان اجرای مداخلات در گروه مادران دختران مبتلا به اختلال نافرمانی نیز و مقایسه آن با پسران مبتلا به اختلال نافرمانی انجام شود. پیشنهاد می‌شود مداخله انجام شده در پژوهش حاضر در مورد سایر اختلالات همبود از جمله اختلال سلوک انجام شود. پیشنهاد می‌شود این برنامه‌ها با حجم نمونه بیشتر در گروه‌های مادران سایر اختلالات همبود از جمله اختلال سلوک نیز ارزشیابی گردند. پیشنهاد می‌شود آزمون‌های مجدد با فاصله ۶ ماه، ۹ ماه و یکسال نسبت به آزمون اول از شرکت کنندگان گرفته شود و ارزیابی مجدد صورت گیرد تا امکان بررسی تاثیر دراز مدت آموزش‌ها فراهم آید. پیشنهاد می‌شود برای تعیین تعمیم‌پذیری این یافته‌ها، این پژوهش در سایر استانها صورت پذیرد تا بر اعتبار تحقیق بیافزاید.

تقدیر و تشکر

از تمامی کارکنان مدارس شهر یاسوج که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Zervides S., Knowles A.. Generational changes in parenting styles and the effect of culture. E-journal of applied psychology, 2017; 3(1): 65.
2. Wang S., Hu H., Wang X., Dong B., Zhang T. (2021). The Hidden Danger in Family Environment: The Role of Self-Reported Parenting Style in Cognitive and Affective Empathy among Offenders. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12: 167
3. Togo F., Kishi A., Natelson B.H. The Etiology of Oppositional Defiant Disorder for Children with and without Intellectual Disabilities: A Preliminary Analysis. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2019: 1-20.
4. Suh H. J., Choi S.T., Song J.S., Shin S.H.. Maltreatment and affective and behavioral problems in emerging adults with and without oppositional defiant disorder symptoms: mediation by parent-child relationship quality. *Journal of interpersonal violence*, 2017; 36(5-6): 2612-2632.
5. Yadegari A.. The Effectiveness of Filial Therapy (Play Therapy Based on Parent-Child Relationship) On Oppositional Defiant Disorder in Preschool Children; 2021

6. Vilarino G.T., Sieczkowska S.M., Coimbra D.R.. The association between environmental lead exposure with aggressive behavior, and dimensionality of direct and indirect aggression during mid-adolescence: Birth to Twenty Plus cohort. *Science of the total environment*, 2017; 612: 472-479.
7. Wach J., Letroublon M.C., Coury F., Tebib J.G.. Interactive association of maternal education and peer relationship with oppositional defiant disorder: an observational study. *BMC psychiatry*, 2021; 21(1): 1-7.
8. Jonkman C.S., Verlinden E., Punt D.J., Lamers-Winkelmann F.. The child sexual behavior inventory: reliability and validity in a Dutch normative and clinical sample. *Child abuse & neglect*, 2019; 98: 104176.
9. Galvez-Sánchez C.M., Reyes Del Paso G.A., Duschek S.. Parental depression and conduct problems among Chinese migrant children with oppositional defiant disorder symptoms: Testing moderated mediation model. *Current Psychology*, 2018: 1-10
10. Haggstrom E., Mbusa E., Wadensten B.. The functioning of families of teens with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder; 2019
11. McEvoy P.M., Mahoney A.E.. Risk of conduct and oppositional defiant disorder symptoms in offspring of parents with mental health problems: findings from the Raine Study. *Journal of Psychiatric Research*; 2013
12. Karas H.I., Yildirim E.A., Kucukgoncu S.. Her ladyship's foolish: The servant's disobedience in John Webster's *The White Devil*. *ANQ: A Quarterly Journal of Short Articles, Notes and Reviews*, 2017; 31(3): 182-190.
13. Efobi A., Nwokolo C.. Relationship between parenting styles and tendency to bullying behaviour among adolescents. *Journal of Education and Human Development*, 2014; 3(1): 507-521.
14. Jezierski S., Wall G.. Changing understandings and expectations of parental involvement in education. *Gender and Education*, 2019; 31(7): 811-826.
15. Delgado P., Latorre J.M.. Parenting styles for children with oppositional defiant disorder: Scope review. *Journal of Education and Health Promotion*, 2017: 1
16. American Psychological Association (APA). Leadership Institute for Women in Psychology: Herstory, impacts, and next steps. *The Psychologist-Manager Journal*, 2016; 23(3-4): 139.
17. Ablin J.N., Wolfe F.. A. The functioning of families of teens with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, 2020
18. Gouveia MJ., Carona C., Canavarro MC., Moreira H.. Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*. 2016 Jun; 7:700-12.
19. Banani M., Amini N., Borjali M., Keykhosravani M.. Comparison of the effectiveness of parenting education based on acceptance and commitment and parenting based on positive psychology on emotion regulation, resilience and mother-child relationship in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Women and Family Studies*. 2023 Feb 20; 15(58).
20. Lengua LJ., Thompson SF., Calhoun R., Long RB., Price C., Kantrowitz-Gordon I., Shimomaeda L, Nurius PS, Katz LF, Sommerville J, Booth-LaForce C. Preliminary Evaluation

of the Effectiveness of Perinatal Mindfulness-Based Well-Being and Parenting Programs for Low-Income New Mothers. *Mindfulness*. 2023 Mar 7:1-20.

21. Oystriek V., Coholic D., Schinke R.. A Scoping Review of Mindfulness-Based and Arts-Based Parenting Interventions for Adolescent Mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2023 Mar 16:1-23.

22. Barshan M., Chorami M., Ahmadi R. and Ghazanfar, A.. Comparison of the Effectiveness of Group Mindfulness Training, Cognitive-Behavioral Training and Combination Training for Mothers on Working Memory and Impulsivity of Children 7 to 9 years Old with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Nursing Education (JNE)*, 2023;11(6): 36-47.

23. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and adolescent mental health*. 2015 Nov; 20(4):182-94.