

## Effectiveness of Mindfulness-Based Parenting Educational Program on the Anxiety, Parent-Child Conflict and Parent Self-Agency in Mothers with Oppositional Defiant Disorder Children

Ghazanfari F.<sup>1</sup> *PhD*, Hosseini Ramaghani N.\* *MSc*, Moradiyani Gizeh Rod S.Kh.<sup>1</sup> *MSc*, Panahi H.<sup>1</sup> *MSc*

\*Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

<sup>1</sup>Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

### Abstract

**Aims:** Oppositional defiant disorder that occurs in pre-school or early school-age children and in pre-adolescent stage has a widespread impact on the child, family, teachers and society. The aim of the study was to determine the effect of mindful parenting education program on reducing the anxiety and parent-child conflict and increasing the self-agency of parenting in mothers who have oppositional defiant disorder daughters.

**Materials & Methods:** This semi-experimental study with a pretest-posttest control group was performed during 2015-2016 academic year in 34 mothers of primary school girl students of Noorabad City, Iran, who were suffering from oppositional defiant disorder. The samples were selected by purposeful clustering method and were randomly divided into 2 test and control groups (each had 17 members). The research tools were Child Behavioral Logbook and Teacher Report Form, Beck Anxiety Inventory, Conflict Strategy and Parent Self-efficacy Questionnaires. Mindfulness-based parenting educational program was conducted for the experimental group one 2-hour session a week for 2 months. Data were analyzed by SPSS 23 software using MANCOVA test.

**Findings:** The average of total anxiety, parent-child conflict and parental self-efficacy scores were higher in the experimental group in posttest. After controlling the effect of pre-test scores, there were significant differences between the test and control groups in terms of all variables ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Mindfulness-based parenting educational program reduces the anxiety and parent-child conflict and increases the parental self-efficacy in mothers with oppositional defiant disorder.

### Keywords

Oppositional Defiant Disorder [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68019958>];

Mindfulness [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064866>];

Anxiety [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001007>];

Conflict [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003220>]

---

\* Corresponding Author

Tel: +98 (66) 33120097

Fax: +98 (66) 33120106

Address: Literature & Humanities Faculty, Lorestan University, 5th Kilometer of Tehran Highway, Lorestan Province, Khorramabad, Iran. Postal Code: 68151-44316

[nasrin.ramaghani@gmail.com](mailto:nasrin.ramaghani@gmail.com)

Received: August 22, 2016

Accepted: May 2, 2017

ePublished: July 22, 2017

## اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی

فیروزه غضنفری PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

نسرین‌السادات حسینی رمقانی\* MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

سیده خدیجه مرادپانی گیزه‌رود MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

هادی پناهی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

### چکیده

**اهداف:** اختلال لجبازی-نافرمانی که در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند، تاثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد. هدف مطالعه حاضر، تعیین تاثیر برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و تعارض والد-فرزند و افزایش خودآزمندی والدگری مادران دارای دختر مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی بود.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، ۳۴ نفر از مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر نورآباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ که مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی بودند، به‌روش خوشه‌ای هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش، سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم، پرسش‌نامه اضطراب بک، پرسش‌نامه راهبردهای تعارض و پرسش‌نامه خودآزمندی والدگری بود. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه دوساعته به‌صورت هفتگی و به‌مدت دو ماه برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 و توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری در گروه آزمایش بهبود یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $p < .001$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب، کاهش تعارض والد-فرزند و افزایش خودآزمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** اختلال لجبازی-نافرمانی، ذهن‌آگاهی، اضطراب، تعارض

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۳

\*نویسنده مسئول: nasrin.ramaghani@gmail.com

### مقدمه

لجبازی و نافرمانی از مراحل رشد طبیعی در کودکان است. بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۲ تا ۲۰ ماهگی نمود پیدا می‌کند و در ۳ سالگی به اوج خود می‌رسد و سپس در سال‌های پیش‌دبستانی کاهش می‌یابد[1]. این وضعیت زمانی نیازمند توجه بالینی می‌شود که از نظر تداوم، شدت و فراوانی وضعیتی غیرعادی پیدا کند، به این صورت که با وضعیت رشدی و سنی کودک هماهنگ نباشد[2]. از تداوم و فراوانی این رفتارها باید برای متمایز کردن رفتاری که در محدوده عادی است از رفتاری که بیمارگونه است استفاده شود.

زمانی که این رفتارها با فراوانی زیاد تکرار شوند و حالت شدیدی به خود بگیرند، به نوعی اختلال به‌نام اختلال لجبازی-نافرمانی تبدیل می‌شوند[3].

براساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM V)، اختلال لجبازی-نافرمانی با الگوی خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی/نافرمانی یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگ‌ترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره در می‌روند و خشمگین و زودرنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمدتاً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند و برای اشتباهات و سوء رفتار خود، دیگران را سرزنش می‌کنند. شیوع این اختلال بین یک تا ۱۱٪ است که در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. همچنین شیوع قبل از نوجوانی آن در پسران قدری بیشتر از دختران است[4].

اختلال لجبازی-نافرمانی تاثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد[5]. رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان باعث اختلال در روابط با گروه همسالان و طرد شدن آنها و همچنین منجر به مشکلات یادگیری و نتایج تحصیلی ضعیف می‌شود[6]. وقتی چنین عواملی با تعارض‌های درون‌خانوادگی با والدین و دیگر اعضای خانواده همراه می‌شوند، موجب کاهش عزت نفس، خلق افسرده، تحمل کم برای ناکامی و حملات کج‌خلق می‌شوند. سیر اختلال لجبازی-نافرمانی مزمن و تدریجی است. همچنین پیش‌آگاهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر رشد مشکلات دیگری همچون اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکلیسم و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی هستند[7,8].

از عواملی که در به‌وجود آمدن اختلال لجبازی-نافرمانی دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی کودکان، روابط خانوادگی و تاثیر متقابل شرایط اجتماعی و محیطی اشاره نمود[9] که از مهم‌ترین عوامل در علت‌شناسی اختلال لجبازی-نافرمانی، متغیرهای خانوادگی است. این اختلال در کودکان و نوجوانانی شایع‌تر است که در آنها مراقبت از کودک با چالش‌های مراقبت‌کنندگان مختلف مختل شده یا در خانواده آنها روش‌های فرزندپروری خشن، بی‌ثبات یا مسامحه‌کار رایج است[4].

خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته می‌شود و حتی به‌عقیده بسیاری از روان‌شناسان باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه در خانواده جستجو کرد[10]. از میان اعضای خانواده، مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به‌عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال لجبازی-نافرمانی در کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین (به‌ویژه مادر) و شیوه‌های فرزندپروری آنها دارد[3, 11, 12]. کودکان مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی مشکلاتی در برنامه‌ریزی روزانه خود، بی‌نظمی در زمان خواب، بی‌نظمی در انجام تکالیف مدرسه، رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی زیاد دارند که به‌عنوان یک بار اضافی، باعث افزایش استرس ادراک‌شده توسط والدین می‌شوند[13]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادران کودکانی که اختلال برونی‌سازی شده دارند (از

اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تعارض والد-فرزند و خوداثرمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجی نافرمانی ۲۱۷

مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی، مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله اضطراب و تعارض والد-فرزند بیشتتری را تجربه می‌کنند که در نتیجه این تجربه، احساس شایستگی و خوداثرمندی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی خواهند داشت. این وضعیت منجر به ایجاد یک چرخه معیوب در روابط والد-فرزند و همچنین مشکلات خود والدین می‌شود؛ به این صورت که اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتمادبه‌نفس پایین می‌شوند و به‌تدریج به اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روحی مبتلا می‌شوند و این استرس شدید ناتوانی آنها را برای تربیت موثر تحت تاثیر قرار می‌دهد. همچنین احساس خوداثرمندی ضعیف در والدین به سبک والدگری بی‌ثبات و غیرمقتدر منجر می‌شود که این عوامل منجر به تشدید مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی و مشکلات روان‌شناختی مرتبط با آن در والدین آنها می‌شود<sup>[32]</sup>. بنابراین برای تغییر در شیوه‌های ارتباطی ناکارآمد والد-فرزند، ارتقای سلامت عمومی والدین و در نتیجه افزایش پیامدهای مثبت رفتاری در کودکان، ضرورت توجه به مداخلات درمانی که والدین را مورد هدف قرار دهند، احساس می‌شود. اثر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه اختلالات روان‌شناختی از جمله کاهش استرس و اضطراب دارای حمایت تجربی است<sup>[33, 34]</sup>. لذا هدف مطالعه حاضر، تعیین تاثیر برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و تعارض والد-فرزند و افزایش خوداثرمندی والدگری مادران دارای دختر مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی بود.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است که در بین تمامی مادران دانش‌آموزان دختر سال اول تا ششم (گروه سنی ۶ تا ۱۲ سال) دبستان‌های ابتدایی شهر نورآباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای هدفمند صورت گرفت؛ به این ترتیب که در ابتدا از بین مدارس ابتدایی شهر نورآباد سه دبستان دخترانه به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس به این مدارس مراجعه شد و با مسئولان مدارس انتخابی، در ارتباط با پژوهش و ویژگی‌های دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال شد. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک توسط والدین و ارجاع مجدد آن به مدارس، ۶۸ دانش‌آموز که نمره مشکلات برونی‌سازی شده آنها در سیاهه رفتاری کودکان، بالاتر از نمره برش (نمره ۶۴) بود، انتخاب شدند. سپس به‌منظور تایید نظر والدین فرم گزارش معلم (TRF) توسط معلم دانش‌آموزان مربوطه تکمیل شد. در نهایت ۴۹ دانش‌آموزی که در هر دو ابزار استفاده‌شده نمره بالا گرفته بودند، انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه با توجه به نمره‌های پرسش‌نامه، برای تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه‌ای ۲۰ دقیقه‌ای که در یکی از مدارس انجام شد، شرکت نمایند. سپس با مادران هر یک از کودکان براساس ملاک‌های تشخیصی اختلال لجاجی-ناافرمانی موجود در DSM V، به‌صورت انفرادی مصاحبه‌ای انجام شد تا نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌ها، با مصاحبه تطبیق داده شود و در نهایت ۳۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

جمله اختلال لجاجی-ناافرمانی، احساس موفقیت و خوداثرمندی کمتر و احساس خشم، اضطراب و تعارض والد-فرزند بیشتتری را گزارش می‌دهند و بنابراین سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی دارند<sup>[14-18]</sup>. مشکلات روانی والدین از جمله سطوح بالای استرس، افسردگی و استفاده از راهبردهای حل تعارض پرخاشگرانه بیشتر، می‌تواند علت و پیامد مشکلات رفتاری این گروه از کودکان باشد<sup>[14]</sup>.

از آنجایی که تحقیقات نشان می‌دهند عوامل خانوادگی مثل اضطراب والدین و شیوه‌های ناکارآمد ارتباط بین والد-فرزند در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی نقش مهمی دارند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به اختلال لجاجی-ناافرمانی، غالباً در برخوردهای انضباطی‌شان، والدینی خشن و ناهماهنگ هستند و خوداثرمندی پایینی دارند<sup>[19-21]</sup> که این خوداثرمندی پایین والدین، تاثیر منفی بر فرآیند جست‌وجو و پای‌بندی به درمان کودک دارد<sup>[22]</sup>. لذا از جمله روش‌های موثر به‌منظور پیشگیری از این اختلال، مداخلاتی است که والدین را مورد هدف قرار دهند<sup>[23]</sup>.

از جمله روش‌های موثر برای بهبود سازگاری روان‌شناختی والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی است<sup>[24, 25]</sup>. این رویکرد باعث ارتقای فرزندپروری سالم و سلامت جسمی مادر و کودک و همچنین رشد هیجانی-اجتماعی کودک می‌شود<sup>[26]</sup>.

بیش از سه دهه است که ذهن آگاهی به‌عنوان "قضایوت‌نکردن، هشیاریبودن در لحظه حال، افزایش خودآگاهی و توانایی بازشناسی تجارب به‌منظور جلوگیری از عکس‌العمل‌های عادت‌ی" توصیف می‌شود<sup>[27]</sup>. شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به‌عنوان یک روش موثر برای بهبود سلامت روان مادر-کودک شناخته شده است و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه تمرینات ذهن آگاهی والدین بر کاهش استرس و اضطراب و دیگر هیجانات منفی و پرخاشگرانه در والدین، افزایش هیجانات مثبت در رابطه فرزند-والد، افزایش خوداثرمندی والدین و در نهایت تغییر رفتار پرخاشگرانه کودکان مطرح می‌شود<sup>[24, 25, 28]</sup>. همچنین بررسی تاثیر برنامه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که این برنامه‌ها می‌تواند باعث افزایش کارکرد روابط بین‌فردی و کارآمدی مقابله با استرس در والدین دارای کودکان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی از جمله مشکلات برونی‌سازی شود<sup>[29]</sup>.

علی‌رغم تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن آگاهی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثربخشی استفاده از ذهن آگاهی را در برنامه‌های فرزندپروری مخصوصاً در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلالات برونی‌سازی از جمله اختلال لجاجی-ناافرمانی بررسی کرده باشند<sup>[30]</sup>. طوری که استفاده از ذهن آگاهی در بافت خانواده و به‌طور خاص در رابطه والد-فرزند، از کاربردهای جدید ذهن آگاهی است. بررسی مداخلات فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی نشان می‌دهد که می‌توان از اختلالات روانی کودکان و پیامدهای مرتبط با آن در مادران و همین‌طور از مشکلات فرزندپروری، جلوگیری یا آن را درمان کرد و مانع انتقال اختلال‌های درون‌نسلی از والدین به بچه‌ها شد<sup>[29]</sup>.

هدف برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی، بهبود تاثیر استرس مرتبط با چالش‌های فرزندپروری، با استفاده از تمرین مراقبه ذهن آگاهی، با هدف نهایی ارتقای سلامت و بهزیستی خانواده است<sup>[31]</sup>.

استفاده قرار دادند. این مقیاس شامل ۱۰ آیتم است که ۵ عبارت مثبت و ۵ عبارت منفی دارد و حس کلی والدین از اطمینان را در نقش والد می‌سنجد. ۵ عبارت منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سئوالات به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای است که طیف آن از "به‌ندرت" (با نمره یک) تا "همیشه" (با نمره ۷) است. *طالعی*، آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسش‌نامه را ۰/۷۰ و روایی صورتی آن را مناسب گزارش نموده است [39].

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی

<p><b>جلسه اول</b> فرزندپروری خودکار: تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دوفرنی و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به‌عنوان یک واحد، بیان رابطه بین استرس و تغییرات، تمرین خوردن کشمش، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی (ایجاد وقفه قبل از عمل، در نظر گرفتن فرزند به‌مثابه کشمش)، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع جزوات جلسه اول.</p>
<p><b>جلسه دوم</b> فرزندپروری با ذهنی مبتدی: تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، کشف تجربیات مثبت در رابطه فرزند- والد، ثبت وقایع خوشایند در این رابطه، تمرین نگرش همراه با مهربانی و بدون قضاوت نسبت به فرزند و مشکلات رفتاری او، تمرین مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی.</p>
<p><b>جلسه سوم</b> برقرار کردن ارتباطی جدید با بدن به‌عنوان یک والد: تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از حواس پنج‌گانه، آگاهی از رویدادهای خوشایند، آگاهی از حس‌های بدنی هنگام تجربه استرس فرزندپروری، تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، ثبت رویدادهای استرس‌زا با فرزند، تعیین تکلیف خانگی (تمرین انجام فعالیت‌های ذهن‌آگاهانه با فرزند).</p>
<p><b>جلسه چهارم</b> واکنش در مقابل عدم واکنش به استرس فرزندپروری: تمرین برگ‌های روی رودخانه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آگاهی از استرس فرزندپروری و پذیرش آن، چگونگی تشدید استرس توسط افکار، روشن کردن معایب و مزایای واکنش و عدم واکنش به استرس، انجام مراقبه نشسته، تنفس عمیق و آگاهانه به‌مدت سه دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تعیین تکلیف خانگی.</p>
<p><b>جلسه پنجم</b> طرحواره‌ها و الگوهای فرزندپروری: ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، بازشناسی الگوهای فرزندپروری کودکی والدین، چگونگی تأثیر کیفیت فرزندپروری والدین مادران بر نوع و کیفیت فرزندپروری اکنون آنها، پاسخ‌دادن مهربانانه به احساسات قوی و خشن، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و بازنگری تمرین، قدم‌زدن با ذهن‌آگاهی، تعیین تکلیف خانگی.</p>
<p><b>جلسه ششم</b> تعارض و فرزندپروری: تمرین واریسی بدنی، تمرین قدم‌زدن با آگاهی، بازنگری تکلیف خانگی، بررسی تضادهای والد- فرزند، دیدن موقعیت تعارضی به‌عنوان یک موقعیت چالش‌برانگیز به‌جای یک موقعیت استرس‌زا و دشوار، افزایش آگاهی و پاسخ همراه با مهربانی به تجارب عاطفی مشترک با فرزندان، تمرین سه دقیقه تنفس عمیق و آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی.</p>
<p><b>جلسه هفتم</b> عشق و محدودیت‌ها: تمرین سه دقیقه تنفس عمیق و آگاهانه، بازنگری تکلیف خانگی، دوست‌داشتن همراه با مهربانی، خوددلسوزی، قراردادن محدودیت‌ها و مشخص کردن مرزها به‌صورت آگاهانه، آماده‌شدن برای اتمام دوره، تمرین واریسی بدنی، تعیین تکلیف خانگی.</p>
<p><b>جلسه هشتم</b> فرزندپروری ذهن‌آگاهانه: تمرین دیدن یا شنیدن ۵ دقیقه، مراقبه نشسته، مراقبه عشق‌ورزیدن، تمرین عشق‌ورزیدن، بازنگری تکلیف خانگی، استفاده از بینش و درون‌نگری برای تغییر نگرش به زندگی و فرزندانشان، پیش‌بینی موانع احتمالی عدم موفقیت و پیشرفت در آینده، بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.</p>

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای مادران دانش‌آموزانی که شرایط لازم برای انجام پژوهش را دارا بودند، در اتاق مشاور یکی از مدارس، جلسه معارفه‌ای برگزار شد و طی آن رضایت آگاهانه مادران

در مرحله بعد، پس از اعلام رضایت نمونه‌ها برای شرکت در پژوهش، این ۳۴ نفر به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود این مادران به گروه نمونه، داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال لجبازی- نافرمانی براساس معیارهای DSM V و میزان تحصیلات حداقل دیپلم، و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل وجود علایم روان‌پریشی در مادر و کودک، سابقه سوء مصرف مواد مخدر مادر و غیبت در بیش از یک جلسه از کلاس‌های برنامه آموزشی بود.

برای انجام پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- **سیاهه رفتاری کودک (CBCL)** و **فرم گزارش معلم (TRF):** سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش معلم، دو فرم نظام سنجش مبتنی بر تجربه *آشتنباخ* هستند که به ترتیب توسط والد و معلم، براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شوند. در این پرسش‌نامه‌ها مقیاس‌هایی براساس اختلالات DSM-IV-TR (متن تجدیدنظرشده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، کمبود توجه/بیش‌فعالی، تضادورزی جسورانه و مشکلات هنجاری. سئوالات مقیاس‌های این پرسش‌نامه‌ها به‌صورت سه‌گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً پاسخ داده می‌شوند که به ترتیب نمرات ۲، یک و صفر را دریافت می‌کنند. هنجاریابی این پرسش‌نامه‌ها پس از انطباق‌های لازم به‌لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شد. نتایج نشان دادند که ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرومی مبتنی بر DSM-IV-TR در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای CBCL و از ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ برای TRF است [۳۵].

۲- **پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI):** این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گزینه است که علایم شایع اضطراب (نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی) را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها برای پاسخگویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن با گزینه‌های اصلاً (با نمره صفر)، خفیف (با نمره یک)، متوسط (با نمره ۲) و شدید (با نمره ۳) مشخص می‌کنند. به این ترتیب دامنه نمره فرد می‌تواند از صفر تا ۶۳ در نوسان باشد. طبق راهنمای بک و همکاران [36] کسب نمره صفر تا ۷ نشان‌دهنده اضطراب جزئی، نمره ۸-۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. همسانی درونی این آزمون در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است [37].

۳- **پرسش‌نامه راهبردهای تعارض (CT):** این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سئوال است که سه راهبرد حل تعارض شامل: استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد و توسط *موری‌ای*، *اشتراس* تهیه شده است. این مقیاس دارای سه فرم است که در فرم تعارض با فرزند، ۵ سئوال اول استدلال، ۵ سئوال دوم پرخاشگری کلامی و ۵ سئوال سوم پرخاشگری فیزیکی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره کل نیز به سطح تعارضات موجود اشاره دارد. نمرات بالا در کل مقیاس نشان‌دهنده بالاتر بودن تعارض است. سئوالات پرسش‌نامه روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. پژوهش‌های متعددی در ایران، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس را تایید می‌نمایند. پایایی این پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ و به‌روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۲ گزارش شده است [38].

۴- **پرسش‌نامه خودآزمندی والدگری (PSAM):** اولین بار *دومکا* و همکاران این مقیاس را برای ارزیابی خودآزمندی والدگری مورد

اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجی نافرمانی ۲۹  
 برای شرکت در جلسات مداخله به صورت کتبی جلب شد. همچنین در این جلسه برای شرکت‌کنندگان مواردی شامل رعایت اصل محرمانه‌بودن اطلاعات، در اولویت قرارگرفتن سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان، احترام به درخواست افراد در صورت عدم تمایل به شرکت در روند مداخله و خروج از طرح و ارجاع به روان‌پزشک در صورت بروز بحران یا مشکل نیازمند به درمان دارویی تشریح شد. سپس این مادران به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پیش‌آزمون روی آنها اجرا شد. در مرحله بعد، مادران گروه آزمایش در برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی که طی ۸ جلسه دوساعته به‌صورت هفتگی و به‌مدت دو ماه در روزهای تعیین‌شده برگزار شد، شرکت نمودند و مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. قابل ذکر است که بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه کنترل نیز به‌مدت سه جلسه در برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی شرکت کردند. جلسات گروهی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته از برنامه تدوین‌شده توسط بوگنر و رستیفو<sup>[29]</sup> بود (جدول ۱).

در پایان، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و مفروضه‌های برابری واریانس با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس با استفاده از آزمون M باکس و همچنین همگنی شیب رگرسیون‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران در گروه آزمایش ۲۹/۴۵±۱/۰۶ سال و در گروه کنترل ۲۸/۹۸±۱/۱۵ سال بود. همچنین در گروه آزمایش ۱۱ نفر تحصیلات بالای دیپلم و ۶ نفر تحصیلات دیپلم و در گروه کنترل ۱۰ نفر تحصیلات بالای دیپلم و ۷ نفر تحصیلات دیپلم داشتند. در مرحله پس‌آزمون، گروه آزمایش در میانگین نمرات کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری بهبود یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه از نظر میانگین نمرات کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0.001$ )؛ به این صورت که اندازه اثر برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نمره کلی اضطراب ۰/۵۰، کاهش تعارض والد-فرزند ۰/۳۸ و افزایش خودآزمندی والدگری ۰/۴۰ بود (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات کلی اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمندی والدگری در دو گروه (هر گروه ۱۷ نفر) آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
اضطراب		
پیش‌آزمون	۲۳/۱۱±۹/۱۷	۲۲/۳۵±۹/۹۴
پس‌آزمون	۱۹/۵۸±۸/۹۵	۲۲/۱۷±۱۰/۱۱
تعارض والد-فرزند		
پیش‌آزمون	۳۸/۶۴±۱۵/۱۶	۳۷/۷۰±۱۴/۵۳
پس‌آزمون	۳۵/۵۸±۱۴/۵۱	۳۷/۱۰±۱۳/۹۵
خودآزمندی والدگری		
پیش‌آزمون	۳۲/۹۴±۴/۹۵	۳۲/۷۰±۴/۹۷
پس‌آزمون	۴۰/۵۲±۵/۲۸	۳۳/۴۱±۵/۹۰

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین تاثیر برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم اضطراب، تعارض والد-فرزند و

در جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مادران تشویق می‌شوند تا به تعامل خود با کودک با چشم‌اندازی تازه نگاه کنند و جنبه‌های مثبتی که تاکنون کمتر مورد توجه بوده است را مورد توجه آگاهانه قرار دهند. این مادران تجارب گذشته خود با کودک را در گروه بیان نموده و از اعضای گروه همدلی و بازخورد مثبت دریافت می‌کنند که این بازخوردها خود به آنان انگیزه داده و می‌تواند عاملی برای افزایش شایستگی و خودآزمندی والدگری در آنها باشد<sup>[28]</sup>. از طرف دیگر، توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه به‌خاطر مقصربودن و احساس خشم به‌دلیل مقصدانستن کودکان را کاهش دهد. این امر، این نتیجه را در بر خواهد داشت که با کاهش احساسات منفی، افزایش خودآزمندی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آنها بهبود یابد<sup>[43]</sup>. آموزش ذهن‌آگاهی از طریق فرآیند تنظیم هیجان باعث کاهش علائم جسمانی می‌شود که معمولاً با تجربه اضطراب و تعارض بین مادر و کودک همراه است؛ به این صورت که آموزش ذهن‌آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی، تکنیک واریسی بدن و ذهن‌آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجاجی-نافرمانی (که دایم رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای از خود نشان می‌دهند)، می‌تواند میزان تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی آنان را کاهش دهد، زیرا آنها با آگاه‌شدن از احساسات بدنی و جسمانی خویش طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات و هیجانات فیزیکی و

- within early-starting conduct problems?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(6):657-66.
- 2- Tremblay RE. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(4):341-67.
- 3- Munkvold LH, Lundervold AJ, Manger T. Oppositional defiant disorder-gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(4):577-87.
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 5- Tseng WL, Kawabata Y, Gau SS. Social adjustment among Taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(2):134-51.
- 6- Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Phys*. 2008;78(7):861-6.
- 7- Marmorstein NR. Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *J Anxiety Disord*. 2007;21(3):420-32.
- 8- Ghosh A, Malhotra S, Basu D. Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian J Psychiatry*. 2014;11:8-12.
- 9- Dick DM, Viken RJ, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33(2):219-29.
- 10- Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *J Sch Psychol*. 2014;3(2):253-66. [Persian]
- 11- Lin X, Li L, Chi P, Wang Z, Heath MA, Du H, et al. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse Negl*. 2016;51:192-202.
- 12- Bayrami M. The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles. *J Fundam Ment Health*. 2009;11(2):105-14. [Persian]
- 13- Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *J Abnorm Child Psychol*. 2002;30(6):555-69.
- 14- Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *J Child Fam Stud*. 2015;24(1):76-94.
- 15- Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(3):609-21.
- 16- Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(6):557-72.
- 17- Craig F, Operto FF, De Giacomo A, Margari L, Frolli A, Conson M, et al. Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Res*. 2016;242:121-9.
- 18- Bondy EM, Mash EJ. Parenting efficacy, perceived control over caregiving failure, and mothers' reactions to preschool children's misbehavior. *Child Study J*. 1999;29(3):157-73.

جسمانی بالا برده و این امر منجر به کاهش گزارش تنش‌های جسمانی و در نتیجه آن کاهش احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه‌ای می‌شود که می‌توانست شروع‌کننده یک چرخه معیوب رفتاری در رابطه مادر-فرزند باشد<sup>[14, 31]</sup>.

بنابراین آموزش فرزندپروری همراه با تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی کمک می‌کند تا نسبت به هر نوع احساس استرس و اضطرابی که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه باشند. این به این معنی است که به افکار و احساسات اجازه دهند تا وجود داشته باشند، بدون اینکه به آنها پاسخی داده شود یا سعی بر کنترل و حذف آنها نمایند. اگر چه به نظر می‌رسد این کار به‌خودی‌خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسایل کنار بیایند. به‌جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه‌بودن با "آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی هراس و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به‌وجود می‌آید. در اصل، این فرآیند، یادگیری اعتمادکردن و همراه‌بودن با هیجانات ناخوشایند به‌جای اجتناب یا پاسخ‌دادن و تحلیل‌کردن آنهاست<sup>[44]</sup>.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودبودن نمونه‌ها به گروه مادران دارای دختر مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی و نداشتن مرحله پیگیری آموزش اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات فرزندان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی از جمله استرس و شیوه‌های فرزندپروری ادراک‌شده و رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای آنها مورد بررسی قرار گیرد.

## نتیجه‌گیری

برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش اضطراب، کاهش تعارض والد-فرزند و افزایش خودآزمندی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی-نافرمانی شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان محترم آموزش و پرورش و مدارس سطح شهرستان نورآباد و همچنین مادران گروه نمونه، به‌خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند. تاییدیه اخلاقی: این پژوهش از نظر اخلاقی در شورای پژوهشی گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان تایید شده است. تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است. سهم نویسندگان: فیروزه غضنفری (نویسنده اول)، روش‌شناس/ویرایش مقاله (۳۰٪)؛ نسرين السادات حسینی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه و بحث (۲۵٪)؛ سیده خدیجه مرادیانی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/اجرای برنامه آموزشی (۲۵٪)؛ هادی پناهی (نویسنده چهارم)، تحلیل‌گر آماری (۲۰٪) منابع مالی: هزینه پژوهش توسط نویسندگان تأمین شد.

## منابع

- 1- Waller R, Hyde LW, Grabel AS, Alves ML, Olson SL. Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains

- \_\_\_\_\_ اثربخشی برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، تعارض والد-فرزند و خودآزمایی والدگری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال لجبازی نافرمانی ۲۲۱ disorder. *Aust J Advancement Ment Health*. 2004;3(1):36-43.
- 33- Burnett-Zeigler IE, Satyshur MD, Hong S, Yang A, Moskowitz JT, Wisner KL. Mindfulness based stress reduction adapted for depressed disadvantaged women in an urban Federally Qualified Health Center. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;25:59-67.
- 34- Bamber MD, Schneider JK. Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educ Res Rev*. 2016;18:1-32.
- 35- Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *J Except Child*. 2006;6(1):529-58. [Persian]
- 36- Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. 1991;5(3):213-23.
- 37- Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med J*. 2009;67(5):379-85.
- 38- Askari P, Safarzadeh S. The relationship of emotional adjustment and religious beliefs with strategies for resolving conflict with parents among the students of Ahwaz Azad Islamic University. *Ravanshenasi va Din*. 2014;7(1):81-95. [Persian]
- 39- Talei A, Tahmasian K, Vafai N. Effectiveness of positive parenting program training on mothers' parental self-efficacy. *J Fam Res*. 2011;7(3):311-23. [Persian]
- 40- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615-23.
- 41- Raphiphatthana B, Jose PE, Kielpikowski M. How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory?. *Personal Individ Differ*. 2016;93:104-11.
- 42- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004;57(1):35-43.
- 43- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq*. 2007;18(4):211-37.
- 44- Stahl B, Goldstein E. A mindfulness-based stress reduction workbook. Oakland, California: New Harbinger Publications; 2010.
- 19- Hayes L, Matthews J, Copley A, Welsh D. A randomized controlled trial of a mother-infant or toddler parenting program: Demonstrating effectiveness in practice. *J Pediatr psychol*. 2008;33(5):473-86.
- 20- Siu AF, Ma Y, Chui FW. Maternal Mindfulness and Child Social Behavior: the Mediating Role of the Mother-Child Relationship. *Mindfulness*. 2016;7(3):577-83.
- 21- Van der Oord S, Bögels 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.
- 22- Jiang Y, Gurm M, Johnston C. Child impairment and parenting self-efficacy in relation to mothers' views of ADHD treatments. *J Atten Disord*. 2014;18(6):532-41.
- 23- Dean C, Myers K, Evans E. Communicating-wide implementation of parenting program: The south east Sydney positive parenting project. *Aust J Advancement Ment Health*. 2003;2(3):1-12.
- 24- Coatsworth JD, Duncan LG, Greenberg MT, Nix RL. Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):203-17.
- 25- Turpyn CC, Chaplin TM. Mindful parenting and parents' emotion expression: Effects on adolescent risk behaviors. *Mindfulness*. 2016;7(1):246-54.
- 26- Duncan LG, Baradacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):190-202.
- 27- Orzech KM, Shapiro SL, Brown KW, McKay M. Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *J Posit Psychol*. 2009;4(3):212-22.
- 28- Perez-Blasco J, Viguer P, Rodrigo MF. Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breastfeeding mothers: results of a pilot study. *Arch Womens Mental Health*. 2013;16(3):227-36.
- 29- Bögels S, Restifo K. *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York: Springer; 2014.
- 30- Davis TS. Mindfulness-Based Approaches and their potential for educational psychology practice. *Educ Psychol Pract*. 2012;28(1):31-46.
- 31- 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
- 32- Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant