

اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور بر تاب‌آوری و خودتنظیمی

هیجانی مادران نوجوانان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Resilience and Self-Regulation Emotional in Mothers of Adolescents Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Fatemeh Zabiholah Zadeh *

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran
zabihalah1362@gmail.com

Parisa Rashvand

Master of Clinical Psychology, Azad University of South Tehran, Iran

Dr. Mohtaram Nemat Tavousi

Assistant Professor, Department of Psychology, Azad University of South Tehran, Iran

فاطمه ذبیح اله زاده (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد تهران جنوب، ایران

پریرسا رشوند

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد تهران جنوب، ایران

دکتر محترم نعمت کاووسی

دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد تهران

جنوب، ایران

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioural therapy based on mind-boggling consciousness on resilience and emotional self-regulation in mothers of hypertensive adolescents. For this purpose, based on a semi-experimental design, 30 mothers of hypertensive children who referred to the Told Sepid counselling centre (2017-2018) were selected by convenience sampling in two groups of experimental and control. Then, an emotional self-regulation questionnaire, resilience scale on all subjects, and data collected. After this stage, the experimental group trained in cognitive therapy based on the allegorical mindfulness in 8 sessions. Then, the emotional self-regulation questionnaire, resilience scale was distributed among them. The data were analyzed at a descriptive-level using central and scattering tendencies and inferiority indices using covariance analysis with intra-group repeated measures and analyzed by SPSS-19 software. The results of this study showed that Mental and behavioural cognitive behaviour therapy has a significant effect on the resilience and emotional self-regulation of mothers of hypertensive adolescents.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness, Resilience, Emotional Self-Regulation, Hyperactivity Disorder.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور بر تاب‌آوری و خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوانان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی بود. به این منظور بر اساس طرح نیمه آزمایشی ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره طلوع سپید در سال (۱۳۹۶-۱۳۹۷) به صورت نمونه‌برداری در دسترس در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی، مقیاس تاب‌آوری بر تمام افراد اجرا و داده‌ها جمع‌آوری شدند. بعد از این مرحله افراد گروه آزمایش مورد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور طی ۸ جلسه قرار گرفتند. سپس مجدداً پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی، مقیاس تاب‌آوری بین آن‌ها توزیع شد. پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری درون‌گروهی و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS-19 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور بر تاب‌آوری و خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوانان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی اثر معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور، تاب‌آوری، خودتنظیمی هیجانی، اختلال بیش‌فعالی.

ویرایش نهایی: اسفند ۹۸

پذیرش: بهمن ۹۷

دریافت: آذر ۹۷

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های تحولی - عصب‌شناختی تشخیص داده‌شده در دوران کودکی (گوپتا و کار، ۲۰۰۹ نقل از یانگ و مایانته، ۲۰۱۰) و احتمالاً متداول‌ترین اختلال روانی مزمن تشخیص داده نشده در بزرگسالان است. بر اساس

^۱Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

پنجمین مجموعه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) ۳ تا ۷ درصد کودکان مدرسه رو و ۲ تا ۴ درصد از جمعیت بزرگ‌سال دارای اختلال نارسایی نقص توجه / بیش‌فعالی هستند. ویژگی اصلی این اختلال، یک الگوی پایدار بیش‌فعالی / برانگیختگی، بی‌توجهی و یا ترکیبی از آن‌هاست. این اختلال با ناتوانی در تمرکز حواس، بی‌ثباتی عاطفی، بی‌نظمی و ناتوانی در تکمیل وظایف، ناتوانی در تحمل تنیدگی‌ها و برانگیختگی مشخص می‌شود. نسبت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دختران به پسران در جامعه تقریباً ۱ به ۳ و در موارد بالینی بین ۱ به ۶ است (لاونر، ۲۰۱۳) که در ۵۰ تا ۸۰ درصد موارد تا نوجوانی و در ۳۰ تا ۴۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (فیشر، بارکلی، ادلبروک و اسمالیش، ۱۹۹۰؛ بارکلی، مورفی و فیشر، ۲۰۰۸ نقل از هومن و گنجی، ۱۳۹۱). رفتارهایی نظیر عدم توجه، بیش‌فعالی و تکانشی، اغلب منجر به افزایش فشار روانی خانواده، استرس و مشکلات بین اعضای خانواده به‌خصوص مادران و نوجوانان مبتلا به این اختلال می‌شود (بالکس و دورو، ۲۰۱۵) زیرا دوران نوجوانی دوران تغییرات هورمونی، روانی و جسمانی فرد است که این امر موجب افزایش پرخاشگری می‌گردد. از این رو نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی علاوه بر مشکلات عادی دوران بلوغ دارای مشکلات بیشتری به علت وجود این اختلال در خود هستند. نوجوانان مبتلا به بیش‌فعالی، اغلب با عنوان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پرجنب‌وجوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی منجر به بروز مشکلات عاطفی-اجتماعی و رفتاری تنش و اضطراب در والدین آن‌ها می‌شود. عملکرد آن‌ها را کاهش می‌دهد و منجر به کاهش مهارت‌های والدگری، افسردگی، خستگی و ناکارآمدی والدین می‌گردد (یوسفی، سلطانی و تیموری، ۱۳۸۸). لذا وجود بیش‌فعالی موجب اختلال در راهکارهای فرزند پروری، تعارضات زناشویی، افسردگی و اضطراب، عملکرد ضعیف فرزند پروری (تربیت فرزند)، احساس گناه و بی‌کفایتی در والدین به‌خصوص مادران می‌گردد (چامبرلین و پترسون، ۱۹۹۵ نقل از مک میلیان و دیگران، ۲۰۱۵). از این رو بررسی‌ها نشان‌دهنده آن است که رفتار نوجوانان دارای اختلال بیش‌فعالی به‌عنوان محرک تنش‌زا بر رفتار والد-نوجوان و تعامل میان والدین مؤثر است. این امر باعث افزایش منفی‌گرایی والدین، ایجاد تنیدگی بین والد و نوجوان، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی والدین و ایجاد چرخه معیوب رفتار ناسازگار بین والدین و نوجوانان می‌گردد (لاونر، ۲۰۱۳؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بنابراین در خانواده‌های دارای نوجوان مبتلا به این اختلال، تنیدگی والدین، احساس بی‌کفایتی در والدگری، میزان مصرف الکل، افسردگی (۵۱/۷ درصد)، اختلال‌های اضطرابی (۴۱/۷ درصد) و اختلال‌های وسواس اجباری (۲۵ درصد) و انزوا بیشتر است (مش، جانسون و بارکلی، ۲۰۰۳) که این امر باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی والدین و تاب‌آوری^۱ می‌گردد (مش و جانسون، ۲۰۰۱). پژوهش‌های ولف نشان داده است که سطح تاب‌آوری در خانواده‌های دارای نوجوان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم است و والدین آن‌ها به دلیل عدم تحمل توانایی با شرایط دشوار و دردآور و ارائه پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی روزانه دچار افسردگی و اضطراب می‌گردند (وند و دیگران، ۲۰۱۴).

در این راستا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور^۲ نوید تازه‌ای در رویکرد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است که هدف آن بهبود رابطه والد-نوجوان از طریق ساز و کارهایی چون پذیرش و عدم قضاوت خود و دیگران (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۰؛ باقری، طهماسبیان 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، اسپیس، پاتل و گودری، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش والدین در کاهش مشکلاتی چون پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و همچنین ارتقای بهزیستی روان‌شناختی والد-کودک مؤثر است. از این رو به نظر می‌رسد با مداخله در شیوه والدگری به صورت آموزش و تربیت والدین، میتوان درک مهارت‌های والدینی و تعامل والد-کودک را بهبود و ارتقا بخشید (فورگاج و پیترسون، ۲۰۱۰؛ مایکلسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ سندرز و همکاران، ۲۰۱۴).

با وجود شایع بودن اختلال بیش‌فعالی و تاثیر آن بر خانواده به نظر می‌رسد مطالعات و پژوهش‌های اندکی در جامعه آماری مادران این افراد صورت گرفته باشد. از این رو پژوهش حاضر با طرح فرضیه‌های خود این سوال را مطرح می‌کند که درمان رفتارشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور بر تاب‌آوری و خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوانان بیش‌فعال اثر می‌گذارد؟

روش

^۱Resilience

^۲Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایش با هدف کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه والدین (مادر) مراجعه کننده (۱۳۹۷-۱۳۹۶) به مرکز مشاوره طلوع سپید که دارای نوجوان بیش فعال بودند. به این منظور ابتدا از طریق دانشگاه مجوز همکاری با موسسه طلوع سپید اخذ و با همکاری مرکز مشاوره طلوع سپید تعداد ۴۳ مادر که دارای کودک بیش فعال بودند انتخاب شدند. پس از معرفی هدف پژوهش در اولین جلسه تعداد ۱۱ نفر از آن‌ها انصراف دادند و ۳۲ نفر از آن‌ها راضی به همکاری شدند. پس از اخذ امضای رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در طی این جلسات ۲ نفر به دلیل مشغله کاری انصراف دادند. لذا تعداد نمونه پژوهش حاضر به ۳۰ نفر تقلیل یافت. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی افراد در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. بعد از این مرحله افراد گروه آزمایش مورد آموزش درمان رفتارشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور طی ۸ جلسه قرار گرفتند و افراد گروه گواه تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. پس از پایان ۸ جلسه درمان، مجدداً پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی و پرسشنامه تاب‌آوری از هر دو گروه اجرا شد. لازم به ذکر است که اطلاعات شرکت‌کنندگان در این پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام خواهد بود.

ابزار سنجش

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شده است. این مقیاس ۲۵ گویه و دارای طیف ۵ لیکرت از (۰=کاملاً نادرست تا ۴=همیشه درست) است. دامنه این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ است. کمترین میزان نمره نشان‌دهنده تاب‌آوری پایین و بیشترین میزان نمره نشان‌دهنده تاب‌آوری بالا است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی این مقیاس را ۰/۸۸ و روایی آن را ۰/۷۶ به دست آورده‌اند. محمدی و همکاران (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آورد.

پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد: پرسشنامه بوفارد و همکاران (۱۹۹۵) ابزاری است برای سنجش خودتنظیمی که بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی بندورا طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه است؛ که دارای ۵ لیکرت (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) می‌باشد. دو عامل راهبردهای شناختی و راهبردهای فراشناختی خودتنظیمی را می‌سنجد. سؤالات شناختی ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۲ و سؤالات فراشناختی ۱، ۶، ۴، ۲، ۱۴، ۱۱، ۷، ۱۳ است. سؤالات ۵-۱۳-۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند مجموع نمرات هر فرد می‌تواند ۱۴ الی ۶۰ باشد. نمره بالاتر در هر مؤلفه گرایش فرد به کاربرد آن مؤلفه را نشان می‌دهد. ضریب پایایی کلی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است پایایی خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس فراشناختی ۰/۶۸ گزارش شده است. پایایی آزمون فوق در پژوهشی که در سال (۱۳۸۲) توسط غلامی انجام گرفت ۰/۶۳ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون فوق در پژوهشی که توسط نیکدل (۱۳۸۵)، عرب زاده (۱۳۸۷) انجام گرفته است به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون فوق در پژوهشی توسط طالب‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) انجام شد. از طریق اجرای آزمایشی بر روی ۳۰ دانشجو با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمده است. نتایج عاملی نشان داد که ضریب همبستگی بین سؤال‌ها مناسب بوده و بار ارزشی مربوط به حد قابل قبول است و روایی آن نیز در حد مطلوب می‌باشد. کدیور (۱۳۸۰) نیز روایی و پایایی پرسشنامه بوفارد و همکاران را مورد مطالعه قرار داده است. روایی سازه این پرسشنامه با بهره‌گیری از ضرایب همبستگی و تحلیل عوامل ضرایب همبستگی تفکیکی میان سؤالات پرسشنامه در حد مطلوب گزارش شده است؛ و ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش همسانی درونی ۰/۰۸ بوده است. بر این اساس می‌توان گفت که این پرسشنامه قادر به پیش‌بینی نمره‌های واقعی آزمودنی‌ها می‌باشد.

مقیاس تشخیصی صی کوتاه اختلال بیش‌فعالی بزرگ سالان کانرز (CAARS-S:S) کانرز، ارهارد و اسپارو، (۱۹۹۹): این مقیاس یک ابزار غربالگری با ۲۶ گویه صفر تا سه امتیاز و زیر مقیاس‌های: A-کم‌توجهی، مشکل حافظه (۲۱-۱۸-۱۷-۵-۳)، B-کم‌توجهی، بی‌قراری (۲۳-۱۱-۱۰-۶-۴)، C-تکانشی بودن، بی‌ثباتی هیجانی (۲۰-۱۳-۸-۷-۱)، D-مشکلات با تصور کلی از خود (۹-۱۵-۱۶-۲۴-۲۶)، E-شاخص بیش‌فعالی، کم‌توجهی (۲-۱۲-۱۴-۱۹-۲۲-۲۵) است. اعتبار و روایی آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۳ (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹) و روایی محتوای آن هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۷۴ به دست آورده‌اند.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور: مقیاس ذهن آگاهی بین فردی در والدمحور (IM-P) توسط دانکن، کاستورث و گرینبرگ (۲۰۰۹) نقل از باقری و دیگران، (۱۳۹۷) با اتخاذ یک مدل نظری در زمینه والدمحور ذهن آگاهانه یک پرسشنامه خود گزارش دهی برای اندازه‌گیری این سازه روان‌شناختی تهیه شده است. نسخه اولیه این مقیاس مشتمل بر ۱۲ ماده بوده است. ابزار کنونی

یک مقیاس ۳۱ ماده‌ای در طیف لیکرت (از همیشه درست تا همیشه نادرست) است و نمره بالاتر در آن نشان‌دهنده ذهن آگاهی والدگراانه بالاتر میباشد. پنج زیر مقیاس اصلی این آزمون عبارتند از: گوش دادن همراه با توجه تمام عیار، آگاهی هیجانی از خود و کودک، خودتنظیمی در روابط والدگری، پذیرش عاری از قضاوت و شفقت و دلسوزی برای خود و کودک. همسانی درونی پنج زیرمقیاس مذکور ۰/۴۵ برای آگاهی هیجانی تا ۰/۲ برای نمره کل ذهن آگاهی و الدمحور متغیر بوده است. روایی همگرای این مقیاس از طریق همبستگی آن با مقیاس تجدیدنظر یافته جهت گیری هدف (LOT-R) از $r=0/21$ تا $r=0/36$ و مقیاس ذهن آگاهی از $r=0/15$ تا $r=0/66$ بوده است (دی بروین و همکاران، ۲۰۱۴ نقل از باقری، ۱۳۹۷). در ذهن آگاهی و الدمحور، از روش بوگلز و رستیفو (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه یک و نیم الی دو ساعته به صورت هفتگی استفاده شد.

برنامه‌های مداخلاتی پژوهش

جلسه مقدماتی: معرفی مدرس گروه به اعضا، معرفی برنامه ترکیبی، آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر، توزیع پرسشنامه‌ها و توضیح در مورد نحوه تکمیل آن و تعیین تاریخ جلسات.

جلسه یکم: تفهیم اصطلاحاتی مانند و الدمحوری منطقی (غیرواکنشی)، هدایت خودکار، حضور ذهن، آموزش مراقبه خوردن کشمش برای تمرین حضور ذهن، بررسی انواع مشکلات رفتاری نوجوان و علل بروز آن، بیان اهمیت برقراری تعامل مثبت با نوجوان.

جلسه دوم: دیدن نوجوان، آموزش تکنیک و ارسی بدنی، ادامه روشهای برقراری تعامل مثبت با نوجوان.

جلسه سوم: تمرین و کسب توانایی به تاخیر انداختن قضاوت و داوری، شناسایی علائم تنیدگی طی والدگری، آگاهی نسبت به بدن و ذهن، آموزش تکنیک‌های افزایشی از قبیل تحسین تفکیکی و پاداش دهی به منظور رفتار مطلوب در کودک.

جلسه چهارم: آگاهی از تأثیر افکار بر افزایش استرس، پاسخ دادن به جای واکنش نشان دادن، آموزش تکنیک مشاهده افکار و فضای تنفسی، بیان ادامه تکنیک‌های افزایشی و آموزش استفاده از چارت رفتاری به عنوان یک روش مؤثر پاداش دهی.

جلسه پنجم: آگاهی در مورد الگوهای والدگری کارآمد بین نسلی، مهورزی نسبت به خود، بیان تکنیک‌های 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 تکنیک‌های کاهش از جمله زمان سکوت، محروم کردن و نادیده گرفتن.

جلسه هفتم: وضع قوانین و محدودیت‌های به صورت ذهن آگاهانه، آموزش مدیریت موقعیتهای پرخطر.

جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات و آمادگی برای شروع تمرین‌ها و اجرای تکنیک‌های به صورت انفرادی، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون (باقری و دیگران، ۱۳۹۷).

در این پژوهش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از تحلیل کوواریانس و با به کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS-19 تجزیه و تحلیل شدند. از آزمون اسمیرونوف-کولموگروف برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها و آزمون لوین استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه آماری در گروه گواه و آزمایش در جدول ارائه شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودتنظیمی هیجانی	گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲/۰۰	۰/۶۵	۰/۰۰۱	-۰/۱۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱/۹۳	۰/۷۰	۰/۰۹	-۰/۶۶
آزمایش	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱/۷۳	۰/۷۰	۰/۴۳	-۰/۶۶
		پس‌آزمون	۱۵	۳/۸۰	۰/۵۶	-۰/۱۱	۰/۳۷
تاب‌آوری	گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲/۲۰	۰/۶۷	-۰/۲۵	-۰/۵۰

پس‌آزمون	۱۵	۲/۳۳	۰/۸۹	-۰/۱۰	-۰/۶۷
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱/۶۶	۰/۳۱	-۰/۴۰
پس‌آزمون	۱۵	۳/۸۶	۰/۷۴	۰/۲۲	-۰/۹۷

نتایج حاصل از آزمون کالموگروف اسمیرنوف به جهت سنجش نرمال بودن داده‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ نتیجه آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	گروه	آماره Z	سطح معناداری
خودتنظیمی هیجانی	گواه	۱/۱۶	۰/۱۳
	پس‌آزمون	۱/۰۵	۰/۲۲
آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۳۰
	پس‌آزمون	۱/۱۴	۰/۱۷
تاب‌آوری	گواه	۱/۰۹	۰/۱۸
	پس‌آزمون	۰/۹۱	۰/۳۶
آزمایش	پیش‌آزمون	۱/۱۸	۰/۱۲
	پس‌آزمون	۰/۹۲	۰/۳۶

همانطور که در جدول مشاهده می‌گردد در تمامی متغیرها سطح معنی داری بیش از ۰/۰۵ است که فرض عدم طبیعی بودن توزیع داده‌ها رد می‌شود؛ بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند.

در این پژوهش به منظور تحلیل آزمون کوواریانس، ابتدا به ارزیابی همگنی شیب رگرسیون متغیرها پرداخته شده است. (۱) پروتکل درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محرومی تواند بر خودتنظیمی هیجانی مادران دارای نوجوان اختلال بیش‌فعالی اثر بگذارد.

جدول شماره ۳ نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع	مجموع	درجه آزادی	میانگین	ضریب F	معنی
	مجذورات		مجذورات		داری
گروه+ پیش‌آزمون خودتنظیمی هیجانی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۶	۰/۹۳

بر اساس نتایج جدول ۳ تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کواریانس (پیش‌آزمون) و عامل معنادار نمی‌باشد در نتیجه پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی برقرار و شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در خودتنظیمی هیجانی

منبع تغییر	شاخص	مجموع	درجه آزادی	میانگین	ضریب F	معنی	مجذورات	آزمون لوین
		مجذورات		مجذورات		داری		Sig
خودتنظیمی هیجانی		۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
گروه		۲۵/۲۰	۱	۲۵/۲۰	۶۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۰/۲۰
مقدار خطا		۱۱/۳۳	۲۷	۰/۴۲				
جمع		۲۸۴/۰۰	۳۰					

با توجه به نتایج جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (۰/۶۹ = ضریب اتا، ۰/۰۷ = ۲۷) و (F(۱) برای خودتنظیمی هیجانی معنی دار می‌باشد. در نتیجه تفاوت معنی داری بین گروه گواه و آزمایش در خودتنظیمی هیجانی وجود دارد.

(۲) پروتکل درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور می‌تواند بر تاب‌آوری مادران دارای نوجوان اختلال بیش‌فعالی اثر بگذارد.

جدول شماره ۵ نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع	مجموع	درجه آزادی	میانگین	ضریب F	معنی
مجدورات	مجدورات	۱	مجدورات	۰/۲۵	داری
گروه + پیش‌آزمون تاب‌آوری	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۲۵	۰/۶۱

بر اساس نتایج جدول ۵ تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کواریانس (پیش‌آزمون) و عامل معنادار نمی‌باشد در نتیجه پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی برقرار و شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول شماره ۶ نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در تاب‌آوری

منبع تغییر	شاخص	مجموع	درجه آزادی	میانگین	ضریب F	معنی	مجدور	آزمون لوین
منبع تغییر	مجدورات	مجدورات	آزادی	مجدورات	مجدورات	داری	اتا	F
تاب‌آوری	۰/۴۶	۱	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۵۱
گروه	۱۷/۰۵	۱	۱۷/۰۵	۲۴/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷		
مقدار خطا	۱۸/۶۰	۲۷	۰/۶۸					
جمع	۳۲۵/۰۰۰	۳۰						

با توجه به نتایج جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (۰/۴۷ = ضریب اتا، ۲۴/۷۵ = ۲۷) و (F(۱) برای تاب‌آوری معنی دار می‌باشد. در نتیجه تفاوت معنی داری بین گروه گواه و آزمایش در تاب‌آوری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوانان بیش‌فعال اثر دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو است (خرمایی و دیگران، ۱۳۹۴؛ باقری نیا و دیگران، ۱۳۹۷؛ صالحی و دیگران، ۱۳۹۴؛ بشیرپور و دیگران، ۱۳۹۶). 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 نوجوان، آگاهی هیجانی نسبت به خود و نوجوان، خودتنظیمی در رابطه والدگری، شفقت و دلسوزی نسبت به خود و نوجوان، منجر به ارتقای توانمندی‌های والدگری می‌گردد (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۰). زیرا برنامه‌های والدگری ذهن آگاهانه از طریق مدیریت هیجانات منفی از جمله خشم باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی (باقری نیا و همکاران، ۱۳۹۴)، کنترل و مدیریت نشخوار فکری (باقری و دیگران، ۱۳۹۷)، کاهش سطح تنش و اضطراب (دورو، دورو و بالکس، ۲۰۱۴؛ حبیبی و دیگران، ۱۳۹۳) در مادران دارای نوجوان بیش‌فعال شده که این امر باعث ارتقاء سطح کیفیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افزایش عواطف و رفتارهای مثبت و ارتقای کیفیت ارتباط والد-نوجوان می‌گردد (واندراوورد و همکاران، ۲۰۱۲). از این رو مادران دارای نوجوان بیش‌فعال از طریق آموزش والدگری ذهن آگاهانه خودتنظیمی هیجانی خود را مدیریت می‌کنند (باقری و دیگران، ۱۳۹۷؛ صالحی و دیگران، ۱۳۹۴؛ بشیرپور و دیگران، ۱۳۹۶).

نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والدمحور بر تاب‌آوری مادران نوجوانان بیش فعال اثر دارد. این یافته با پژوهش‌های (پتیکارت، ۲۰۰۹؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹؛ ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۰؛ رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰) همسو است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت مادران دارای نوجوانان مبتلا اختلال بیش‌فعالی به دلیل شرایط استرس‌زا 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 هیجانان خود آمادگی لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را ندارند از این رو تاب و تحمل آن‌ها نسبت به مادران عادی کاسته و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها به خطر می‌افتد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش تمرکز بر مهارت فردی مادران و نقاط مثبت آن‌ها، منجر به افزایش توجه به خود و به تبع آن احساس شادی و رضایت از زندگی می‌گردد. از این طریق این مادران به جای اینکه تمام تمرکز خود را بر شرایط تنش‌زای نوجوان خود قرار دهند به خود و محیط اطراف خود اهمیت داده لذا بهزیستی روان‌شناختی و به تبع آن تاب‌آوری در آن‌ها افزایش می‌یابد (ستنار پور و دیگران، ۱۳۹۴؛ خرمایی و دیگران، ۱۳۹۴؛ باقری نیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ حسن پور، ۱۳۹۱؛ صالحی و دیگران، ۱۳۹۴؛ بشیرپور و دیگران، ۱۳۹۶).

در تبیین احتمالی دیگر 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 هبستگی 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 غیر قضاوتگر نسبت به نوجوان همراه است (گوویا و همکاران، ۲۰۱۰؛ دانکن و همکاران، ۲۰۱۰؛ لیپودا و همکاران، ۲۰۱۵). والدینی که از این مهارت استفاده می‌کنند توجه بیشتری به رفتارهای کودکان و پاسخ‌های شناختی و هیجانی خود به رفتار آن‌ها نشان می‌دهند. بهتری می‌توانند هیجانانی که طی تعامل با نوجوان برانگیخته می‌شوند را تنظیم و با استرس والدگری بهتری مقابله کنند (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۴؛ دانکن و همکاران، ۲۰۰۹). در نتیجه والدین ذهن آگاه در برابر فرزندان خود کمتر واکنش پذیر بوده و از شیوه‌های فرزندپروری موثرتری بهره می‌گیرند. این توانایی به آنها کمک می‌کند تا چرخه‌های ناهنجار و خودکاری 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 (فرناش، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده است که مهارت‌های والدگری ذهن آگاهانه با پیامدهای مثبت متعدد والدگری مانند اتخاذ شیوه‌های والدگری مثبت بیشتر (تقویت مثبت، تطاهرات گرم و مهربان، ارتباط حمایتگرانه والد-کودک) و همچنین با شیوه‌های والدگری منفی کمتر (والدگری خصمانه، مقررات ناموثر و اجباری و والدگری واکنشی) همایند هستند (پرنت و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس می‌توان ادعا نمود که برنامه ذهن آگاهی والد محور بر تاب‌آوری مادران دارای نوجوان بیش فعال اثر دارد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۳).

این پژوهش به دلیل عدم تعمیم نتایج به جامعه آماری دیگر و عدم کنترل متغیرهای تعدیل کننده مانند جنسیت، سن، وضعیت مالی و اقتصادی دارای محدودیت است لذا بررسی عوامل و متغیرهای دیگر در کنار متغیرهای پژوهش پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. (ترجمه: ی، سید محمدی، ۱۳۹۴). تهران: انتشارات روان. چاپ اول. باقری، م. طهماسبیان، ک و مظاهری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه ترکیبی والدگری ذهن آگاهانه و مدیریت والدین بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی کودکان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. دانشگاه علامه طباطبایی. ۷(۳۰)-۲۶-۱.
- باقری نیا، ح. بمینی، م. جوادی علمی، ی و نورادی، ط. (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم هیجان در اختلال افسردگی اساسی. مجله علمی پژوهشی سلامت. ۲(۳). ۲۱۹-۲۱۰.
- بشیرپور، س. عطاردین و عینی، س. (۱۳۹۶). ابعاد سرشت/منش و افسردگی: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان. مجله اندیشه و رفتار. ۱۱(۲۲). ۲۷-۳۶
- خرمایی، ف. کلانتری، ش و فرمانی، ا. (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.
- صادقی، م. رحیمی پور، ط و علیمحمدی، ح. (۱۳۹۶). تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۸(۹). ۳۷-۳۰.

- صالحی، ا.، مظاهری، ز.، آقاجانی، ز. و جهانبازی، ب. (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۰۸-۱۱۷. (۵۹)۱.
- عباسی، م.، درگاهی، ش.، کریمی، ک. و درگاهی، ع. (۱۳۹۳). روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بین دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه نسیم تندرستی*. ۲۰-۱۲. (۱)۳.
- هاشمی نصرت آباد، ت.، محمود علیا، م.، غلام رستمی، ح.، نعمتی سوگولی تپه، ف. (۱۳۸۹). مقایسه کارکرد اجرایی سازمان‌بندی مجدد اندیشه در زیرمجموعه‌های اختلال فزون‌کنشی / نارسایی توجه بر اساس مدل بارکلی. *مجله روان‌شناسی بالینی* ۳۵. (۱)۲. ۳۹-۳۵.
- هومن، ح. و گنجی، ک. (۱۳۹۱). فراتحلیل مطالعات همه‌گیری شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مجله روانشناسی تحولی ایران*، ۸(۳۲)، ۴۸-۳۴.
- یوسفی، ش.، سلطانی فر، ع. و تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه تنش والد‌گری مادران کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران بهنجار. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی تابستان* ۲(۴۲). ۱۵۵-۱۲۲.
- Balkis, M., & Duru, E. (2015). Eur J Psychol Educ. Procrastination, self-regulation failure, academic life satisfaction, and affective well-being: underregulation or misregulation form. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal and Springer Science+Business Media Dordrecht.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Mindful parenting. *A guide for mental health practitioners*.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120.
- Carlson, L.E. Specia, M. Patel, K.D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 65(4):571-81.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12(3), 255-270.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Gayles, J. G., Geier, M. H., & Greenberg, M. T. (2015). Can mindful parenting be observed? Relations between observational ratings of mother-youth interactions and mothers' self-report of mindful parenting. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 276.
- Duru, E., Duru, S., & Balkis, M. (2014). Analysis of relationship among burnout, academic achievement and self-regulation. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(2), 12-22.
- 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.
- Lawner, E. Beltz, M., & Moore, K. A. (2013). What works for mentoring programs: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions. (No. 2013-14). Retrieved from: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_03_28_RB_WWMentor.pdf. Washington DC: Child Trends.
- Fartash, S. (2014). Structural Model of Relation between Parenting Styles with Identity Styles and Identity Commitment Adolescents. *Applied Psychological Research Quarterly*, 5(2), 81-99.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337-357.
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 18-34.
- Mash, E. j. Janston, C., & Barkly, B. (2003). *Children psychopathology*. New York: Oxford university press.
- McMillin, S.E. Wilmott, J. Grafeman, S. Margaret, W. Thomson. N. R., & Zand. D.H. (2015). Predictors of Academic Performance in a National Mentoring Program: The Roles of the Mentor-Youth Alliance, Parental Attachment, and Youth Self-Efficacy. Friday, January 16, ۲۰۱۵: ۳:۲۵ PM. Preservation Hall Studio ۱, Second Floor (New Orleans Marriott).
- 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.
- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.
- 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.
- Young, S., & Myanthi, J. (2010). Amarasinghe Institute of Psychiatry King. College London, UK. Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:2 pp 116-133.