



مقایسه اثربخشی برنامه مداخله ای فرزندپروری مثبت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی روانشناختی در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

معصومه کریمی: دانشجوی دکتری، گروه آموزشی روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
 حمید ملای زرنندی: گروه آموزشی روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (* نویسنده مسئول) Hamid.molayi@gmail.com
 علیرضا منظری توکلی: گروه روانشناسی، واحد مدیریت کرمان (حاج قاسم سلیمانی)، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

مداخله ای فرزندپروری مثبت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خستگی روانشناختی، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

زمینه و هدف: والدین کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش فعالی در مقایسه با والدین کودکان معمولی، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند که همین امر نیز می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روان والدین شود. لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی برنامه مداخله ای فرزندپروری مثبت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی روانشناختی در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در سال ۱۴۰۲ بوده است.

روش کار: این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون در گروه آزمایشی (برنامه مداخله ای فرزندپروری مثبت) و گروه مقایسه (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری کلیه مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک‌های کودک و روانپزشکان شهر کرمان در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند و تخصیص تصادفی ساده ۲۰ شرکت کننده به هر گروه اختصاص یافت. گروه آزمایش تحت مداخله فرزندپروری مثبت و درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای یک دوره ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله را دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه چندبعدی خستگی اسمتس (۱۹۹۶) بود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد در مرحله پس آزمون بین میانگین نمرات خستگی روان شناختی گروه برنامه مداخله ای فرزندپروری مثبت و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اختلاف معنادار آماری وجود داشت. همچنین معناداری تفاوت گروه برنامه مداخله ای فرزندپروری مثبت با گروه کنترل و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون مؤید این موضوع است که هر یک از گروه‌های مذکور به‌تنهایی بر خستگی روان شناختی مادران اثرات مساعدی داشته‌اند.

نتیجه گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت فرزندپروری ایمن به مادران مانند: تشریح نیازهای رشدی کودک، سبک‌های فرزندپروری، آموزش مهارت‌های تازه و اصلاح رفتارهای دشوار و مشکل دار و فراگیری چگونگی برقراری رابطه عاطفی و جسمی با کودک و افزایش آگاهی در زمینه مشکلات و علل مشکلات، منجر به بهبود رفتارهای مشکل دار و انحرافی و ایجاد رفتارهای مورد قبول اجتماع و همچنین تغییر نگرش والدین نسبت به رفتار کودکان می‌گردد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

A Karimi m, Molayi Zarandi H, Manzari Tavakoli AR. Comparing the Effectiveness of Positive Parenting Intervention Program and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Psychological Fatigue in Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Kerman City. Razi J Med Sci. 2025(7 Apr);32.2.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Comparing the Effectiveness of Positive Parenting Intervention Program and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Psychological Fatigue in Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Kerman City

Masoumeh Karimi: Department of Psychology, Zarand. Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

Hamid Molayi Zarandi: Department of Psychology, Zarand. Branch, Islamic Azad University, Kerman., Iran
(*Corresponding Author) Hamid.molayi@gmail.com

Ali Reza Manzari Tavakoli: Department of psychology, management kerman (Haj Ghasem soleimani), Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

Abstract

Background & Aims: In recent decades, much research has been conducted on attention deficit hyperactivity disorder, which brings more children to mental health centers than any other disorder. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with many problems in various educational fields, low academic performance, low morale, aggression, dropping out of school, poor family and friendship relationships, anxiety, depression, and deficits in many skills. This disorder was first identified in 1845 by a German physician named Heinrich Hoffmann. Attention deficit hyperactivity disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by three main features: attention deficit, hyperactivity, and impulsivity. This disorder is one of the most common neurobehavioral disorders of childhood that affects a large part of the world's population. People with this disorder may not be able to pay close attention to details or make careless mistakes in completing schoolwork, work, or other activities. Often, there is disorganization in performing activities and tasks are performed carelessly and without sufficient thought. It is often difficult for these people to maintain attention in games and homework, and they can hardly focus their attention to finish homework. Parents of children with attention deficit hyperactivity disorder experience more stress compared to parents of normal children, which can also lead to mental health problems for parents. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of the positive parenting intervention program and mindfulness-based cognitive therapy on psychological fatigue in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder in 2023.

Methods: This study was a quasi-experimental design with pre-test-post-test in the experimental group (positive parenting intervention program) and the comparison group (mindfulness-based cognitive therapy) with a control group and follow-up. The statistical population was all mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder referring to child clinics and psychiatrists in Kerman in 1402. The research sample consisted of 60 mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder, who were assigned to each group through purposive sampling and simple random allocation of 20 participants. The experimental group underwent positive parenting intervention and mindfulness-based cognitive therapy for a period of 12 75-minute sessions, and the control group did not receive the intervention. The research instrument was the Smetes Multidimensional Fatigue Questionnaire (1996).

Results: The results of the study showed that there was a statistically significant difference in the mean psychological fatigue scores of the positive parenting intervention program group and the mindfulness-based cognitive therapy group in the post-test phase using the analysis of covariance test. The positive parenting intervention program group had a greater effect on psychological fatigue than the mindfulness-based cognitive therapy group. Also, the significant difference between the positive parenting intervention program group and the control group and the mindfulness-based cognitive therapy group

Keywords

Positive Parenting
Intervention,
Mindfulness-Based
Cognitive Therapy,
Psychological Fatigue,
Children with Attention
Deficit/Hyperactivity
Disorder

Received: 23/05/2024

Published: 07/04/2025

and the control group in the post-test phase confirms that each of the aforementioned groups alone had favorable effects on mothers' psychological fatigue.

Conclusion: In general, it can be concluded that a program of training mothers in safe parenting skills, such as explaining the child's developmental needs, parenting styles, teaching new skills, correcting difficult and problematic behaviors, learning how to establish an emotional and physical relationship with the child, and increasing awareness of problems and causes of problems, leads to the improvement of problematic and deviant behaviors, the creation of socially acceptable behaviors, and also changes parents' attitudes towards children's behavior. Fatigue means a mental feeling of weakness, lack of energy, and exhaustion that affects all aspects of people's lives and leads to a decrease in physical, social, and psychological functions, etc. Therefore, it can be stated that mothers' fatigue, which results from their isolation and isolation due to caring for children with disorders and inappropriate behaviors, will lead to stress in mothers. Increasing mothers' knowledge and skills by participating in this training program will help mothers gain a proper understanding of the nature of children's behavioral problems and appropriate behavioral practices with their children, learn how to control and contain their children's challenging behaviors, have a more positive attitude about their children's progress, and ultimately reduce their stress and worries about their children's conditions. Reducing stress and worry is undoubtedly effective in increasing assertive parenting and reducing strict and permissive practices. Explaining children's needs to mothers and familiarizing them with the effects of affection along with teaching positive and negative reinforcement can improve parents' awareness of the effects of effective parenting. On the other hand, teaching them to identify ineffective parental responses to children's misbehavior and correcting these behaviors will enable mothers to better control their misbehavior and try to replace it with effective behaviors. In complementing and reinforcing these educational strategies, mothers' familiarity with safe behavior makes them realize that behaviors such as ignoring the child, negativity, failure to respond to signals sent by the child, and intruding on the child's privacy are unsafe behaviors that result from an insecure attachment and that steps should be taken to correct these types of behaviors. In another explanation, the positive parenting skills training program increases emotional security in the child. This security, in turn, leads to the formation of a healthy relationship between the mother and child and plays a significant role in reducing ineffective parenting practices, followed by an increase in assertive parenting practices and reducing mothers' mental fatigue. The positive parenting skills training program causes parents to initiate relationships with their child and, after initiating relationships with their child, respond more positively to him/her, and in this way, they can become familiar with the consequences of safe behaviors.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

A Karimi m, Molayi Zarandi H, Manzari Tavakoli AR. Comparing the Effectiveness of Positive Parenting Intervention Program and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Psychological Fatigue in Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Kerman City. Razi J Med Sci. 2025(7 Apr);32.2.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

در دهه های اخیر، تحقیقات زیادی در باره اختلال نقص توجه- بیش فعالی، که بیش از هر اختلال دیگری کودکان را به مراکز سلامت روانی می کشاند، انجام گرفته است. اختلال نقص توجه- بیش فعالی با مشکلات بسیاری در زمینه های مختلف آموزشی، عملکرد تحصیلی پایین، ضعف روحیه، پرخاشگری، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی و نقص در بسیاری از مهارت ها همراه است. این اختلال نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هنری هوفمان (Heinrich Hoffmann) شناسایی شد. نقص توجه و بیش فعالی، اختلالی عصبی- رفتاری است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری توصیف می شود (۱). این اختلال از شایع ترین اختلالات عصبی- رفتاری دوران کودکی است که بخش بزرگی از جمعیت جهان را مبتلا کرده است. افراد مبتلا به این اختلال، ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت ها، از روی بی احتیاطی مرتکب اشتباه شوند (۲). اغلب، در انجام فعالیت ها بی نظمی وجود دارد و وظایف با بی دقتی و بدون تفکر کافی انجام می شوند. حفظ توجه در بازی و تکالیف برای این افراد غالباً دشوار است و به سختی می توانند برای به پایان رساندن تکالیف، توجه خود را متمرکز کنند (۳).

از آنجایی که دوران کودکی از مهم ترین مراحل زندگی است و شخصیت فرد در این دوران پایه ریزی می شود، والدین و همچنین رابطه ای والد-کودک از مهم ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی-اجتماعی هر کودکی محسوب می شود (۴). از طرفی، یکی از مهم ترین منابع احساس لذت و معنا در زندگی، داشتن فرزند و احساس مادر بودن است؛ اما داشتن نقش مادری برای بچه های بیش فعال چالش هایی را به همراه دارد و به همین دلیل تنیدگی زاست. درواقع، این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند، سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند (۵). از سوی دیگر، مادری کردن برای کودکی که از نظر سلامتی و رفتاری شرایط ویژه ای دارد، فرایندی با خستگی روانی زیادی است. والدین، به ویژه مادران،

همواره نگران اتفاقات غیرمنتظره در ارتباط با کودک هستند و به سختی می توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت های خود مانند زندگی اجتماعی، کار و وظایف منزل را برقرار کنند (۶).

خستگی روانی شامل خستگی بدنی و ذهنی مزمن است که اغلب با انجام فعالیت تشدید می گردد و علائم آن از فردی به فرد دیگر متغیر است (۷). علائم ذهنی شامل کند شدن عکس العمل ها (سرعت عکس العمل فیزیکی و سرعت تفکر)، نقص در پاسخ به محرک ها، تغییرات در محیط و اطلاعات دریافتی، خدشه در استدلال و قضاوت، ناتوانی در تمرکز، افزایش خطاهای حافظه شامل فراموشی، کاهش هوشیاری، کاهش انگیزش و تمایل به ریسک کردن است (۸). درواقع، خستگی ذهنی برخلاف خستگی بدنی است و خستگی ای که بیش از ۴ ماه به طول انجامد و یا به طور ثابت با استراحت برطرف نشود، نشانه ای وجود خستگی ذهنی است (۹). علائم بدنی نیز شامل احساس خسته شدن، خواب آلودگی، تحریک پذیری، افسردگی، سرگیجه، از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی و مستعد شدن برای بیماری است. خستگی بدنی با کاهش فعالیت و افزایش استراحت و خواب، تسکین می یابد. این افراد احتمالاً در صبح پرانرژی تر هستند، اما کمترین سطح فعالیت های معمول آن ها را خسته می کند. درمان های دارویی بسیاری برای این سندرم پیشنهاد گردیده است، اما اعتبار هیچ کدام از آن ها به اثبات نرسیده است (۱۰). با توجه به عوارض جانبی داروها و این که درمان دارویی قطعی برای این سندرم وجود ندارد، توجه به درمان های روان شناختی در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است که پرکاربردترین آن ها درمان شناختی-رفتاری می باشد. با وجود این که این درمان، درمانی مؤثر برای خستگی روان شناختی محسوب می شود و به کاهش خستگی و ناتوانی افراد مبتلا کمک می کند، اما بسیاری از مراجعان به طور کامل بهبود پیدا نمی کنند (۱۱). این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن های مختلف، آموزش مقدماتی درباره ی افسردگی، تمرین واری بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدن را نشان می دهد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخلاف درمان

با سایر مداخلات در این حوزه داراست. اثربخشی آموزش والدگری مثبت در کاهش کارکردهای نامطلوب فرزندپروری، بهبود کیفیت رابطه‌ی والد-کودک، کاهش مشکلات ادراک‌شده‌ی والدگری و نیز کاهش مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسیده است. افزون بر این، پژوهش‌ها اثربخشی این برنامه را در درمان مشکلات رفتاری، اصلاح شیوه‌های ناکارآمد فرزندپروری و کاهش تعارضات زوجین نیز تأیید کرده‌اند. از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال پژوهش است که: آیا برنامه‌ی مداخله‌ای فرزندپروری مثبت همراه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر خستگی روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر معناداری دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش (برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت)، گروه مقایسه (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و گروه گواه با مرحله پیگیری می‌باشد که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان با کد IR.IAU.KERMAN.REC.1402.093 به تصویب رسید. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود که در سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره کودک در شهر کرمان مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۰ نفر از این مادران در نیمه‌ی دوم سال ۱۴۰۲ (فصل زمستان) بود که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام گرفت و شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی ساده در سه گروه آزمایش، مقایسه و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. پس از آن، مداخلات متناسب با هر گروه اجرا گردید. ابزارهای پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

جلسات برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت: بر اساس نظریه شهرپور و عربگل (۲۰۱۴) با فرهنگ

شناختی-رفتاری، بر کشف شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید دارد و این مؤلفه‌ها عامل مهمی در پیشرفت و تأثیر این نوع درمان در بهبودی افراد دارای سندرم خستگی مزمن می‌باشد (۱۲). این درمان برای سندرم خستگی مزمن مؤثر است. این درمان باعث افزایش آگاهی از تفکر سودمند و الگوهای رفتاری می‌شود (۱۳). به علاوه، این درمان دارای مزایای بالقوه‌ای نسبت به درمان‌های رایج قبلی می‌باشد: اول این‌که این نوع درمان بر اساس همان مدل نظری درمان شناختی-رفتاری برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن تدوین شده است و این یک امر مهم از نظر بالینی است. دوم این‌که تمرینات ذهن‌آگاهی به اندازه‌ی کافی متفاوت‌تر و جذاب‌تر از سایر درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد (۱۴).

مداخله‌ی دیگر این پژوهش، برنامه‌ی فرزندپروری مثبت است؛ برنامه‌ای راهبردی، چندسطحی درباره‌ی فرزندپروری با رویکردی پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها که توسط ساندرز (Sanders) و همکاران (۲۰۰۹) تدوین شده است. این برنامه بر حسب شدت و قدرت مداخله، در پنج سطح برای والدین کودکان و نوجوانان از بدو تولد تا شانزده سالگی طراحی شده است (۱۵). این برنامه به والدین کمک می‌کند تا راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی و رفتاری کودک خود بیاموزند. برنامه‌ای ساده که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کند و به والدین می‌آموزد که وقتی به شیوه‌ای جدید فکر می‌کنند، صحبت می‌کنند و عمل می‌کنند، نتایج بهتری در خانواده رقم می‌خورد. والدین، مراقبان، تربیت‌کنندگان، مدیران و عوامل تغییر و اجتماعی کردن فرزندان خود هستند. آموزش والدین به معنای در نظر گرفتن آن‌ها به عنوان عامل تغییر در زندگی فرزندان و کمک به رفع مشکلات آن‌هاست (۱۶). فرزندپروری مثبت شامل مواردی چون: ایجاد محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، فراهم کردن محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود به عنوان والد است. این رویکرد به درمان و پیشگیری اختلالات دوران کودکی، قوی‌ترین حمایت تجربی را در مقایسه

ایرانی تطبیق پیدا کرده است. به آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد که شرح جلسات به شرح زیر بود: جلسه اول: استقبال از حضور شرکت‌کنندگان، توضیح درباره مقررات گروه، معرفی برنامه و ساختار جلسه‌ها، سنجش سبک‌های فرزندپروری. جلسه دوم تا چهارم: شیوه‌های افزایش (رفتارهای مطلوب): آشنایی با شیوه‌های مثبت، لزوم تعامل مثبت، بیان منطق تعامل مثبت با فرزند، اجزای اساسی تعامل مثبت، صرف مدت زمان خاص و پرمحتوا با فرزند، صحبت کردن با فرزند، محبت جسمانی و نشان دادن عواطف، صرف زمان با محتوای مناسب با فرزند نوجوان، عواطف را نشان دهید. نقش تشویق و تقویت، تشویق و تقویت رفتار مطلوب: انواع تقویت‌کننده‌ها، ایجاد حس غرور و افتخار شخصی در فرزند، توجه مثبت (کلامی و غیرکلامی)، امتیاز دادن و فعالیت‌های سرگرم‌کننده، لزوم تقویت رفتارهای مثبت نوجوان، انواع روش‌های تقویت (تقویت توصیفی، تقویت امتیازی، تقویت القایی). جلسه پنجم: شیوه‌های افزایش (رفتارهای مطلوب): آموزش تکنیک‌های الگودهی، استفاده از آموزش اتفاقی (در ارتباط با چه رفتارهایی است، اصول استفاده از این روش)، ارائه مثال‌های بیشتر، تمرین تکنیک در گروه‌های کوچک، بحث و بازخورد؛ استفاده از روش الگوسازی، به‌کارگیری تکنیک‌ها. جلسه ششم: شیوه‌های افزایش (رفتارهای مطلوب): افزایش رفتار مطلوب با استفاده از جدول رفتاری؛ آموزش روش "پرس، بگو و انجام بده"، چه رفتارهایی را در بر می‌گیرد، چگونه و با چه اصولی از این روش استفاده کنیم، فراهم نمودن فعالیت‌های سرگرم‌کننده برای فرزندان، استفاده از جدول رفتاری، به‌کارگیری جدول رفتاری. جلسه هفتم: شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب): آموزش بحث هدایت‌شده برای بهبود رفتار، ایجاد مقررات واضح و بدون ابهام در خانه، لزوم ایجاد مقررات، اصول اساسی در ایجاد مقررات، برخورد با زیر پا گذاشتن مقررات از طریق بحث هدایت‌شده، آموزش مراحل بحث هدایت‌شده، به‌کارگیری مراحل بحث هدایت‌شده. جلسه هشتم و نهم: شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب): کار روی پیامدها؛ انواع دستورها،

اصول و نحوه دستور دادن، در نظر گرفتن پیامدهای منطقی، بیان منطق تکنیک، تفاوت پیامد منطقی با تنبیه، اصول اجرای پیامد منطقی، بی‌توجهی بر نامهریزی‌شده، بیان منطق تکنیک، برای چه رفتارهایی به کار می‌رود، بازخورد شیوه‌های صحیح پیامدها. جلسه دهم و یازدهم: شیوه‌های جلوگیری از (رفتارهای نامطلوب): کاهش رفتارهای نامطلوب؛ استفاده از روش زمان سکوت، بیان منطق تکنیک، مراحل اجرای تکنیک، استفاده از روش محروم کردن موقت، بیان منطق تکنیک، تفاوت روش محروم کردن موقت با روش زمان سکوت، مراحل و نحوه به‌کارگیری تکنیک، جمع‌بندی، به‌کارگیری روش‌های رفتاری و تکنیک‌های جلسه. جلسه دوازدهم: پس‌آزمون و جمع‌بندی کلی.

جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی:

بر اساس نظریه کرین (۲۰۰۹)، ریمس و وینگرو (۲۰۱۳)، ساروی (۱۹۹۵)، نف (۲۰۱۰) به آزمودنی‌ها در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد که به شرح زیر بود: جلسه اول و دوم: آشنایی، توضیح درباره اصول گروه، توضیح هدایت خودکار، مراقبه و وارسی بدن، توزیع لوح فشرده مدیتیشن و جزوات مربوطه. جلسه سوم و چهارم: انجام مراقبه وارسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن‌آگاهی و مراقبه ذهن، تمرین خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی، کشف تجربه‌های خوشایند با استفاده از فرم ثبت وقایع خوشایند و بازنگری تکالیف جلسه قبل. جلسه پنجم: تنفس با ذهن‌آگاهی، گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین‌های مراقبه‌ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، سه دقیقه تنفس، کشف تجارب ناخوشایند روزانه با استفاده از فرم ثبت وقایع ناخوشایند، بازنگری تکالیف جلسه قبل. جلسه ششم: پنج دقیقه تمرین دیدن و شنیدن با ذهن‌آگاهی، سه دقیقه تنفس، انجام تمرین وارسی بدن، توضیح رابطه ذهن و بدن، کشف و تعریف مسئله سندرم خستگی مزمن (بیان علائم خستگی با کمک افراد و کامل کردن آن)، استفاده از سیستم حل مسئله برای رفع خستگی، کمک به افراد در تهیه فهرستی از فعالیت‌هایی که به آن‌ها احساس مفید

بیانگر میزان خستگی بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار در گروه‌های مختلف جمعیت‌شناختی، از جمله بیماران مبتلا به سرطان (تحت درمان با رادیوتراپی)، بیماران دارای سندرم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روان‌شناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی بررسی شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که سؤالات هر بُعد، به‌خوبی همان بُعد را توصیف می‌کنند. همچنین، همسانی درونی پرسشنامه مطلوب گزارش شده است؛ به‌طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای خستگی عمومی، جسمانی و ذهنی بالاتر از ۰٫۸۰ و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از ۰٫۶۵ بوده است. شواهد دیگر نیز مؤید پایایی و روایی مناسب این پرسشنامه می‌باشند. نسخه فارسی این ابزار نیز ترجمه و اعتبارسنجی شده و پایایی آن تأیید شده است. برای گردآوری مبنای نظری و پیشینه تجربی، از منابع کتابخانه‌ای شامل کتاب‌ها، مقالات، پایان‌نامه‌ها و پایگاه‌های اینترنتی استفاده شد. این مادران پرسشنامه اختلالات رفتاری را تکمیل کردند و بر اساس نمره‌های کسب‌شده در پیش‌آزمون، ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگانی که نمره برش را دریافت کرده بودند، مطابق با ملاک‌های نظریه کاپلان و سادوک انتخاب شدند. نمونه‌نهایی به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر کدام با ۲۰ نفر) تقسیم شد. گروه‌های آزمایش تحت مداخله برنامه فرزندپروری مثبت مبتنی بر شناخت‌درمانی ذهن‌آگاهانه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و دو ماه بعد در مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS بهره گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی متغیر خستگی روانشناختی به تفکیک گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

بودن و لذت می‌دهد و انجام آن‌ها در مواقعی که افکار یا احساسات مربوط به خستگی به سراغشان می‌آید، کمک به افراد در برنامه‌ریزی منظم فعالیت‌ها و افزایش تدریجی آن‌ها. جلسه هفتم و هشتم: تمرین «مجوز حضور» هنگامی که افکار مربوط به خستگی به سراغ آن‌ها می‌آید، مروری بر مشکلات مرتبط با خستگی و عوارض آن‌ها، تکنیک حل مسئله، بیان تمثیل رومی (مولانا) و دیگر تمثیلات و کشف محتوای متناسب با اهداف آن‌ها در گروه. جلسه نهم: آموزش اینکه تفکرات منشأ واقعی ندارند، آگاهی نسبت به تنفس و بدن، مطرح کردن مشکلات افراد طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس، مروری بر تکنیک حل مسئله در مواجهه با افکار و حالات خستگی، آموزش تکنیک توجه‌برگردانی در مواقع خستگی، کمک به آن‌ها در تشخیص افکار کمال‌گرایانه مرتبط با خستگی، صحبت اعضا در مورد تجارب کسب‌شده در طی جلسات. جلسات دهم و یازدهم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات، انجام تمرین واریسی بدنی، مرور مباحث مربوط به خستگی، گرفتن بازخورد از افراد، بررسی راه‌های افزایش فعالیت مفید. جلسه دوازدهم: مراقبه واریسی بدن، جمع‌بندی استفاده از این برنامه، پایان درمان.

پرسشنامه خستگی روان‌شناختی: توسط اسمتس (Smets) در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و شامل ۲۰ گویه در قالب پنج خرده‌مقیاس است: خستگی عمومی (۴ سؤال)، خستگی جسمانی (۴ سؤال)، کاهش فعالیت (۴ سؤال)، کاهش انگیزه (۴ سؤال) و خستگی ذهنی (۴ سؤال). این ابزار با هدف سنجش میزان خستگی در ابعاد مختلف به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (بلی، کاملاً درست است) تا ۵ (خیر، کاملاً غلط است) انجام می‌شود. لازم به ذکر است که گویه‌های شماره ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ متغیر است و نمره کلی پرسشنامه نیز در بازه ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد، به‌طوری که نمره بالاتر

پیگیری) در جدول ۱ ارائه گردید. با توجه به اینکه نتایج جدول ۱، حاکی از آن است که میانگین نمرات خستگی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه مذکور نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر کرده است آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به کار گرفته شد.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری دارای مفروضه‌هایی است که برقراری هر یک از مفروضه‌ها در ادامه بررسی گردید. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۲ بررسی شد و نتایج حاکی از آن است آزمون برای خستگی روانشناختی در سطح (۰/۰۵) معنادار نیست و این به معنای آن است که توزیع این متغیر در نمونه برای هر سه گروه و طی سه مرحله اندازه‌گیری نرمال است.

در متغیر خستگی روانشناختی میزان معناداری آزمون ام‌باکس از ۰/۰۵ بیشتر است (p=۰/۹۶۴) مقدار؛

Box's M=۵/۳۶۳؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس-کوواریانس همگن می‌باشد. نتایج آزمون ماچلی نشان داد که پیش‌فرض برابری واریانس متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری رعایت شده است (p=۰/۰۰۱ مقدار، $\chi^2=۱۴/۵۰۲$)؛ بنابراین در روند تحلیل، آماره جایگزین آزمون کرویت به کار گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که میان نمرات پیش‌آزمون خستگی روانشناختی در سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۰۵۶ مقدار، ۳/۰۳۷ $F_{2,57}$)؛ بنابراین ضرورتی جهت کنترل کردن نمرات پیش‌آزمون در روند تحلیل وجود نداشت. با توجه به اینکه اثر متقابل معنادار نبود (۰/۰۵ > ۰/۰۶۲ p= مقدار، $F=۲/۵۲۷$)؛ بنابراین برای مشخص شدن اثرات متفاوت بین بازه‌های اندازه‌گیری از نتایج بین آزمودنی‌ها استفاده شد. بر اساس جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای خستگی روانشناختی

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خستگی روانشناختی	برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت (n=۲۰)	۸۷/۰۰	۴/۰۷	۲۸/۷۵	۴/۷۹	۱۵/۷۵	۱۰/۴۴
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (n=۲۰)	۸۷/۰۵	۶/۲۹	۳۷/۹۰	۲/۳۶	۴۴/۶۰	۹/۷۷
	گروه کنترل (n=۲۰)	۸۳/۸۵	۳/۲۲	۸۴/۶۵	۳/۱۷	۹۶/۲۰	۵/۴۵

جدول ۲- آزمون نرمال بودن توزیع متغیر خستگی روانشناختی در گروه‌های مطالعه

گروه	مرحله	آماره شاپیرو-ویلک		p-مقدار
		قبل از مداخله	بعد از مداخله	
برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت	پیگیری	۰/۹۲۷	۰/۹۴۲	۰/۰۷۱
	قبل از مداخله	۰/۹۲۰	۰/۹۲۳	۰/۳۲۵
	بعد از مداخله	۰/۹۱۷	۰/۹۴۹	۰/۱۰۰
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیگیری	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۱۰۲
	قبل از مداخله	۰/۹۵۱	۰/۹۲۴	۰/۰۸۹
	بعد از مداخله	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۳۳۰
کنترل	پیگیری	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۴۷۳
	قبل از مداخله	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۱۱۸
	بعد از مداخله	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۳۷۸

برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است ($\eta^2 = 0/908$; $p < 0/05$ - مقدار، $F = 562/227$)؛ یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات خستگی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کل، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای خستگی روانشناختی برحسب گروه نشان می‌دهد اثرات اصلی گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل) در خستگی روانشناختی معنادار است ($\eta^2 = 0/926$; $p > 0/05$ - مقدار، $F = 354/759$)؛ یعنی میانگین‌های برآورده‌شده‌ی نمرات خستگی روانشناختی در گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که ۹۲/۶٪ از تغییرات خستگی روانشناختی مربوط به آموزش‌هایی است که از طریق درمان به مشارکت‌کنندگان در پژوهش داده شد. جهت بررسی اثر هر یک از درمان‌های به کار گرفته

شده به صورت مجزا بر متغیر خستگی روانشناختی، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن بود در گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت تغییرات نمره خستگی روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنادار بود ($p < 0/05$ - مقدار). با توجه به نتایج، این بدان معنا است که برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت باعث بهبود خستگی روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شده است. میانگین نمرات در گروه مذکور از مرحله پس‌آزمون به پیگیری معنادار بود ($p < 0/05$ - مقدار) که نشان دهنده ماندگاری کم‌برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت بر متغیر خستگی روانشناختی بوده است. میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری نیز معنادار بود ($p < 0/05$ - مقدار). معناداری نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($p < 0/05$ - مقدار) نشان دهنده بهبود خستگی روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در گروه شناخت درمانی

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای خستگی روانشناختی در گروه‌های مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	p-مقدار	مجزورات انا
درون آزمودنی‌ها	۴۰۰۳۹/۴۳۳	۱/۶۲۸	۲۴۵۸۷/۲۶۲	۵۶۲/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
عامل ۱ (زمان)	۳۵۹/۹۳۳	۳/۲۵۷	۱۱۰/۵۱۳	۲/۵۲۷	۰/۰۶۲	۰/۸۴۷
خطا	۴۰۵۹/۳۰۰	۹۲/۸۲۲	۴۳/۷۳۲	-	-	-
بین آزمودنی‌ها	۲۹۶۵۱/۰۳۳	۲	۱۴۸۲۵/۵۱۷	۳۵۴/۷۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه خستگی روانشناختی هر یک از گروه‌های مطالعه

گروه	مرحله	پس‌آزمون	پیگیری
برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت	پیش‌آزمون	۵۸/۲۵۰*	۳۲/۲۵۰*
	پس‌آزمون	-	-۲۶/۰۰۰*
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۴۹/۱۵۰*	۴۲/۴۵۰*
	پس‌آزمون	-	-۶/۷۰۰*
گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۸۰۰	۰/۶۵۰
	پس‌آزمون	-	۱/۴۵۰

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه خستگی روانشناختی گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری

مرحله	گروه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
پیش‌آزمون	برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت	-۰/۰۵۰	۳/۱۵۰
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-	۳/۲۰۰
مرحله	گروه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
پس‌آزمون	برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت	-۹/۱۵۰*	-۵۵/۹۰۰*
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-	-۴۶/۷۵۰*
مرحله	گروه	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
پیگیری	برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت	۱۰/۱۵۰*	-۲۸/۴۵۰*
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-	-۳۸/۶۰۰*

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

یک از گروه‌ها و با توجه به جدول ۵، حاکی از آن بود که گروه برنامۀ مداخله‌ای فرزندپروری مثبت اثر بیشتری بر خستگی روانشناختی نسبت به گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته است. همچنین معناداری تفاوت گروه برنامۀ مداخله‌ای فرزندپروری مثبت با گروه کنترل و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون مؤید این موضوع است که هر یک از گروه‌های مذکور به تنهایی بر خستگی روانشناختی مادران اثرات مساعدی داشته‌اند ($p < 0.05$).

بحث

نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات خستگی روانشناختی گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اختلاف معنادار آماری وجود داشت. این موضوع نشان‌دهنده اثرات متفاوت دو گروه درمانی مذکور بر خستگی روانشناختی زوجین بود. گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت اثر بیشتری بر خستگی روانشناختی نسبت به گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته است. همچنین معناداری تفاوت گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت با گروه کنترل و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون مؤید این موضوع است که هر یک از گروه‌های مذکور به تنهایی بر خستگی روانشناختی مادران اثرات مساعدی داشته‌اند. این نتیجه با نتایج پژوهش لیائو (Jeong) و همکاران (۲۰۲۱) (۹) و کاهلمن (Kahlmann) و همکاران

مبتنی بر ذهن آگاهی است. میانگین نمرات در گروه مذکور از مرحله پس‌آزمون به پیگیری معنادار بود ($p < 0.05$) که نشان‌دهنده ماندگاری کم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر خستگی روانشناختی بوده است. میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری نیز معنادار بود ($p < 0.05$). در گروه کنترل در هیچ یک از مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شاهد تغییرات معنادار آماری نبودیم ($p > 0.05$).

در این قسمت با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در هر یک از مراحل اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به بررسی میزان تفاوت اثرگذاری هر یک از گروه‌های برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل بر خستگی روانشناختی پرداخته شد. با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت در مرحله پیش‌آزمون بین نمرات خستگی روانشناختی هیچ یک از گروه‌ها اختلاف معنادار آماری وجود نداشت ($p > 0.05$) و تأیید دیگری بر عدم نیاز به کنترل نمرات پیش‌آزمون بود. در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات خستگی روانشناختی گروه برنامه مداخله‌ای فرزندپروری مثبت و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اختلاف معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.05$). این موضوع نشان‌دهنده اثرات متفاوت دو گروه درمانی مذکور بر خستگی روانشناختی زوجین بود. بررسی تغییر نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در هر

آن‌ها با آثار محبت به همراه آموزش تقویت‌های مثبت و منفی می‌تواند سطح آگاهی والدین را نسبت به آثار شیوه فرزندپروری کارآمد ارتقاء بخشد (۳).

از سوی دیگر آموزش شناسایی پاسخ‌های غیرمؤثر والدین به رفتار نادرست کودکان و اصلاح این رفتارها باعث می‌شود که مادران بهتر بتوانند بر رفتارهای نادرست خود کنترل داشته باشند و سعی کنند که رفتارهای کارآمدی را جایگزین کنند. در تکمیل و تقویت این راهبردهای آموزشی، آشنایی مادران با رفتار امن، آن‌ها را متوجه این امر می‌سازد که رفتارهایی مانند بی‌توجهی به کودک، منفی‌گرایی، عدم پاسخ‌گویی به علائم فرستاده شده از سوی کودک و وارد شدن به حریم کودک، رفتارهای نایمنی هستند که ناشی از وجود نوعی دلبستگی نایمن است و می‌بایست در اصلاح این نوع رفتارها گام برداشته شود (۱۰). در تبیینی دیگر، برنامه آموزش مهارت فرزندپروری مثبت باعث افزایش امنیت عاطفی در کودک می‌شود. این امنیت به نوبه خود باعث شکل‌گیری رابطه‌ای سالم بین مادر و کودک می‌شود و در کاهش شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و به دنبال آن افزایش شیوه فرزندپروری قاطعانه و کاهش خستگی روانی مادران نقش بسزایی دارد (۵). برنامه آموزش مهارت فرزندپروری مثبت باعث می‌شود که والدین آغازکننده رابطه با کودک خود باشند و به دنبال آغاز رابطه با کودک خود، پاسخ مثبت بیشتری به او بدهند و از این طریق بتوانند با پیامدهای رفتارهای ایمن آشنا شوند.

محدودیت‌ها

عدم امکان اجرای آموزش در جلساتی که والدین، هر دو در آن شرکت کنند و همچنین عدم امکان افزایش تعداد جلسات برای دستیابی به نتایج دقیق با حداقل ثبات خط پایه و ثبات خط درمان از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود.

پیشنهادات

توصیه می‌شود روان‌شناسان از این برنامه در کنار درمان‌های دیگر و روان‌پزشکان در کنار درمان‌های

(۲۰۲۳) (۱۲) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت داشتن فرزند به‌رغم ایجاد احساس غرور و لذت در مادران، برای آن‌ها تنیدگی‌زا است و موجب چالش‌هایی می‌شود. عوارض منفی ناشی از این چالش‌ها به تجربه اضطراب و افسردگی بیشتر در مادران می‌انجامد (۱۴). از طرفی اگر فرزند دچار اختلال‌های رفتاری نیز باشند، میزان تنیدگی والدین بیشتر خواهد شد. اختلال‌های رفتاری، اختلال‌هایی شایع و ناتوان‌کننده هستند که برای خانواده، محیط و کودک، مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند. مراقبت از کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، منجر به خستگی و کاهش انرژی مادران می‌شود که می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر قابلیت‌های ذهنی و جسمی آن‌ها تأثیر بگذارد و ایجاد الگوهای ناسازگارانه در مادران را به همراه داشته باشد (۷). مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، با مشکلاتی از جمله صرف انرژی و وقت زیاد، انزوای اجتماعی و مشکلات دیگری روبه‌رو هستند. این صرف انرژی، وقت و انزوای اجتماعی منجر به خستگی می‌شود (۹). خستگی به معنای احساس ذهنی از ضعف، کمبود انرژی و فرسودگی است که بر تمام ابعاد زندگی افراد اثر گذاشته و منجر به کاهش عملکردهای فیزیکی، اجتماعی، روانی و... می‌شود. بنابراین می‌توان بیان کرد خستگی مادران که حاصل از گوشه‌گیری و منزوی شدن آن‌ها به دنبال مراقبت از کودکان دارای اختلال و رفتارهای نامناسب کودکان است، منجر به تنیدگی در مادران خواهد شد (۱۶). افزایش دانش و مهارت‌های مادران با شرکت در این برنامه آموزشی باعث می‌شود که مادران درک درستی از ماهیت مشکلات رفتاری کودکان و شیوه‌های رفتاری مناسب با کودکانشان پیدا کنند، نحوه کنترل و مهار رفتارهای چالش‌آفرین کودکانشان را یاد بگیرند، نگرش مثبت‌تری درباره روند پیشرفت کودکانشان داشته باشند و در نهایت استرس و نگرانی‌های آن‌ها درباره شرایط کودکانشان کاهش یابد (۱۳). کاهش استرس و نگرانی بدون شک در افزایش شیوه فرزندپروری قاطعانه و کاهش شیوه‌های سخت‌گیرانه و سهل‌گیرانه مؤثر است. تشریح نیازهای کودک برای مادران و آشنا کردن

DB, Vigod SN, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder in children born to mothers with infertility: a population-based cohort study. *Hum Reprod.* 2022;37(9):2126-2134.

4. Nielsen TC, Nassar N, Shand AW, Jones H, Guastella AJ, Dale RC, et al. Association of Maternal Autoimmune Disease With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *JAMA Pediatr.* 2021;175(3):e205487.

5. Shero N, Pandeya DR. Impact of Crohn's disease during pregnancy on children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;75:103369.

6. Yılmaz Y, Uzun Cicek A. Cognitive Disengagement Syndrome in Mothers of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* 2024;28(9):1267-1274.

7. Evgin D, Caner N, Alimoğlu EB, Sezer Efe Y. Being a parent of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2025;71(1):e20241335.

8. Tusa BS, Alati R, Ayano G, Betts K, Wellesenbet AB, Dachew B. The risk of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring of mothers with perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2024;102:104261.

9. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003602.

10. Skogheim TS, Weyde KVF, Engel SM, Aase H, Surén P, Øie MG, Biele G, et al. Metal and essential element concentrations during pregnancy and associations with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Environ Int.* 2021;152:106468.

11. McCloy K, Hughes C, Dunwoody L, Marley J, Gracey J. Effects of mindfulness-based interventions on fatigue and psychological wellbeing in women with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *Psychooncology.* 2022;31(11):1821-1834.

12. Kahlmann V, Moor CC, van Helmond SJ, Mostard RLM, van der Lee ML, Grutters JC, et al. Online mindfulness-based cognitive therapy for fatigue in patients with sarcoidosis (TIRED): a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2023;11(3):265-272.

13. Menardo E, Di Marco D, Ramos S, Brondino M, Arenas A, Costa P, et al. Nature and Mindfulness to Cope with Work-Related Stress: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(10):5948.

دارویی جهت کمک به والدین از آن استفاده کنند. پیشنهاد می شود مسئولین بهزیستی این برنامه را به مربیان مهدهای کودک، کودکانستان ها و آماذگی ها، جهت ارتقای سطح تعاملات والد-کودک و پیامدهای آن، و در قالب کلاس هایی به والدین آموزش دهند.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت فرزندپروری ایمن به مادران مانند: تشریح نیازهای رشدی کودک، سبک های فرزندپروری، آموزش مهارت های تازه و اصلاح رفتارهای دشوار و مشکل دار و فراگیری چگونگی برقراری رابطه عاطفی و جسمی با کودک و افزایش آگاهی در زمینه مشکلات و علل مشکلات، منجر به بهبود رفتارهای مشکل دار و انحرافی و ایجاد رفتارهای مورد قبول اجتماع و همچنین تغییر نگرش والدین نسبت به رفتار کودکان می گردد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی کرمان و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.KERMAN.REC.1402.093 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

حمید ملایی زرنندی نگارش مقاله و علیرضا منظری توکلی ویرا ستاری مقاله را برعهده داشتند و معصومه کریمی داده ها را تجزیه، تحلیل و آن را تفسیر کرد.

References

1. Kaur M, Floyd A, Balta AM. Oppositional defiant disorder: Evidence-based review of behavioral treatment programs. *Ann Clin Psychiatry.* 2022;34(1):44-58.
2. Huang L, Zhao BY, Li XT, Huang SX, Chen TT, Cheng X, et al. Effects of an online family-focused parenting support intervention on preterm infants' physical development and parents' sense of competence and care ability: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2024;149:104625.
3. Fine A, Dayan N, Djerboua M, Pudwell J, Fell

14. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2020;41:101246.
15. Cullum KA, Goodman SH, Garber J, Korelitz K, Sutherland S, Stewart J. A positive parenting program to enhance positive affect in children of previously depressed mothers. *J Fam Psychol.* 2022;36(5):692-703.
16. Carroll P. Effectiveness of Positive Discipline Parenting Program on Parenting Style, and Child Adaptive Behavior. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(6):1349-1358.