

بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه

مهدیه بهبهانی^۱، فاطمه زرگر^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (Attention-deficit/hyperactivity disorder یا ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که باعث آسیب در ابعاد مختلف از جمله تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه بود.

روش‌ها: این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی با دو گروه شاهد و مورد در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه بود. ۶۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۴ توسط روان‌پزشک اطفال در سطح شهر کاشان ارجاع شده بودند، به همراه مادرانشان انتخاب شدند. مادران، با استفاده از طرح بلوکی به طور تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفتند. کودکان این مادران در هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی Morris (RMDQ یا Roland-Morris disability questionnaire) و پرسش‌نامه‌ی Swanson, Nolan and Pelham-IV (SNAP-IV) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه مورد، ۸ جلسه‌ی هفتگی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر اساس شیوه‌نامه‌ی Kabat-Zinn دریافت کردند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون Repeated measures ANOVA مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: افزایش خودکارآمدی هیجانی و اجتماعی و بهبود معنی‌دار علایم اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر افزایش خودکارآمدی هیجانی و اجتماعی و کاهش علایم بیش‌فعالی و کمبود توجه کودکان تأثیر معنی‌داری دارد.

واژگان کلیدی: فرزندپروری، ذهن آگاهی، خودکارآمدی، بیش‌فعالی و کمبود توجه

ارجاع: بهبهانی مهدیه، زرگر فاطمه. بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی کودکان بیش‌فعال و

کم‌توجه. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۲۹): ۵۱۷-۵۱۱

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (ADHA یا Attention-deficit/hyperactivity disorder)، اختلال عصبی - رشدی با زمینه‌ی ژنتیکی قوی و یکی از شایع‌ترین دلایل ارجاع کودکان به روان‌پزشک می‌باشد (۱). کودکان ADHD نسبت به کودکان عادی، رفتارهای پرخاشگرانه‌ی بیشتر و عزت نفس پایین‌تر (۲) در محیط‌های مختلف را نشان می‌دهند. در این راستا، این کودکان در خطر آسیب در ابعاد مختلفی از زندگی از جمله تحصیلی (۳)، ارتباط با همسالان، پختگی هیجانی و اجتماعی (۴) و در نهایت

سلامت روان (۱) می‌باشند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقص خودکارآمدی، یکی از عوامل مؤثر در آسیب به ابعاد مختلف زندگی کودکان ADHD می‌باشد و همچنین، سطح بالای علایم ADHD با خودکارآمدی پایین فرد همراه است (۳). خودکارآمدی، به باور افراد در مورد توانایی خود در تأثیر گذاشتن بر اتفاقاتی که بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد، اشاره دارد (۵). خودکارآمدی، دارای ابعاد مختلف هیجانی، اجتماعی و تحصیلی می‌باشد. خودکارآمدی هیجانی، به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی است (۵) که سبک‌های مقابله‌ای

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تقویت کردن توجه در زمان حال و عملکردهای زناشویی زیر بر عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارند (۱۱).

ضعف در ابعاد مختلف خودکارآمدی از پیامدهای ADHD می‌باشد و پیامدهای ابتلا به این اختلال را دامن می‌زند و از سوی دیگر، آموزش‌های فرزندپروری نقش اساسی در درمان روان‌شناختی کودکان دچار ADHD دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فرزندپروری ذهن آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی هیجانی، تحصیلی و اجتماعی کودکان بیش‌فعال و کمبود توجه می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با دوره‌ی دومه‌ای پی‌گیری بود که توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان تأیید و شماره‌ی IRCT2016021026505N1 را از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی دریافت کرد. جامعه‌ی آماری شامل کودکان ۱۲-۷ ساله دارای اختلال ADHD و مادران آن‌ها بود که در پاییز ۱۳۹۴ به درمانگاه روان‌پزشکی کارگرنژاد کاشان مراجعه کرده بودند. نمونه شامل ۶۰ زوج مادر و کودک بود. تشخیص ADHD و نوع آن (کم‌توجهی، بیش‌فعالی یا نوع مختلط) در کودکان نمونه، توسط پزشک فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال انجام شد.

با توجه به عدم امکان تجویز دز دارویی یکسان در همه‌ی کودکان مورد مطالعه، آزمودنی‌ها با استفاده از طرح بلوکی تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفتند تا اثرات تفاوت دز دارویی کنترل شود. شکل ۱، شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. مادران گروه مورد، به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه توسط یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده بر اساس شیوه‌نامه‌ی Kabat-Zinn (۱۰) دریافت کردند که محتوای آن در جدول ۱ آمده است. مادران هر دو گروه به همراه کودکانشان، ابزارهای پژوهش را در سه مرحله تکمیل کردند.

پرسش‌نامه‌ی تشخیصی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه

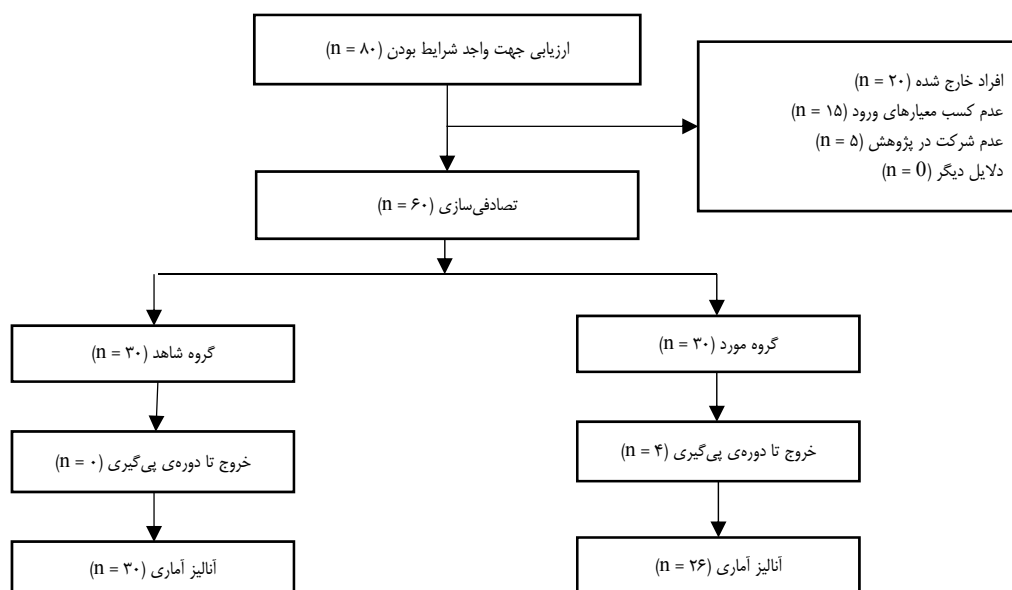
Swanson, Nolan and Pelham-IV (SNAP-IV): این مقیاس برای کودکان ۷-۱۲ ساله، دارای یک فرم ۱۸ سؤالی جهت پاسخگویی والدین می‌باشد که ۹ سؤال نوع بیش‌فعال، ۹ سؤال نوع کمبود توجه و مجموع ۱۸ سؤال نوع مختلط را متمایز می‌کند. ضریب Cronbach's alpha کل آزمون ۰/۹۷، ضریب اعتبار آزمون در ایران با استفاده از بازآزمایی، Cronbach's alpha و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۸۲، ۹۰ و ۷۶ درصد، روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸، پایایی بازآزمون ۰/۸۲، Cronbach's alpha ۰/۹۰ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۳).

افراد را در موقعیت‌های مختلف پیش‌بینی می‌کند (۶). کودکان ADHD، به طور معمول سبک‌های مقابله‌ای ضعیفی دارند (۶). در نتیجه، در مدیریت موقعیت‌های هیجانی ناخوشایند ضعیف‌تر عمل می‌کنند. خودکارآمدی اجتماعی، به معنای ظرفیت‌های فرد در مواجهه با چالش‌های اجتماعی و توانایی مدیریت ناسازگاری بین فردی است (۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ADHD بر موفقیت اجتماعی، عزت نفس و رشد عاطفی کودک، تأثیر منفی می‌گذارد (۷).

از دیگر پیامدهای این اختلال، نقص در مهارت‌های یادگیری می‌باشد که موجب کاهش خودکارآمدی تحصیلی و ناکامی تحصیلی می‌گردد (۳). در همین راستا، مطالعات پی‌گیری کودکان دارای تشخیص ADHD تا دوران نوجوانی نشان داد که این کودکان، در خطر بیشتر سطح تحصیلات پایین‌تر و ترک تحصیل می‌باشند (۸).

از دیگر پیامدهای ADHD، اختلال در عملکرد خانواده است. تحقیقات نشان داده‌اند که فرزندپروری و ارتباطات خانوادگی، نقش بسیار مهمی در کاهش پیامدهای ADHD دارد. کودکان دارای تشخیص ADHD، الگوهای مقاوم نافرمانی و کاهش انطباق با والدین را نشان می‌دهند. در نتیجه، والدین برای اداره کردن فرزندان خود مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند (۹)، کمتر نسبت به رفتارهای منفی کودکان خود شکایت می‌کنند و به صورت تکانشی‌تر به آن‌ها پاسخ می‌دهند. این تعاملات که فرزندپروری واکنشی نامیده می‌شود، پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای برونی‌سازی کودکان است (۱۰) که خود عامل شکست کودک در زمینه‌های مختلف اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌گردد.

یکی از روش‌های فرزندپروری جدید که به کاهش واکنش‌پذیری والدین در قبال رفتارهای کودکان منجر می‌شود، فرزندپروری ذهن آگاهانه (Mindful parenting یا MP) می‌باشد (۱۲-۱۱). طبق تحقیقات، MP از طریق پنج فرایند، تأثیر خود را اعمال می‌کند که عبارت از شنیدن با توجه کامل (تشخیص نیازهای فرزندان از طریق توجه به محتوای مکالمات، تن صدای فرزندان و زبان بدن آن‌ها)، پذیرش بدون قضاوت خود و فرزندان (توجه دقیق و روشن به آن چه که در حال حاضر اتفاق می‌افتد و نه قضاوت در مورد فرزندان بر اساس خواسته‌ها و نیازهای خود)، آگاهی از هیجانانگیز خود و فرزندان، خودتنظیمی در روابط فرزندپروری (تشخیص هیجان‌های خود و فرزندان در هنگام تعامل و نحوه‌ی تأثیر آن بر فرزندپروری) و مهرورزی نسبت به خود و فرزندان (خودمهرورزی این امکان را می‌دهد که والدین در فرایند فرزندپروری نسبت به خود و فرزندان بیشتر بخشنده باشند) هستند (۱۰). MP از طریق عواملی مانند کاهش استرس فرزندپروری، پرداختن به آسیب‌شناسی روانی والد-کودک،



شکل ۱. نمودار Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) مطالعه‌ی حاضر

و آزمون Repeated measures ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY)

یافته‌ها

متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۲ آمده است. جهت بررسی تفاوت میان دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک قبل از مداخله، از آزمون‌های t و χ^2 استفاده شد. آنالیزها تفاوت معنی داری از نظر متغیرهای دموگرافیک میان دو گروه نشان ندادند.

پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی Morris

(*Roland-Morris disability questionnaire* یا *RMDQ*): این

مقیاس برای کودکان و نوجوانان ۷-۱۸ ساله، دارای ۲۳ ماده و سه خرده آزمون شامل خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و هیجانی می‌باشد. پایایی کلی و سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۰، اعتبار بازآزمون در ایران به فاصله‌ی دو هفته در ۴۳ دانش آموز تهرانی ۰/۸۷ و Cronbach's alpha آن ۰/۷۴ بود (۱۴).

داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی فرزندپروری ذهن آگاهانه

جلسات	محتوا
اول	(معرفی مفهوم هدایت خودکار)، تمرین استرس صبحگاهی (بررسی منطبق دریافت آموزش‌های فرزندپروری)، تمرین پوشش بدنی
دوم	مشاهده‌ی فرزندان همراه با حضور ذهن، بررسی استرس صبحگاهی از طرف یک دوست، دیدن با حضور ذهن، تمرین قدردانی از خود به عنوان والد و فرزندان، انجام تنفس ذهن آگاهانه
سوم	انجام تنفس ذهن آگاهانه و احساس‌های بدنی، ۳ دقیقه تمرین تنفس، انجام تمرین یوگا، بازرسی بدن در طول فرزندپروری، بررسی استرس فرزندپروری و مهرورزی نسبت به خود
چهارم	مدیتیشن، استرس‌آورترین حادثه‌ی فرزندپروری، بررسی تظاهرات جنگ و گریز و خشک‌زدگی، ۳ دقیقه تنفس تحت استرس، تصور (آگاهی و پذیرش با استفاده از تنفس)، ارزیابی نیمه‌ی راه، تمرین یوگا
پنجم	مدیتیشن، فرزندپروری و آکنشی، بررسی طر حواره، ۳ دقیقه تنفس
ششم	مدیتیشن، تمرین راه رفتن همراه با ذهن آگاهی، خواندن یک شعر
هفتم	مدیتیشن خود شفقت‌ورزی، بررسی یک روز با حضور ذهن، بررسی من به چه چیزی نیاز دارم؟، بررسی و بازی نقش محدودیت‌ها
هشتم	تمرین پوشش بدنی، تمرین قدردانی، مدیتیشن، برنامه‌ریزی مدیتیشن برای ۸ هفته‌ی آینده، توصیف فرایند، بعضی از پیشنهادها برای فرزندپروری ذهن آگاهانه‌ی روزانه
پیگیری	مدیتیشن، سهیم کردن دیگران در تجربیات از ۸ هفته‌ی گذشته

جدول ۲. بررسی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه شاهد	گروه مورد	مقدار P
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	۸/۷۳ \pm ۱/۶۵	۸/۶۵ \pm ۱/۶۴	۰/۸۵۸ [°]
جنسیت [تعداد (درصد)]	دختر	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۶۴۲ ^{°°}
	پسر	۱۹ (۶۳/۳)	
تحصیلات مادر [تعداد (درصد)]	دیپلم	۲۱ (۷۰/۰)	۰۰/۹۶۲ ^{°°}
	فوق دیپلم	۴ (۱۳/۳)	
	لیسانس	۴ (۱۳/۳)	
تحصیلات پدر [تعداد (درصد)]	دیپلم	۲۵ (۸۳/۳)	۰/۶۴۲ ^{°°}
	فوق دیپلم	۳ (۱۰/۰)	
مقطع تحصیلی [تعداد (درصد)]	اول	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۹۷۱ [°]
	دوم	۷ (۲۳/۳)	
	سوم	۴ (۱۳/۳)	
چهار	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۹/۲)	۰/۹۷۱ [°]
	پنجم	۳ (۱۰/۰)	

°: مقدار P بر اساس آزمون t؛ °°: مقدار P بر اساس آزمون χ^2

از نظر آماری بر تغییر نمرات ADHD معنی دار نبود ($P = ۰/۱۹۸$) (جدول ۴). تأثیر متقابل گروه‌های درمانی و جنسیت با عامل زمان بر تغییر نمرات ADHD معنی دار بود. این یافته، نشان دهنده تفاوت بین گروه‌ها در تغییر نمرات ADHD در زمان‌های مختلف می‌باشد ($P > ۰/۰۰۱$).

در جدول ۳، تغییر نمرات ADHD کودکان در دو گروه شاهد و مورد در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌ی پی‌گیری در سه سطح شدید، متوسط و خفیف بر اساس نقطه‌ی برش پرسش‌نامه‌ی سنجش بیش‌فعالی و کمبود توجه SNAP-IV آمده است. تأثیر زمان به تنهایی و تأثیر متقابل زمان با متغیرهای دموگرافیک

جدول ۳. تغییرات نمرات (ADHD) Attention-deficit/hyperactivity disorder

گروه‌ها	متغیر	شاهد پیش‌آزمون	مورد پیش‌آزمون	شاهد پس‌آزمون	مورد پس‌آزمون	شاهد پی‌گیری	مورد پی‌گیری
کمبود توجه [تعداد (درصد)]	خفیف	۵ (۷/۱۶)	۷ (۲۶/۹)	۲ (۶/۷)	۵ (۱۹/۲)	۱ (۳/۳)	۱۱ (۴۲/۳)
	متوسط	۵ (۷/۱۶)	۴ (۱۵/۴)	۱ (۳/۳)	۹ (۳۴/۶)	۲ (۶/۷)	۴ (۱۵/۴)
بیش‌فعالی [تعداد (درصد)]	شدید	۲۰ (۶۶/۷)	۱۵ (۵۷/۷)	۲۷ (۹۰/۰)	۱۲ (۴۶/۲)	۲۷ (۹۰/۰)	۱۱ (۴۲/۳)
	خفیف	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۹/۲)	۵ (۱۶/۷)	۱۲ (۴۶/۲)	۳ (۱۰/۳)	۱۶ (۶۱/۵)
کمبود توجه و بیش‌فعالی [تعداد (درصد)]	متوسط	۸ (۲۶/۷)	۵ (۱۹/۲)	۸ (۲۶/۷)	۶ (۲۳/۱)	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۱/۵)
	شدید	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۶۱/۵)	۱۷ (۵۶/۷)	۸ (۳۰/۸)	۲۳ (۷۶/۷)	۷ (۲۶/۹)
کمبود توجه و بیش‌فعالی [تعداد (درصد)]	خفیف	۳ (۱۰/۰)	۲ (۷/۷)	۳ (۱۰/۰)	۹ (۳۴/۶)	۱ (۳/۳)	۱۲ (۴۶/۲)
	متوسط	۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۶/۹)	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۳/۱)	۱ (۳/۳)	۴ (۱۵/۴)
شدید	۲۲ (۷۳/۳)	۱۷ (۴۶/۵)	۲۲ (۷۳/۳)	۱۱ (۴۲/۳)	۲۸ (۹۳/۳)	۱۰ (۳۸/۵)	

جدول ۴. تغییرات متغیرها بر حسب زمان، گروه‌های مورد مطالعه و عوامل مخدوش کننده

متغیرها	گروه مورد			گروه شاهد			مقدار P
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری	
بیش‌فعالی	۲/۱۴ ± ۰/۵۷	۱/۶۳ ± ۰/۶۵	۱/۵۲ ± ۰/۶۳	۲/۰۹ ± ۰/۵۸	۲/۰۳ ± ۰/۶۴	۲/۲۱ ± ۰/۵۴	۰/۲۷۳ < ۰/۰۰۱
کمبود توجه	۱/۷۷ ± ۰/۶۶	۱/۵۸ ± ۰/۷۰	۱/۵۲ ± ۰/۷۴	۱/۸۷ ± ۰/۷۰	۱/۸۰ ± ۰/۶۴	۲/۰۴ ± ۰/۵۸	۰/۲۷۹ < ۰/۰۰۱
بیش‌فعالی - کمبود توجه	۱/۹۵ ± ۰/۵۵	۱/۶۱ ± ۰/۶۰	۱/۵۲ ± ۰/۶۳	۱/۹۸ ± ۰/۵۹	۱/۹۲ ± ۰/۵۸	۲/۱۳ ± ۰/۵۲	۰/۱۹۸ < ۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۵۴/۶۹ ± ۱۴/۲۵	۶۳/۳۰ ± ۱۲/۲۱	۵۷/۸۰ ± ۹/۴۲	۵۷/۵۰ ± ۱۴/۸۸	۵۷/۹۶ ± ۱۴/۱۴	۴۹/۴۳ ± ۱۱/۲۵	۰/۸۷۰ < ۰/۰۰۱
خودکارآمدی هیجانی	۱۴/۱۹ ± ۵/۸۳	۱۷/۰۰ ± ۵/۴۴	۱۷/۰۷ ± ۵/۷۴	۱۳/۶۶ ± ۶/۱۲	۱۴/۹۶ ± ۶/۹۱	۱۲/۷۶ ± ۶/۱۲	۰/۸۰۰ < ۰/۰۰۱
خودکارآمدی اجتماعی	۲۱/۶۹ ± ۵/۲۰	۲۴/۰۰ ± ۴/۴۷	۲۴/۴۲ ± ۴/۶۵	۲۲/۷۰ ± ۶/۱۳	۲۲/۷۰ ± ۶/۱۳	۲۰/۹۶ ± ۵/۰۶	۰/۷۱۴ < ۰/۰۰۱
خودکارآمدی تحصیلی	۲۰/۳۸ ± ۷/۱۱	۲۲/۳۰ ± ۵/۲۹	۱۶/۳۰ ± ۴/۹۶	۲۱/۲۶ ± ۶/۱۵	۲۲/۲۰ ± ۶/۲۲	۱۵/۷۰ ± ۵/۶۰	۰/۶۴۲ < ۰/۰۰۱

نظریه‌ی MP که بر بهبود رابطه‌ی والد و فرزند استوار است (۱۱) و همچنین با توجه به نظریه‌ی Bandura، که مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی را موفقیت‌های بین فردی می‌داند، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی MP بر خودکارآمدی کودکان پرداخته است (۵).

در پژوهش حاضر، MP با افزایش تعامل‌های موفقیت‌آمیز خانوادگی در گروه مورد و کسب موفقیت بین فردی در درجه‌ی اول در خانواده، موجب باور به توانایی مدیریت و ایجاد اثرات مثبت اجتماعی با اعمال و در نهایت افزایش میزان خودکارآمدی اجتماعی در کودکان ADHD شده است. از سوی دیگر، خودکارآمدی هیجانی دوری از شرایط هیجانی منفی یا بازگشت به حالت طبیعی در هنگام تجربه‌ی هیجانات منفی می‌باشد (۱۸). همسو با یافته‌های دیگران (۱۹، ۱۲) در مورد اثربخشی MP بر آگاهی و تنظیم هیجان خود و فرزندان توسط والدین، فرزندپروری ذهن آگاهانه در جهت کاهش اجتناب از تجربه‌های منفی با استفاده از تمرکز لحظه به لحظه بر تجربه و پذیرفتن آن‌ها و نیز شفقت‌ورزی نسبت به خود در جهت بازگشت به حالت طبیعی در رابطه‌ی والد- کودک موجب کاهش تأثیر تجربه‌های منفی و باور به مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی می‌گردد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که MP بر خودکارآمدی تحصیلی کودکان اثرگذار نبوده است. یک پژوهش نیز نشان داد که MP بر شدت ADHD گزارش شده توسط معلم اثرگذار نبوده است (۱۵). با این وجود، مشاهده‌ی بهبودی معنی‌دار در عملکرد تحصیلی به زمان نیاز دارد.

در پژوهش حاضر، بهبود شدت بیش‌فعالی و کمبود توجه، با استفاده از نمره‌گذاری مادران بررسی شده و اطلاعات از سایر افراد مانند معلم کسب نشده است. بنابراین، میزان بهبود کودکان در محیط مدرسه مشخص نشده است که از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، میزان تغییر کودکان بر اساس نظر معلمان نیز بررسی گردد تا تغییر کودک در مدرسه نیز مشخص شود.

بحث

در این پژوهش، اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه بر نشانه‌های بالینی و خودکارآمدی کودکان ADHD بررسی شد. نتایج پژوهش، بهبود معنی‌دار علائم ADHD در گروه آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه در مقایسه با گروه شاهد در مرحله‌ی پس‌آزمون و دوره‌ی دوماهه‌ی پی‌گیری را نشان داد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت والدین کودکان ADHD به رفتارهای مخرب این کودکان به صورت منفی و واکنشی پاسخ می‌دهند و موجب افزایش رفتارهای مقابله‌ای کودکان و علائم ADHD می‌گردند. آموزش MP با بهبود رابطه‌ی والد- فرزند از طریق کنترل استرس فرزندپروری و پیش‌گیری از پاسخ‌های افراطی به رفتارهای منفی کودکان، باعث کاهش چالش‌های منفی بین والد و فرزند، افزایش تجربه‌های موفقیت‌آمیز و به دنبال آن، کاهش رفتارهای مقابله‌ای کودکان می‌شود. در همین راستا، والدین شدت علائم ADHD و مشکلات رفتاری کودکان را پس از آموزش و دوره‌ی پی‌گیری پایین‌تر از پیش از آموزش درجه‌بندی کردند. در چند مطالعه‌ی دیگر نیز با بررسی اثربخشی MP بر استرس فرزندپروری و نشانه‌های بالینی، نتایج پیش‌گفته تأیید گردید (۱۷-۱۵). قابل ذکر است گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر، نسبت به سایر پژوهش‌ها بیشتر بوده است و علاوه بر آن، در پژوهش حاضر تغییرات علائم بالینی کودکان دریافت‌کننده‌ی MP و دارودرمانی با دریافت کنندگان فقط دارودرمانی مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج نشان داده‌اند تغییرات کودکان دریافت‌کننده‌ی هر دو درمان از دارودرمانی به تنهایی بیشتر بوده است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که MP منجر به افزایش خودکارآمدی هیجانی و اجتماعی کودکان ADHD شده است، اما بر خودکارآمدی تحصیلی آنان تأثیر معنی‌داری نداشته است. قابل ذکر است که پژوهشی در مورد اثربخشی MP بر خودکارآمدی کودکان ADHD صورت نگرفته بود، اما با توجه به اساس فنون و

شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان و همچنین از این معاونت محترم آقای دکتر غلامعلی حمیدی به دلیل حمایت های مالی ایشان قدردانی می شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به شماره طرح ۹۴۱۴۳ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به تصویب رسیده و با حمایت مالی این معاونت انجام

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 443-61.
2. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros E. Adults' self-efficacy beliefs and referral attitudes for boys and girls with AD/HD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(3): 132-40.
3. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Jr., Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol* 2007; 43(1): 70-82.
4. Major A, Martinussen R, Wiener J. Self-efficacy for self-regulated learning in adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Learn Individ Differ* 2013; 27: 149-56.
5. Bandura A. Toward a psychology of human agency. *Perspect Psychol Sci* 2006; 1(2): 164-80.
6. Singer MJ, Humphreys KL, Lee SS. Coping self-efficacy mediates the association between child abuse and ADHD in adulthood. *J Atten Disord* 2016; 20(8): 695-703.
7. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48(1): 9-20.
8. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(6): 595-605.
9. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015; 46(1): 118-29.
10. Bogels S, Restifo K. Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. New York, NY: Springer; 2014.
11. Bogels SM, Lehtonen A, Restifo K. Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness (NY)* 2010; 1(2): 107-20.
12. Townshend K. Conceptualizing the key processes of mindful parenting and its application to youth mental health. *Australas Psychiatry* 2016; 24(6): 575-7.
13. Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei M. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress- short form in mother's of 7-12 year-old children. *J Res Behav Sci* 2010; 8(2): 81-91. [In Persian].
14. Sadrosadat S J, Houshyari Z, Zamani R, Sadrosadat L. Determinatio of psychometrics index of SNAP-IV rating scale in parents execution. *J Rehab* 2008; 8(4): 59-65. [In Persian].
15. Weijer-Bergsma E, Formsma AR, de Bruin EI, Bogels SM. The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *J Child Fam Stud* 2012; 21(5): 775-87.
16. van der Oord S, Bogels SM, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with adhd and mindful parenting for their parents. *J Child Fam Stud* 2012; 21(1): 139-47.
17. Duncan LG, Coatsworth JD, Gayles JG, Geier MH, Greenberg MT. Can mindful parenting be observed? Relations between observational ratings of mother-youth interactions and mothers' self-report of mindful parenting. *J Fam Psychol* 2015; 29(2): 276-82.
18. Kirk BA, Schutte NS, Hine DW. Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. *Pers Individ Dif* 2008; 45(5): 432-6.
19. Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009; 12(3): 255-70.

Effectiveness of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms and Self-Efficacy in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Mehdiyeh Behbahani¹, Fatemeh Zargar²

Original Article

Abstract

Background: The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders that cause damage in different aspects such as educational, social, and familial. The purpose of this study was evaluation the effectiveness of mindful parenting training on clinical symptoms and self-efficacy in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: This was a clinical trial study with two control and intervention groups in three stages of pre-test, post-test, and two-month follow up. Sixty children with attention deficit hyperactivity disorder referred by the child psychiatrists in Kashan city, Iran, during the second half of the year 2016 were selected along with their mothers. The mothers were assigned in two groups using permuted blocked randomization. Children of these mothers in both groups were evaluated in three steps using Morris self-efficacy questionnaire and Swanson, Nolan and Pelham (SNAP-IV) questionnaire. Intervention group received 8 weekly sessions of mindful parenting training based on Kabat-Zinn protocol. The obtained data were analyzed using repeated measurements analysis of variance.

Findings: Significant increase of emotional and social self-efficacy and a meaningful improvement of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder were seen in intervention group compared to the control group in post-test and follow up ($P < 0.001$ for all).

Conclusion: Mindful parenting training has a significant effect on increasing emotional and social self-efficacy and reducing attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children.

Keywords: Parenting, Mindfulness, Self-efficacy, Attention deficit hyperactivity disorder

Citation: Behbahani M, Zargar F. **Effectiveness of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms and Self-Efficacy in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(429): 511-7.

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Zargar, Email: f.zargar@med.mui.ac.ir