

تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه^۱

خدیجه شیرالی نیا^۲، شکوفه رضانی^۳، منصور سودانی^۴

(صفحات ۷۰-۹۱)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۷

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر فرزندپروری ذهن آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه انجام گردید. **روش:** پژوهش مورد مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان با نیازهای ویژه شهرستان دزفول که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در مدارس استثنایی این شهر در حال تحصیل بودند، تشکیل دادند که با روش نمونه گیری در دسترس ۴۹ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۵ نفر گروه آزمایشی و ۲۴ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. برای هر دو گروه پیش آزمون اجرا شد. گروه آزمایش به مدت مداخله آموزشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه قرار گرفتند. اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه علائم روان پزشکی (SCL-90-R) و پرسشنامه احساس کفایت فرزندپروری (PSOC) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته ها:** نتایج بیانگر آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه بود ($P < 0/05$). **نتیجه گیری:** آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه می تواند در بهبود سلامت روانی خانواده های کودکان دارای نیازهای ویژه نتایج مفیدی را به دنبال داشته باشد. **واژه های کلیدی:** فرزندپروری ذهن آگاهانه، سلامت روان، کفایت فرزندپروری، کودکان با نیازهای ویژه

۱. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

۲. (نویسنده مسئول): استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. k.shiralinia@scu.ac.ir

۳. کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

اگرچه فرزندپروری به طرز شگفت‌انگیزی پیچیده، خسته‌کننده، پرمسئولیت و شغلی بی‌پاداش محسوب می‌شود اما درعین حال با بالاترین گذشت، فداکاری، عشق ولدت بشری گره‌خورده است. زوج‌های دارای فرزند، داشتن فرزند را تجربه‌ای معنابخش به زندگی توصیف می‌کنند و رضایت از زندگی و هیجانات مثبت بیشتری در مقایسه با زوج‌های بدون فرزند گزارش می‌دهند؛ اما درعین حال فرزندپروری برای همه والدین تجربه‌ای دشوار و استرس‌زا به نظر می‌رسد و این مسئله برای والدین دارای کودکانی با مشکلات روان‌شناختی یا نیازهای ویژه^۱ پیچیده‌تر می‌شود (بوگلزورستیفو^۲، ۲۰۱۴؛ نلسون، کوشلویو لیوبومیرسکی^۳، ۲۰۱۴).

تولد کودکان با نیازهای ویژه، والدین و سایر اعضای نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می‌تواند سازگاری خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای ویژه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد می‌کند و زمینه‌ساز پیامدهای ناگواری برای تمام اعضای خانواده شود و استرس والدینی را افزایش می‌دهد (آرنواد، ویت کونینگ و میچلسین و همکاران^۴، ۲۰۰۸). طبق پژوهش‌ها استرس والدینی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های مشکلات رفتاری کودکان از جمله اضطراب و افسردگی است (ویاند^۵، ۲۰۱۰، به نقل از صیدی، ۱۳۹۷). هنگامی که کودکی دارای اختلال تشخیص داده می‌شود، نگرانی‌های بسیاری در مورد آینده کودک، وضعیت تحصیلی و زندگی اجتماعی او برای والدین پدید می‌آید (آگستون، مکینتاش و میرز^۶، ۲۰۰۵، به نقل از شجاعی، ایمانی، تیموری و شاهین، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر معلولیت فرزند در خانواده مانع از آن

1. children with special needs

2. Bogels, S. M., & Restifo, K.

3. Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S.

4. Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., & et al.

5. Weyand, C.

6. Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J.

می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب انجام دهد (حجازی، افروز و صبحی، ۱۳۸۸). در چنین شرایطی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بیند اما چون مادران مسئولیت بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود احساس می‌کند و سنگینی مراقبت و سرپرستی این کودکان بیشتر بر دوش آن‌ها است و مادران در مقایسه با پدران با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند. در حقیقت وجود یک کودک با نیازهای ویژه سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، به خصوص مادران را تهدید می‌کند و عمدتاً اثر منفی بر آن‌ها دارد (به نقل از خدادادی سنگده، تولائی‌ان و یلقان‌آبادی، ۱۳۹۳؛ دورات، بوردین، یازگی و همکاران^۱، ۲۰۰۵، به نقل از یلقان‌آبادی، حسن‌آبادی و اصغری نکاح، ۱۳۹۰). از طرفی تحقیقات نشان داده است که اضطراب و نقش والدین در مشکلات مخرب کودکان تأثیر به‌سزایی دارد (فورهند، جانز و پاران^۲، ۲۰۱۳، به نقل از عیسی‌نژاد و خندان، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مادران دارای کودک با نیازهای ویژه طیف گسترده‌ای از علائم بالینی مانند افسردگی، اضطراب، رفتارهای وسواسی-جبری^۳، افکار پارانویید^۴ و عصبانیت و تخاصم^۵ را گزارش می‌دهند (فیرات، دیلر، آوسی و همکاران^۶، ۲۰۰۲، به نقل از استوارت، مک‌گیلوی، فاربر و آستین^۷، ۲۰۱۷). مورفی، کریستین، کاپلین و یانگ^۸ (۲۰۰۷) بیان کردند که مادران کودکان ناتوان اغلب دچار کم‌رود، می‌گرن، زخم معده، اضطراب، خشم^۹، احساس گناه^{۱۰}، انزوای اجتماعی^{۱۱}، کم‌خوابی و افسردگی هستند. در پژوهشی

1. Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & et al.

2. Forehand, R., Jones, D., & Parent, J.

3. obsessive-compulsive behaviours

4. paranoid thoughts

5. hostility

6. Firat, S., Diler, R. S., Avci, A., & et al.

7. Stewart, M., McGillivray, J. A., Forbes, D., & Austin, D. W.

8. Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C.

9. anger

10. guilt-feeling

11. social isolation

دیگر نشان داده شد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سطوح فشار روانی بالایی برخوردارند که این به نوبه خود با افزایش پرخاشگری و افسردگی مادران همراه است (علیخانی، منظری توکلی و منظری، ۱۳۹۲). بویل، بولت، اسپیو و همکاران^۱ (۲۰۱۱) نشان دادند که مادران کودکان با معلولیت رشدی نه تنها با استرس مادرانه^۲ زیاد بلکه با اختلالات خواب^۳ و کاهش سلامتی مواجه هستند.

از طرفی شرایط خاص کودکان با نیازهای ویژه بر روی کفایت فرزندپروری^۴ مادران این کودکان تأثیری گذارد. کفایت فرزندپروری با استرس فرزندپروری همبستگی بالایی دارد و تعامل والدین با فرزند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کفایت فرزندپروری به معنای ارزیابی والدین از چگونگی موفقیت و صلاحیت آن‌ها در امر فرزندپروری است (جونز و پرینز^۵، ۲۰۰۵، به نقل از روسنب لوب-فیشمن^۶، ۲۰۱۳). اخیراً مطالعات کیفی ثابت کرده‌اند که مادران کودکان با نیازهای ویژه در رابطه با توانایی‌ها و تجربه‌های والدینی خود احساس شرمساری^۷ می‌کنند که این به نوبه خود باعث کاهش کفایت فرزندپروری در آن‌ها می‌شود. به خصوص هنگامی که مادران به خاطر رفتار غیرعادی فرزندشان از سوی دیگران مورد سرزنش قرار می‌گیرند (پیترز و جکسون^۸، ۲۰۰۸). طبق پژوهش‌ها هنگامی که کودکان رفتارهای محل و غیرعادی‌شان می‌دهند (مانند کودکان با اختلال اوتیسم یا اختلال پیش‌فعالی-کم‌توجهی^۹) اغلب این والدین هستند که به خاطر رفتارهای فرزندشان توسط دیگران (مانند غریبه‌ها در جامعه، معلمان و برخی از اعضای خانواده) مورد سرزنش قرار گرفته و مسئول بدرفتاری کودکان شناخته می‌شوند و این نوع واکنش‌ها بر

1. Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., & et al.

2. maternal stress

3. sleep disorders

4. parenting competence

5. Jones, T. L., & Prinz, R. J.

6. Rosenblum-Fishman, S. D.

7. stigma

8. Peters, K., & Jackson, D.

9. attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

کفایت فرزندپروری این دسته از والدین تأثیر منفی می‌گذارد (میرسکات، رویرس و وارین^۱، ۲۰۱۰).

یکی از روش‌های فرزندپروری که در پژوهش‌ها اخیر مورد توجه متخصصان این حوزه قرار گرفته است و می‌تواند باعث افزایش کفایت فرزندپروری و بهبود سلامت روان این قبیل مادران شود، فرزندپروری ذهن‌آگاهانه^۲ است. فرزندپروری ذهن‌آگاهانه رویکرد جدیدی است که به جای تمرکز بر روی مشکلات رفتاری کودک بر روی استرس، ناراحتی و آسیب‌شناسی روانی والدین تأکید دارد و از والدین تقاضا می‌شود تا نگرش قابل قبول‌تر و کم‌واکنش‌تری نسبت به فرزندان و مشکلات رفتاری آن‌ها نشان دهند (بوگلزورستیفو، ۲۰۱۴). طبق نظر کابات زین^۳ (۱۹۹۷) فرزندپروری ذهن‌آگاهانه دارای ۴ مؤلفه است: (۱) آگاهی وسیع از ماهیت منحصر به فرد کودک، احساسات و نیازهایش (۲) توانایی برای حضور داشتن و گوش دادن با توجه کامل (۳) تشخیص، شناسایی و پذیرش همه مسائل چه خوشایند و چه ناخوشایند (۴) شناسایی واکنش‌ها و یادگیری پاسخ و عکس‌العمل درست و صحیح به صورت مهربانانه (مشفقانه) و شفاف (به نقل از بوگلزورستیفو، ۲۰۱۴). ذهن‌آگاهی والدین در کاهش رفتارهای برون‌سازي شده^۴ و مشکلات رفتاری کودکان بسیار مهم و مؤثر می‌باشد و همچنین موجب بهبود اعتماد به نفس و کاهش اضطراب مادران می‌شود (بوگلز، هوگستد، وندان، دیشاتر و رستیفو^۵، ۲۰۰۸؛ سینگ، لانسینی، وینتون و همکاران^۶، ۲۰۱۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که فرزندپروری ذهن‌آگاهانه می‌تواند بر رفتارهای والدین تأثیر مثبتی داشته باشد. دایکنز، فیشر، تایلور، لمبرت و میردرگ^۷ (۲۰۱۴) نشان دادند که رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در

1. Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P.

2. mindful parenting

3. Kabat-Zinn, J.

4. externalizing behaviour

5. Bogels, S., Hoogstad, B., Van Dun, L., De Shutter, S., & Restifo, K.

6. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., & et al.

7. Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N.

کاهش اضطراب مادران کودکان اوتیسم و مادران کودکان دارای معلولیت مؤثر است. در پژوهشی دیگر به تعدادی از والدین کودکان با تأخیر رشدی فرزندپروری ذهن‌آگاهانه به مدت ۸ جلسه آموزش داده شد نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی و استرس والدین کاهش پیدا کرد و رضایت از زندگی آنان افزایش یافت (نیس^۱، ۲۰۱۴). فرایارلی و هریس^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که فرزندپروری ذهن‌آگاهانه باعث کاهش استرس والدین کودکان مبتلابه اوتیسم می‌شود و آگاهی والدین را در زندگی روزمره افزایش داد. در پژوهشی که بن، آکیوا، آرل و روسر^۳ (۲۰۱۲) انجام دادند نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش استرس، اضطراب و افزایش تمرکز، رشد شخصی و همچنین کفایت فرزندپروری والدین کودکان با نیازهای ویژه شود. با آموزش مهارت‌های درمانی والدین قادرند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندشان مؤثر باشند. در واقع کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمان در آموزش به والدین نهفته است (کولی و وادورال-گریفن^۴، ۲۰۱۴، به نقل از فرهادی، امیری و حسینی، ۱۳۹۸).

بر اساس بررسی پژوهشگران تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری و مادران کودکان با نیازهای ویژه در داخل کشور انجام نشده است. بر همین اساس و با توجه به مطالب فوق هدف کلی پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه است.

روش پژوهش

طرح کلی پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت پژوهش یک طرح شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه

1. Neece, C. L.
2. Ferraioli, S. J., & Harris, S. L.
3. Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W.
4. Cooley, M. E., & Veldorale-Griffin, A.

مداران کودکان با نیازهای ویژه شهرستان دزفول بودند که در که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در مدارس استثنایی این شهر در حال تحصیل بودند. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۹ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها در دو گروه (۲۵ نفر گروه آزمایشی و ۲۴ نفر گروه کنترل) گمارده شدند از گروه آزمایشی ۲۳ نفر و از گروه گواه ۲۱ نفر در جلسه پرکردن پیش‌آزمون حاضر شدند. در نهایت دو نفر از گروه آزمایشی به دلیل غیبت بیش از ۳۰ درصد جلسات آموزشی (یک نفر به خاطر شاغل شدن و یک نفر به دلیل مشکلات پزشکی)، یک نفر به خاطر باردار شدن و همچنین یک نفر از گروه گواه که در زمان پرکردن پس‌آزمون در مسافرت خارج استانی به سر می‌برد از پژوهش کنار گذاشته شدند؛ و تحلیل داده‌ها روی ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایشی و ۲۰ نفر گروه گواه) انجام شد. گروه آزمایشی، تحت آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. نمونه‌گیری پژوهش در مرحله انتخاب آزمودنی به صورت در دسترس و در مرحله گمارش گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. در این پژوهش میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۸/۴۵ سال با انحراف معیار ۵/۶۳ و ۳۶/۶ سال با انحراف معیار ۵/۷۷ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن فرزند آن در گروه آزمایش ۹/۳ با انحراف استاندارد ۲/۷ و در گروه گواه ۹/۶ با انحراف استاندارد ۲/۹ سال بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه نشانه‌های اختلالات روانی^۱ (SCL-90-R): این ابزار یک پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای است که توسط دراگتیس، لیپمن و کوی^۲ در سال ۱۹۷۳ تدوین شده و سپس توسط دراگتیس و ملیساراتوس^۳ (۱۹۸۳) مورد تجدیدنظر قرار گرفت. فهرست نشانه‌های

1. Symptom Checklist 90 Revised
 2. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L.
 3. Derogatis, L. R., & Melisaratos, N.

اختلالات روانی SCL-90-R یک سیاهه خود سنجی. روان‌پزشکی است. پاسخ‌دهندگان به سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (هیچ) تا (به شدت) پاسخ می‌دهند و میزان ناراحتی خود را مشخص می‌کنند. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به این شیوه است که برای هر سؤال گزینه‌ها به ترتیب از صفر تا ۴ نمره می‌گیرند. بعد از امتیازدهی، جمع نمره‌ها به عنوان وضعیتی از علائم روان‌پزشکی در نظر گرفته می‌شود نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان بدتر است. این مقیاس شامل ۹ بعد است که عبارتند از: جسمانی سازی (۱۲) ماده؛ وسواس-جبری (۱۰ ماده)؛ حساسیت بین فردی (۹ ماده)؛ افسردگی (۱۳ ماده)؛ اضطراب (۱۰ ماده)؛ پرخاشگری (۶ ماده)؛ اضطراب مرضی (۷ ماده)؛ افکار پارانوئیدی (۶ ماده)؛ روان‌پریشی (۱۰ ماده). ۷ ماده اضافی که جزء هیچ‌یک از ابعاد نه‌گانه قرار نمی‌گیرند و برخی از آن‌ها اختلال در خواب و میل جنسی را اندازه‌گیری می‌کنند. علاوه بر ابعاد نه‌گانه فوق ۳ معیار کلی در این آزمون گنجانده شده است که شامل علائم مرضی معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی می‌باشد و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس ۳ شاخص کلی صورت می‌گیرد. برای تعیین علائم روان‌پزشکی در هر بعد از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۲/۵ و بالاتر از ۲/۵ به عنوان حالت مرضی به کار می‌رود. در شاخص علائم مرضی نقطه برش ۱/۳ به کاررفته است (بیانی، محمدکوچکی، و محمدکوچکی، ۱۳۸۶). فهرست علائم بالینی SCL-90-R در بسیاری از مطالعات به عنوان یک شاخص مختصر سلامت روان استفاده شده است. مطالعات مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده‌اند که حاکی از اعتبار و روایی مطلوب آن می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط انیسی، اسکندری، بهمن‌آبادی، نوحی، و تولایی (۱۳۹۳) هنجاریابی شده و همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های آزمون بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ و برای شاخص کلی علائم مرضی (GST) ۰/۹۸ بوده است دامنه ضریب همبستگی یا بازآزمایی زیرمقیاس آزمون ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ بوده است. ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آزمون SCL-90-R با زیرمقیاس‌های

پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا MMPI از نظر آماری معنی دار بود.

مقیاس احساس کفایت فرزندپروری^۱ (PSOC): این ابزار یک پرسشنامه ۱۷ ماده‌ای است که توسط جانستون و مش^۲ در سال ۱۹۸۹ تدوین شده و یکی از پرکاربردترین ابزارها در سنجش احساس توانمندی فرزندپروری^۳ است (کارپ، لاتنباچرو والستون^۴، ۲۰۱۵). این پرسشنامه دوزیرمقیاس دارد که شامل رضایت والدینی^۵ و خودکارآمدی والدینی^۶ است. برای نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۶ امتیازی به سبک لیکرت (۱ تا ۶) کاملاً موافقم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۶) استفاده می‌شود. فقط سؤال‌های ۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بعد از امتیازدهی، جمع نمره‌ها به عنوان وضعیتی از کفایت فرزندپروری در نظر گرفته می‌شود که نمره بیشتر نشانگر احساس کفایت بالاتر است. مطالعات مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده‌اند که حاکی از اعتبار و روایی مطلوب آن هست. سطوح قابل قبولی از همسانی درونی بین ۷۵-۸۸٪ برای این ابزار در تعدادی از مطالعات گزارش شده است (لوویجو، وردا و هیز^۷، ۱۹۹۷؛ جانستون و مش، ۱۹۸۹؛ اوهان، لیوگ و جانستون^۸، ۲۰۰۰). در پژوهش کارپ و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۲۱۸ مادر انجام شد به منظور تعیین روایی این پرسشنامه همبستگی آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۹ ۰/۵۱ با پرسشنامه حمایت اجتماعی کارکردی^{۱۰} ۰/۵۶ و با مقیاس شیوع افسردگی^{۱۱} ۰/۵۴ گزارش شد که همگی در سطح ۰/۰۱ < P معنادار بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴

1. Parenting Sense of Competence Scale
2. Johnston, C., & Mash, E. J.
3. parenting ability
4. Karp, S. M., Lutenbacher, M., & Wallston, K. A.
5. parenting satisfaction
6. Parenting self-efficacy
7. Lovejoy, M. C., Verda, M. R., & Hays, C. E.
8. Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C.
9. Rosenberg Self-Esteem Scale (RS-E)
10. Functional Social Support Questionnaire (FSSQ)
11. Epidemiologic Studies-Depression Scale

به دست آمد.

مداخله براساس راهنمای درمانی کتاب «فرزندپروری ذهن آگاهانه: راهنمای متخصصان بهداشت روانی» (بوگلزورستیفو، ۲۰۱۴) به والدین ارائه شد که خلاصه آن به شرح زیر می باشد.

جلسه اول: هدف: معرفی فرزندپروری خودکار

محتوا: معرفی پژوهشگر، معرفی اعضا گروه به یکدیگر و بیان شرح حالی از مشکلات اعضا، معرفی مفهوم فرزندپروری خودکار در مقابل فرزندپروری غیرواکنشی و بحث در مورد منطق دریافت فرزندپروری ذهن آگاهانه، تمرین استرس صبحگاهی تمرین ها: خوردن آگاهانه کشمش و کاوش بدن.

جلسه دوم: هدف: معرفی فرزندپروری با ذهن مبتدی

محتوا: بررسی مجدد بدن و بحث در مورد تکالیف جلسه قبل، توضیح فرزندپروری با ذهن مبتدی، توضیح ادراک در مقابل تفسیر، بررسی موانع تمرین، تماشا کردن ذهن آگاهانه، تمرین سپاسگزاری، نشستن با تنفس + کاوش مختصر، تمرین ها: توصیف فرزندان به صورت مبتدی به مدت ۱۰ دقیقه. تمرین تشکر و قدردانی از خود به عنوان والد.

جلسه سوم: هدف: برقراری ارتباط مجدد با بدن به عنوان والد

محتوا: بحث در مورد تکالیف خانگی ابتدا به صورت دونفره و سپس در کل گروه، بررسی و تماشای بدن در حین استرس های فرزندپروری، تمرین تماشاگری با نگاه جدید، بررسی و تماشای بدن در حین استرس فرزندپروری، مراقبه به صورت نشست با تأکید بر تنفس و احساسات بدنی

جلسه چهارم: هدف: پاسخگوبودن به جای واکنشی رفتارکردن در برابر استرس

فرزندپروری

محتوا: مراقبه نشسته که شامل افکار و صداها است، بحث در مورد تقویم لحظات استرس زا به صورت دونفره و سپس در کل گروه به منظور تمایز بین احساسات بدنی، فکر

و احساس، معرفی الگوهای واکنش و پاسخ، ایفای نقش به صورت یک شخص با فردی دیگر به عنوان مشکل و انجام چهار حالت برخورد با مشکل (جنگیدن با مشکل، فرار کردن از مشکل، نادیده گرفتن مشکل و در نهایت پذیرفتن مشکل و حل مسئله کردن).

جلسه پنجم: هدف: الگوهای فرزندپروری و طرحواره‌ها

محتوا: بحث در مورد فرزندپروری واکنشی و نقش طرحواره، بحث در مورد تعاملات استرس‌زای والد و فرزند، تمرین تجربی در مورد پذیرش احساسات خود و فرزند، بررسی واکنش‌ها در مورد استرس‌زا ترین رفتار فرزند، مراقبه نشسته که علاوه بر موارد ذکر شده در جلسه قبلی، عنصر احساسات هم به آن اضافه می‌شود، ۳ دقیقه بافاصله نفس کشیدن و مراقبه راه رفتن به صورت ذهن‌آگاهانه.

جلسه ششم: هدف: تعارض و فرزندپروری

محتوا: انجام مراقبه همراه با آگاهی غیرانتخابی، بحث‌های گروهی در مورد نقش طرحواره والدین در الگوهای فرزندپروری با توجه به تکلیف خانگی، مراقبه راه رفتن، تمرین ذهن‌آگاهی در تعامل استرس‌زا با فرزند، تمرین شکاف و ترمیم به صورت تجسمی.

جلسه هفتم: هدف: معرفی عشق و محدودیت‌ها، ابراز شفقت و درعین حال تعیین

محدودیت

محتوا: انجام مراقبه دوستی - محبت، بررسی تمرین خانگی شکاف و ترمیم به صورت گروهی، معرفی اهمیت محدودیت‌ها و تغییر دیدگاه والدین (محدودیت‌هایی را که برای کودکان اعمال می‌کنند، نوعی از عشق و مهربانی به فرزندشان بینند).

جلسه هشتم: هدف: در پیش گرفتن مسیر ذهن‌آگاهانه در فرزندپروری

محتوا: بیان خلاصه‌ای از جلسات قبل، طرح مراقبه برای هشت هفته آینده، پیشنهادهایی برای فرزندپروری آگاهانه به صورت روزانه، تمرین قدردانی (تقسیم بندی اعضا به گروه‌های سه نفری و بیان تشکر و قدردانی به خاطر سه چیز مهم در زندگی شان به همدیگر).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی سلامت روان و کفایت فرزندپروری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سلامت روان و کفایت فرزندپروری در گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

| گروه‌ها | سلامت روان | | کفایت فرزندپروری | |
|---------|------------|--------------|------------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | پیش آزمون | ۱۰۵/۳۰ | ۱۶/۱۲ | ۶۵/۳۵ |
| | پس آزمون | ۸۰/۵۵ | ۱۶/۸۲ | ۷۳/۹۰ |
| گواه | پیش آزمون | ۹۵/۵۰ | ۱۵/۳۲ | ۶۶/۱۵ |
| | پس آزمون | ۹۶/۷۵ | ۱۶/۰۱ | ۶۷/۹۰ |

یافته‌های توصیفی در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. همچنین میانگین نمرات پس آزمون کفایت فرزندپروری نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است. در دو متغیر، در گروه گواه، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) روی میانگین نمره‌های پس آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش (سلامت روان و کفایت فرزندپروری) انجام گرفت.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورده می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل، نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر کفایت فرزندپروری (پیش آزمون: $Z=0/67$ و $p=0/27$ ؛ پس آزمون $Z=0/85$ و $p=0/42$) و برای متغیر سلامت روان مادران (پیش آزمون: $Z=0/77$ و $p=0/497$ ؛ پس آزمون $Z=0/94$ و $p=0/90$) به دست آمده است، لذا مفروضه

نرمال بودن توزیع رعایت شده است. همچنین در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های سلامت روان و کفایت فرزندپروری به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و پس‌آزمون‌های آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان ۰/۸۱ و کفایت فرزندپروری ۰/۴۴ به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) وابسته محقق شده است. همچنین ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون سلامت روان و کفایت فرزندپروری ۰/۲۶ - به دست آمد که با توجه به همبستگی فوق از مفروضه هم خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها)، اجتناب شده است. به علاوه برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین در متغیر سلامت روان ($F=0/59$ و $p=0/80$) و در متغیر کفایت فرزندپروری ($F=0/63$ و $p=0/42$) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین، همگنی واریانس هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. از دیگر مفروضه‌های تحلیل کوواریانس وجود همگنی شیب‌های رگرسیون است. بدین معنی که رابطه بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی باید برای تمام گروه‌ها یکسان باشد، یعنی که خطوط رگرسیون باید موازی باشند. جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای سلامت روان ($p>0/162$ و $F=2/39$) و کفایت فرزندپروری ($p>0/45$) و $F=0/83$) معنادار نیست، از این رو می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. لذا با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش (سلامت روان و کفایت فرزندپروری) نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون سلامت روان و کفایت فرزندپروری با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| آزمون | ارزش | F | df فرضیه | df خطا | سطح معنی داری |
|-------------------|-------|------|----------|--------|---------------|
| اثر پیلایی | ۰/۲۳۵ | ۵/۳۸ | ۲ | ۳۵ | ۰/۰۰۹ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۷۶۵ | ۵/۳۸ | ۲ | ۳۵ | ۰/۰۰۹ |
| اثر هتلینگ | ۰/۳۰۸ | ۵/۳۸ | ۲ | ۳۵ | ۰/۰۰۹ |
| بزرگترین ریشه روی | ۰/۳۰۸ | ۵/۳۸ | ۲ | ۳۵ | ۰/۰۰۹ |

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (سلامت روان و کفایت فرزندپروری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق این تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های سلامت روان و کفایت فرزندپروری با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| منبع متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری |
|------------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|
| سلامت روان | ۶۸۳۷/۷۴ | ۱ | ۶۸۳۷/۷۴ | ۷/۲۷ | ۰/۰۱ |
| کفایت فرزندپروری | ۳۶۰/۲۴ | ۱ | ۳۶۰/۲۴ | ۵/۹۳ | ۰/۰۲ |

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر سلامت روان از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه باعث افزایش سلامت روان مادران شده است ($F=7/27$ و $p<0/05$). همچنین طبق جدول ۳ تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر کفایت فرزندپروری به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه باعث افزایش کفایت فرزندپروری مادران شده است ($F=5/93$ و $p<0/05$). برای فهم چگونگی این تفاوت‌ها کافی است میانگین پس‌آزمون گروه‌های

آزمایشی و کنترل را از لحاظ متغیرهای وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. بنابراین فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه تأیید می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ علائم روان‌پزشکی با توجه به جدول ۳، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه منجر به کاهش علائم روان‌پزشکی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

نتایج پژوهش فوق با یافته‌های بوگلز و همکاران (۲۰۰۸)، سینگ و همکاران (۲۰۱۰)، فرایارلی و هریس (۲۰۱۳) و دایکنز و همکاران (۲۰۱۴) و بوگلز و رستیفو (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه می‌تواند زمینه مناسبی برای کاهش علائم روان‌پزشکی و بهبود سلامت روان فراهم سازد. والدینی که فرزندشان مشکلات خاص، ناتوانایی یا تاریخچه‌ای از رفتارهای غیرقابل کنترل و هیجانات منفی از خود نشان می‌دهد، بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودکان اختصاص می‌دهند، چنین سوگیری توجهی به رفتارهای منفی فرزندان، با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب می‌شود والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان دهند و در این بین سیستم‌های توجهی نقش بسزایی ایفا می‌کنند، ذهن آگاهی در بستر فرزندپروری با شکستن چرخه‌های افکار منفی و تکراری به والدین کمک می‌کند تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزندانشان تعامل کنند. کاهش توجه به این‌گونه افکار منفی به کاهش علائم افسردگی و اضطراب

کمک می‌کند (بوگلز، لتونن و رستیفو^۱، ۲۰۱۰).

از طرفی هنگامی که والدین در شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند دانش و مهارت لازم در دسترسشان نیست زیرا شرایط استرس‌زا باعث برانگیختن علائم بدنی می‌شود و هیجانات قوی هم نیز می‌توانند پردازش‌های خودکار را برانگیزند که در نتیجه آن افراد دست به رفتارهای خاصی زده و به صورت خودکار به تجارب خود واکنش نشان می‌دهند. در واقع والدین زمانی می‌توانند به دانش و مهارت‌های فرزندپروری خود دسترسی پیدا کنند که از استرس خود، آگاه شوند و آن را بپذیرند و به صورت خودکار واکنش نشان ندهند؛ بنابراین آگاهی هیجانی یکی از پایه‌های اصلی فرزندپروری ذهن‌آگاهانه است که والدین را قادر می‌کند هیجانات خود و کودکانشان را شناسایی کنند و در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود، خودآگاهی داشته باشند و از آنجایی که مکانیسم اصلی فرزندپروری ذهن‌آگاهانه توجه و آگاهی از حالت‌های بدنی است متمرکز شدن مکرر توجه بر روی یک محرک خنثی مانند تنفس محیط توجهی مناسبی را به وجود می‌آورد و باعث می‌شود که والدین قبل از هر واکنشی در تعاملات والدینی مکث و تأملی کنند و ذهن در حالت بودن قرار گیرد تا خودتنظیمی بیشتری اتفاق افتد که این به نوبه خود در کاهش نگرانی و اضطراب والدین مؤثر است (کازدین^۲، ۲۰۰۷؛ سمپل، رید و میلر^۳، ۲۰۰۵).

فرزندپروری ذهن‌آگاهانه همچنین، تمایل و قدرت بیشتر والدین را در تحمل و تاب‌آوری هیجانات قوی از طریق تمرکززدایی منعکس می‌کند. با توجه به این نکته که احساسات فقط احساس هستند بدین ترتیب به والدین اجازه می‌دهند که با کودکانشان در لحظه حال باشند (دانکن، کواتسورث و گرینبرگ^۴، ۲۰۰۹). در حقیقت تکنیک‌هایی مانند تنفس ذهن‌آگاهانه در مواقع استرس‌زا باعث می‌شود که علائم بدنی که تحت تأثیر شرایط استرس‌زا تحریک شده بودند کاهش پیدا کنند و والدین که دیگر تحت تأثیر

1. Bogels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K.

2. Kazdin, A. E.

3. Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L.

4. Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T.

هیجان‌ات قوی نیستند می‌توانند در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود آگاهانه‌تر عمل کنند و از میان روش‌های مختلف پاسخ‌دهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند. فرزندپروری ذهن آگاهانه موجب افزایش آگاهی کلی والدین و آگاهی آن‌ها در خصوص نقش والدینی می‌شود. این افزایش آگاهی به عنوان روشی برای کنار آمدن و حل کردن مشاجرات در زندگی والدین به کار می‌رود و بدین ترتیب علائم آسیب‌شناسی روانی والدین را کاهش می‌دهد. البته این آگاهی در حوزه‌های مختلفی به والدین کمک می‌کند. به عنوان مثال در فرزندپروری ذهن آگاهانه والدین از تعصبات خود، آگاه می‌شوند. معمولاً والدین از طریق رفتارها و پیام‌های کلامی عقاید خود را در مورد شرایط فرزندشان به آن‌ها منتقل می‌کنند و در اکثر اوقات فرزند خود را به خاطر وجود مشکل با عقاید منفی ارزیابی می‌کنند (به عنوان مثال فرزند من هیچ وقت زندگی عادی نخواهد داشت) اما فرزندپروری ذهن آگاهانه از طریق پذیرش بدون قضاوت به والدین آموزش می‌دهد که با استفاده از یک ذهن مبتدی فرزند خود را مشاهده کنند و به بافت مکالمه و تن صدا و حالت چهره هوزبان بدن فرزندشان حساس شوند و در موقعیت‌های دشوار بتوانند علی‌رغم وجود مشکلات و ویژگی‌های مثبت فرزند خود را ببینند. این آگاهی از طریق کاهش اشتغال فکری والدین اضطراب آنان را کاهش می‌دهد (کازدین، ۲۰۰۷).

همچنین خودشفقتی که یکی از اصول فرزندپروری ذهن آگاهانه است به نوعی باعث کاهش علائم روان‌پزشکی در والدین می‌شود. زمانی که والدین به اهداف والدینی خود نمی‌رسند با استفاده از خودشفقتی دیگر خود را سرزنش نمی‌کنند و این عمل به آن‌ها اجازه می‌دهد تا دوباره در راستای تحقق اهداف والدینی گام بردارند (نف، ۲۰۰۳). در حقیقت در فرزندپروری ذهن آگاهانه والدین متوجه می‌شوند که مراقبت از خود و دوست داشتن خود پیش شرط لازم برای مراقبت و دوست داشتن دیگران از جمله فرزند است؛ بنابراین سلامت روان والدین با افزایش توانایی‌های خودشفقتی افزایش پیدا می‌کند.

همچنین نتایج حاصل نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه ازلحاظ کفایت فرزندپروری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه منجر به افزایش کفایت فرزندپروری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. نتایج پژوهش فوق با یافته‌های بوگلزورستیفو (۲۰۱۴)، بن و همکاران (۲۰۱۲) همسومی باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودارزیابی‌های والدین می‌تواند تأثیر بسزایی بر فرزندپروری و تعاملات والد-کودک داشته باشد والدینی که معتقدند با کفایت و کارآمد هستند به گونه‌ای با فرزندشان تعامل می‌کنند که نتایج رشدی کارآمد را بهبود بخشند (کولمن و کاراکر^۱، ۲۰۰۳) و در فرزندپروری ذهن آگاهانه خودشفقتی می‌تواند ترس از ارزیابی اجتماعی را (این احساس که دیگران رفتار والدگرانه آن‌ها و رفتار کودکشان در محیط‌های اجتماعی مورد قضاوت قرار دهند) را در والدین کاهش دهد (دانکن و همکاران، ۲۰۰۹). والدین کودکانی که مشکلات مربوط به عملکرد دارند مانند کودکان مبتلابه اوتیسم و نارسایی توجه / بیش‌فعالی ممکن است به دلیل وجود ژن‌های مشابه خود والدین هم‌دارای مشکلاتی در عملکرد باشند. فرزندپروری ذهن آگاهانه از طریق انجام مراقبه موجب بهبود عملکرد والدین می‌شود و زمانی که عملکرد والدین بهبود یابد والدین احساس می‌کنند با کفایت و کارآمدتر هستند (کازدین، ۲۰۰۷).

به اعتقاد گرین و همکاران (۲۰۰۵)، به نقل از بوگلزورستیفو و همکاران (۲۰۱۰) در فرزندپروری ذهن آگاهانه تمرین‌های اینجا و اکنون، عدم قضاوت و توجه به کودک و عدم واکنش‌پذیری موجب بهبود سبک‌های فرزندپروری مانند طرد کمتر، حمایت بیشتر و استقلال بیشتر در والدین می‌شود که این به نوبه خود احساس کفایت فرزندپروری را در والدین افزایش می‌دهد زیرا هنگامی که والدین از سبک‌های فرزندپروری بهتری استفاده می‌کنند تعاملاتشان با فرزندشان بهبود پیدا می‌کند و والدین به نوعی رضایت والدینی

دست پیدا می‌کنند و احساس می‌کنند که والدین با کفایت و کارآمدتری هستند. در واقع والدینی که مشکلات روان‌شناختی یا کودکان مشکل‌داری دارند، احساس گناه و بی‌کفایتی بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر به تعامل‌های منفی خود با فرزندانشان متمرکز می‌شوند و احساس عصبانیت و ناکامی را تجربه می‌کنند که به این بی‌کفایتی دامن می‌زند. به کارگیری تکنیک‌های خودشفقتی در فرزندپروری ذهن‌آگاهانه موجب می‌شود والدین احساسات مثبتی در مورد نحوه تعامل خود و فرزندانشان تجربه کنند و در مورد خود به عنوان یک پدر یا مادر احساس بهتری داشته باشند در واقع پذیرش بدون قضاوت فرزندپروری ذهن‌آگاهانه می‌تواند هنگامی که والدین مرتکب اشتباهاتی در مسیر فرزندپروری شدند به آن‌ها کمک کند تا کمتر خود را سرزنش کنند و آن را بخشی از یک زندگی سالم ببینند. قابل‌تعمیم نبودن به پدران و شبه‌آزمایشی بودن پژوهش و عدم امکان واگذاری تصادفی آن‌گونه که در مطالعات آزمایش حقیقی امکان دارد از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر ابعاد دیگر زندگی مادران کودکان با نیازهای ویژه و همچنین اثربخشی آن بر پدرها نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، کارگاه‌های متعدد آموزشی با تأکید بر مؤلفه‌های اساسی فرزندپروری ذهن‌آگاهانه ویژه والدین دارای کودکان با نیازهای ویژه برگزار گردد تا با آموزش و به کارگیری تکنیک‌های کاربردی آن توسط این خانواده‌ها زمینه ارتقای سلامت روان آن‌ها فراهم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این شیوه فرزندپروری بر سلامت روان خود کودکان با نیازهای ویژه نیز بررسی گردد. با توجه به جدید بودن این شیوه فرزندپروری تکرار پژوهش با هدف شفاف‌تر شدن اثربخشی و بررسی مکانیسم اثر این روش ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

لازم است از کلیه مادران کودکان با نیازهای ویژه شهرستان دزفول که در این انجام پژوهش همکاری کرده‌اند؛ تقدیر و سپاسگزاری شود. همچنین این پژوهش توسط

دانشگاه شهید چمران اهواز مورد حمایت مالی (شماره پژوهانه: SCU.EM98.209) قرار گرفته است.

منابع

انیسی، ج.، اسکندری، م.، بهمن آبادی، س.، نوحی، س.، و تولایی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی چک لیست نشانه های اختلالات روانی SCL-90-R در کارکنان یک واحد نظامی. *فصلنامه روان شناسی نظامی*، ۵(۱۷)، ۵۷-۶۷.

بیانی، ع.، محمدکوچکی، ع.، و محمدکوچکی، ق. (۱۳۸۶). تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست نشانگان روانی (SCL-90-R) در سال ۸۴-۱۳۸۳. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۹(۲)، ۳۹-۴۴.

حجازی، م.، افروز، غ. م.، و صبحی، ا. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی های زیستی، روانی و اجتماعی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی*، ۳۹(۲)، ۱۴۵-۱۲۳.

حدادادی سنگده، ج.، تولائی، س.، و یلقان آبادی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی برافزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *مجله روان شناسی خانواده*، ۱۱(۱)، ۶۲-۵۳.

شجاعی، س.، ایمانی، م.، تیموری، م.، و شاهین، م. (۱۳۹۵). مقایسه سبک فرزندپروری والدین کودکان با و بدون اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۵(۶۰)، ۱۱۸-۱۰۰.

صیدی، م. س. (۱۳۹۷). نقش رضایت و کیفیت خانواده در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان با تعدیلگری استرس والدینی. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۷(۶۶)، ۲۰۰-۱۷۸.

علیخانی، م.، منظری توکلی، ع.، و منظری، ح. ا. (۱۳۹۲). عوامل مرتبط با اضطراب مادران دارای کودک با نیازهای ویژه. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۳(۱۰)، ۱۶۳-۱۴۶.

عیسی نژاد، ا.، و خندان، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت و مدیریت والدین بر سبک های والدگری مثبت و مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۶(۶۲)، ۱۲۵-۹۸.

فرهادی، ع.، امیری، ح.، و حسینی، س. ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر کاهش احساس گناه و بهزیستی روان شناختی کودکان افسرده. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۸(۷۱)، ۷۹-۶۰.

یلقان آبادی، م.، حسن آبادی، ح.، و اصغری نکاح، م. (۱۳۹۰). تأثیر زوج درمانی مثبت نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه. *یافته های نو در روان شناسی (روان شناسی اجتماعی)*، ۷(۲۱)، ۱۲۱-۱۱۳.

Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, .., & Covvr A. (2008). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*, 121(1), 54-64

- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R.W. (2012). Mindfulness training effect for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476.
- Bogels, S. M., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York: Springer.
- Bogels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120.
- Bogels, S., Hoogstad, B., Van Dun, L., De Shutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 193-209.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin Assøpp, .. , & Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and children's behavior. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126-148.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bull*, 9(1), 13-28.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- 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.
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), 454-463.
- Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs for parents of children with autism: Feasibility and preliminary outcome data. *Mindfulness*, 4, 89-101.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Karp, S. M., Lutenbacher, M., & Wallston, K. A. (2015). Evaluation of the parenting sense of competence scale in mothers of infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3474-3481.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Lovejoy, M. C., Verda, M. R., & Hays, C. E. (1997). Convergent and discriminant validity of measures of parenting efficacy and control. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 366-376.
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Differences in parenting and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 661-669.

- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180-187.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 1(2), 85-102.
- Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being?. *Psychological Bulletin*, 140(3), 846-895.
- Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioral Science / Revue Comedienne Des Sciences Du Comportment*, 32(4), 251-261.
- Prrrr s, .. , & Jackson, .. (2008). oo hrrrs' xxprrrnnces of prrrnnng chdddwhhh attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 62-71.
- Rosenblum.-Fishman, S. D. (2013). *Maternal self – efficacy and perceived stigma among mothers of children with ASD, ADHD and typically developing children*. PhD Thesis of Clinical Psychology, University of Massachusetts Boston, Dorchester, Boston.
- Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-392.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Singh, A. N., Adkins A. D., & Wahler, R. G. (2010). Training in mindful caregiving transfers to parent-child interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 167-174.
- Stewart, M., McGillivray, J. A., Forbes, D., & Austin, D. W. (2017). Parenting a child with an autism spectrum disorder: A review of parent mental health and its relationship to a trauma-based conceptualization. *Advances in Mental Health*, 15(1), 1-11.