



## The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on executive function and mental well-being in physically-motor disabled people with psychological distress

Elnaz Shokri Fumshi<sup>1</sup>, Ramzan Hassanzadeh<sup>2\*</sup>, Mohammad Kazem Fakhri<sup>3</sup>

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Sari, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Corresponding author:** Ramzan Hassanzadeh, Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Email:** [hasanzadeh@iausari.ac.ir](mailto:hasanzadeh@iausari.ac.ir)

Received: 2022/10/25

Accepted: 2023/10/15

### Abstract

**Introduction:** Physical-motor disabled people face problems in the field of executive functions and mental well-being and need intervention. The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on executive function and mental well-being in physically-motor disabled people with mental distress.

**Methods:** The design of the research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population was all mild to moderate physical-motor disabilities who had a file in the welfare department of Babol City in 2022. The sample size includes 30 people who were selected by the available sampling method and randomly divided into two experimental groups (15 people) and a control group (15 people) by lottery. The measurement tools included Kessler's psychological disturbance questionnaire, Barkely's executive performance questionnaire, and Ryff's psychological well-being questionnaire. The intervention of cognitive therapy based on mindfulness was implemented in the experimental group for 8 sessions of 90 minutes, once a week, and during this period the control group did not receive any intervention. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and analysis of covariance were used to analyze the data.

**Results:** The results indicated that the mean  $\pm$  standard deviation of the executive performance variable in the experimental group changed from  $8.60 \pm 93.40$  in the pre-test to  $9.69 \pm 117.07$  in the post-test. Additionally, the mental well-being variable in the experimental group changed from  $4.68 \pm 35.87$  in the pre-test phase to  $5.72 \pm 54.60$  in the post-test phase ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** The results of the present study showed that cognitive therapy based on mindfulness has increased the executive function and mental well-being of physically-motor disabled individuals experiencing psychological distress.

**Keywords:** Mental well-being, Cognitive therapy based on mindfulness, Executive function, Physically-motor disabled.



## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی در معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی

الناز شکری فومشی<sup>۱</sup>، رمضان حسن زاده<sup>۲\*</sup>، محمد کاظم فخری<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران  
ایمیل: hasanzadeh@iausari.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۱ / ۸ / ۳

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۷/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** معلولین جسمی-حرکتی با مشکلاتی در زمینه عملکردهای اجرایی و بهزیستی روانی مواجه هستند و نیاز به مداخله دارند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی در معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روانی بود.

**روش کار:** پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه معلولان جسمی-حرکتی خفیف تا متوسط که دارای پرونده در اداره بهزیستی شهرستان بابل در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی با روش قرعه کشی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای اندازه گیری شامل پرسشنامه آشفتگی روان شناختی Kessler پرسشنامه عملکرد اجرایی Barkely و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی Ryff بود. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، هفته ای یکبار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و در این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد میانگین  $\pm 117/07$  به  $9/69 \pm 117/07$  در پس آزمون تغییر یافت. هم چنین در متغیر بهزیستی روانی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون از  $4/68 \pm 35/87$  به  $5/72 \pm 54/60$  در مرحله پس آزمون تغییر یافت ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی شده است.

**کلیدواژه ها:** بهزیستی روانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عملکرد اجرایی، معلولین جسمی-حرکتی.

### مقدمه

معلولیت واقعیتهای انکارناپذیر است و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. درصد قابل توجهی از هر جامعه را افراد دچار معلولیت تشکیل می دهند. با این وجود مفهوم معلولیت توسط

سازمان بهداشت جهانی طبقه بندی بین المللی ناتوانی عملکردی و سلامت: به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب ها و محدودیت های عملکردی، محدودیت های مشارکتی مطرح شده است (۱). معلولین جسمی حرکتی بیشترین فراوانی نوع معلولیت را با ۴۰ تا ۵۰ درصد به

تلقى و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت از مشخصه‌های فرد سالم است (۹). ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد می‌داند. ابعاد بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رابطه مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد)، زندگی هدفمند (داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (به این معنا که استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به‌ویژه مسائل زندگی روزمره می‌باشد (۱۰))

هم‌راستا با درمان‌های پزشکی و تخصصی برای کاهش علائم جسمانی در بیماری‌های روان‌تنی، درمان‌های روان‌شناختی نیز موج جدیدی از تأثیرگذاری را ایجاد کردند. درمان‌های موج سوم که به درمان‌های پذیرش موسوم هستند، یکی از شاخه‌های درمان‌های جدید روان‌شناختی می‌باشند و ذهن آگاهی یکی از رویکردهای موج سوم است که یک مداخله تأثیرگذار برای کاهش و بهبود عارضه‌های روان‌شناختی بیماری‌های مزمن است که جان کابات زین آن را جهت کاهش استرس و نشانه‌های درد به کاربرد (۱۱) ذهن آگاهی درمان مراقبه‌ای از ترکیب مراقبه ذهن آگاهی بودایی و تمرین‌های روان‌شناختی و بالینی عصر جدید است. شامل مجموعه‌ای از فنون و روش‌هایی است که فرد بدون قضاوت و هوشیارانه و بدون ارزیابی با حوادثی که در زمان حال رخ می‌دهد روبرو می‌شود. بودن در لحظه حال و بدون قضاوت است. در این نوع درمان، افراد یاد می‌گیرند تا فقط مشاهده‌گر جریان‌های ذهنی، احساسات، افکار و حس‌های بدنی

خود اختصاص می‌دهند. در کل دنیا ۶۰۰ میلیون معلول وجود دارد و در کشور یک میلیون و ۸۰۰ هزار نفر معلول در مجموعه بهزیستی وجود دارد (۲) تعریف عدم معلولیت و معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی تبیین می‌شود. زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است و فرد معلول را از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر عوامل اجتماعی و فرهنگی می‌باشد باز می‌دارد (۳). معلولیت‌های جسمی را، آن ویژگی‌هایی که مانع بروز توانایی جسمی یا بدنی کارآمد در فرد می‌شوند تعریف نمود. معلولیت‌های جسمی-حرکتی، علاوه بر محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کاربردی در فرد ایجاد می‌کنند، ممکن است موجب تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد. افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی-رفتاری روبرو هستند (۴).

معلولین جسمی-حرکتی مشکلات اساسی در عملکرد اجرایی دارند و به همین علت ناکامی بیشتری را تجربه می‌کنند (۵). عملکرد اجرایی مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی سطح بالا هستند که به کودکان کمک می‌کنند تا فعالیت‌های خود را برنامه‌ریزی کرده و آن‌ها را سازمان دهند، احساساتشان را مدیریت کنند، بر افکارشان نظارت داشته باشند و رفتارهایشان را در بهترین حالت تنظیم کنند (۶). بر این اساس، کارکردهای اجرایی با ظرفیت‌هایی که دارد در فرآیند یادگیری و در زندگی روزانه و فرآیند تحصیلی کودک از اهمیت خاصی برخوردار است (۷). به عبارت دیگر کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، شامل خودگردانی، خودآغازگری، برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، حافظه کاری، سازماندهی، ادراک پویا از زمان، پیش‌بینی آینده و حل مسئله است که در فعالیت‌های روزانه و تکالیف روزانه یادگیری به کودکان کمک می‌کند (۸).

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روانشناسی مثبت نگر رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل عملکرد روانشناسی مثبت

خود باشند که ممکن است احساسات منفی (نظیر ترس و تشویش، افکار فاجعه پندار و نشخوار فکری در مورد آینده) و حس‌های بدنی منفی (مانند درد ناشی از بیماری‌های مزمن) را در پی داشته باشد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد یاد بگیرند که احساسات و افکار خود را بدون ارزیابی مشاهده‌گر باشند و از مکانیسم‌های اجتناب استفاده نکنند و خود را مغلوب آن‌ها ندانند (۱۲).

در مطالعات طریفی و همکاران (۱۳)، Semple (۱۲) و Koncz و همکاران (۱۴) تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعات بحرینی و همکاران (۱۵)، Sulosaari و همکاران (۱۶) تاثیر درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانی مورد تایید قرار گرفت.

با توجه به آن چه بیان شد و عدم پژوهشی درد اخل کشور که همه متغیرهای این پژوهش را در یک مطالعه بررسی کند، بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی بود.

## روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه معلولین جسمی-حرکتی دارای پرونده در اداره بهزیستی شهر بابل در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی با روش قرعه‌کشی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. در این پژوهش ریزش آزمودنی‌ها وجود نداشت. روش انجام تحقیق بدین صورت بود که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی شهر بابل و بررسی پرونده‌های موجود، افرادی با معلولیت خفیف تا متوسط بودند؛ شناسایی شدند و بین آن‌ها پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی Kessler (۲۰۰۲) توزیع گردید. افرادی که نمره بالاتر از نمره برش پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (نمره برش ۸) کسب نمودند؛ به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. گروه آزمایش و کنترل در جلسه اول

مداخله در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند و در جلسه آخر مداخله، پرسشنامه‌ها را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: نمره‌ای بالاتر از نمره برش پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (نمره ۸) را کسب نمودند، آن‌ها بین ۲۰ تا ۵۰ سال باشد، سابقه بیماری خاص جسمی و روان‌شناختی حاد نداشته و تحت مشاوره نباشند و حداقل دارای تحصیلات دیپلم باشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: ۱- عدم همکاری فرد تا انتهای درمان ۲- غیبت مکرر (۳ جلسه) در طول دوره درمان.

جهت رعایت اصول اخلاقی، ابتدا هدف از اجرای تحقیق برای شرکت‌کنندگان شرح و رضایت آن‌ها برای شرکت در ارزیابی‌ها جلب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده و نام آن‌ها، بصورت محرمانه است. افرادی در مطالعه پذیرش شدند که علاقه و تمایل به شرکت در مطالعه راداشتند. ارزیابی‌ها فاقد هرگونه ضرری برای فرد بودند و هیچ گونه مخارج و هزینه‌ای برای شرکت‌کنندگان در بر نداشتند؛ در صورتی که در خلل جلسات، فرد مایل به ادامه‌ی همکاری نبود، ممانعتی به عمل نمی‌آمد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه عملکرد اجرایی: این پرسشنامه یکی از جدیدترین ابزارهای سنجش کنش‌های اجرایی است که بر مبنای نظریه عصب روان‌شناختی توسط بارکلی (۲۰۱۱) تدوین شده است (۱۷). این مقیاس ۸۹ سؤالی یک ابزار خود گزارشی است که برای محدوده سنی ۱۸ تا ۸۱ سال قابل اجرا بوده و پاسخ‌گویی به آن و مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز یا به ندرت=۱، بعضی اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴) می‌باشد. مقیاس مذکور شامل پنج خرده مقیاس است که این خرده مقیاس‌ها ۵ کنش اجرایی خود مدیریتی زمان (سؤال ۱ تا ۲۱)، خود سازماندهی/ حل مسئله (از سؤال ۲۲ تا ۴۵)، خودکنترلی/بازداری (سؤال ۴۶ تا ۶۴)، خود انگیزشی (سؤال ۶۵ تا ۷۶) و خود نظم جویی هیجان (سؤال ۷۷ تا ۸۹) را اندازه‌گیری می‌کنند. حداقل نمره ۸۹ و حداکثر نمره ۳۵۶ بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس برای بیانگر نارسایی بیشتر در آن کنش اجرایی می‌باشد این پرسشنامه دارای اعتبار خوب و روایی مطلوب می‌باشد و ابزار مناسبی جهت سنجش نارسا کنش مرزی است. برای کل مقیاس ضریب

درونی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۵۵ گزارش شده است و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تایید قرار گرفت (۱۸). بحرینی و همکاران، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی مورد سنجش قرار داده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های فرعی در دامنه‌های بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمده است و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تایید قرار گرفت (۱۵). در این پژوهش میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود ۰/۸۶، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۹، خودمختاری یا استقلال ۰/۸۴، تسلط بر محیط ۰/۸۶، زندگی هدفمند ۰/۸۱ و رشد فردی ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی:** این پرسشنامه توسط Kessler و همکاران در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سؤالی تدوین شده، ویژه‌ی شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و وضعیت روانی را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه، به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه تا هرگز) است و بین صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ برش ۸ را برای تمایز سالم از بیمارو آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ برآورد شده است و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شد (۱۹). وزیری و همکاران در یک مطالعه، پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۰) و با روش دو نیمه سازی ۰/۸۶ بدست آوردند. آن‌ها با بدست آوردن همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی اعتبار این آزمون را ۰/۸۰۳ گزارش کرده‌اند (۲۰). در این پژوهش میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

#### پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی توسط متخصص روانشناسی که دوره آموزشی لازم در خصوص شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دیده بود در مرکز مشاوره گام طلایی شهر بابل اجرا شد. در این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است (۲۱، ۲۰).

آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس خود مدیریت زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ می‌باشد. هم چنین ضرایب اعتبار باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس خود مدیریت زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۸ و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شده است (۱۷). در پژوهش طریفی و همکاران، میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس خود مدیریت زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شده است (۱۳). در این پژوهش میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس خود مدیریت زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۸۴ به دست آمد.

**مقیاس بهزیستی روانشناختی:** در سال ۱۹۸۹ توسط Ryff طراحی شده است. فرم اصلی این پرسشنامه ۱۸ گویه دارد و نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد؛ حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می باشد و دارای ۶ مؤلفه و برای هر مؤلفه ۳ سوال و یک نمره کل می باشد. در این مقیاس، سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود و بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند و شامل ۶ مؤلفه می باشد: پذیرش خود (سوالات ۲، ۸، ۱۰)، روابط مثبت با دیگران (سوالات ۳، ۱۱، ۱۳)، خودمختاری یا استقلال (سوالات ۹، ۱۲، ۱۸)، تسلط بر محیط (سوالات ۱، ۴، ۶)، زندگی هدفمند (سوالات ۵، ۱۴، ۱۶) و رشد فردی (سوالات ۷، ۱۵، ۱۷) است. در نسخه اصلی پرسشنامه، ضریب همسانی

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسات      | اهداف                                               | فعالیت ها و محتوای جلسات                                                                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | هدایت خودکار                                        | اجرای پیش آزمون و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، بیان قوانین و ارائه مطالب کلی، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واری بدن                                                                                  |
| جلسه دوم   | رویارویی با موانع                                   | مراقبه واری بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرینهای افکار و احساسات                                                                                                                                             |
| جلسه سوم   | تنفس با ذهن آگاهی                                   | حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت                                                                                                                           |
| جلسه چهارم | ماندن در زمان حال                                   | ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تحریف های شناختی                                                                                                                |
| جلسه پنجم  | پذیرفتن و اجازه حضور                                | مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش بینی های قبلی                                                                                                                                  |
| جلسه ششم   | افکار حقایق نیستند                                  | مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگا ههای جایگزین                                                                                                                 |
| جلسه هفتم  | چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم           | مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها، شناسایی ارتباط بین فعالیت و خلق، راه حل آفرینی سازنده                                                                                                  |
| جلسه هشتم  | چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم گیری های آینده | تمرین واری بدن، بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه و برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور درحال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی و تقدیر و قدرانی و پس آزمون |

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و از روش های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از معلولین جسمی-حرکتی با پریشانی روان شناختی شهر بابل شرکت داشته اند که به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۸/۰۴ سال و در گروه کنترل ۴۰/۲۱ سال بود. در گروه

آزمایش ۴۰ درصد (۶ نفر) مجرد و ۶۰ درصد (۹ نفر) متأهل و همچنین در گروه کنترل ۳۳/۳۳ درصد (۵ نفر) مجرد و ۶۶/۶۶ درصد (۱۰ نفر) متأهل بودند. برای تحلیل داده ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع داده ها در مورد همه متغیرها نرمال می باشد. آزمون لوین نیز نشان داد که برابری واریانس ها در مورد تمام متغیرها در دو گروه رعایت شده است. نتایج شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در زمان های مختلف به تفکیک گروه

| گروه          | متغیر     | کنترل      | آزمایش      |
|---------------|-----------|------------|-------------|
| عملکرد اجرایی | پیش آزمون | ۸/۸۷±۹۴/۸۷ | ۸/۶۰±۹۳/۴۰  |
|               | پس آزمون  | ۸/۰۲±۹۲/۵۳ | ۹/۶۹±۱۱۷/۰۷ |
| بهزیستی روانی | پیش آزمون | ۴/۶۲±۳۶/۲۷ | ۴/۶۸±۳۵/۸۷  |
|               | پس آزمون  | ۴/۵۳±۳۷/۵۶ | ۵/۷۲±۵۴/۶۰  |

و بهزیستی روانی در دوره های پس آزمون نسبت به پیش آزمون این متغیرها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است.

بر اساس اطلاعات جدول ۲، بررسی میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که نمرات متغیرهای عملکرد اجرایی

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عملکردهای اجرایی و بهزیستی روانی معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی

| متغیر            | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | اندازه اثر |
|------------------|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| عملکردهای اجرایی | درون گروهی    | ۲۹۷/۰۶۷       | ۱          | ۲۹۷/۰۶۷         |       |              |            |
|                  | بین گروهی     | ۹۵۲/۶۲۲       | ۲۸         | ۳۲/۸۴۹          | ۹/۰۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۷۱      |
|                  | کل            | ۱۲۴۹/۶۸۹      | ۲۹         | ۴۳/۰۹۲          |       |              |            |
| بهزیستی روانی    | درون گروهی    | ۴۷۵/۸۸۹       | ۱          | ۴۷۵/۸۸۹         |       |              |            |
|                  | بین گروهی     | ۹۸۶/۷۵۶       | ۲۸         | ۳۵/۲۴۱          | ۱۳/۵۱ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۴۸      |
|                  | کل            | ۱۴۶۲/۶۴۵      | ۲۹         | ۵۰/۴۳۶          |       |              |            |

نتایج جدول ۳، F مشاهده شده در سطح تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای عملکردهای اجرایی و بهزیستی روانی معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، بین میانگین متغیرهای عملکرد اجرایی و بهزیستی روانشناختی در گروه مداخله در مراحل پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معناداری مشاهده شد.

## بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی در معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی در معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روانی تأثیر داشت. یافته‌های پژوهش حاضر با سایر مطالعات همسو بود. طریفی و همکاران (۱۳)، در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری همراه با گروه در دانش‌آموزان پسر نارساخوان پایه چهارم ابتدایی نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی تأثیر داشت. همچنین و Koncz و همکاران (۱۴)، در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون در ۵۰ پسر پایه اول با سطح کورتیزول پایین، دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش عملکرد اجرایی شده است. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، عملکردهای اجرایی، ساختارهای شناختی بوده و از آن‌ها برای توضیح رفتارهایی استفاده می‌شود که ظاهراً وابسته به عملکرد لوب پیشانی هستند. در مداخله ذهن آگاهی هدف از تأکید بر فرآیندهای عالی روانشناختی این است چگونه افراد به

مهار ارادی رفتار و افکار و هیجان بپردازند. در این روش درمانی افراد یاد می‌گیرند چگونه بر توجه مداوم تمرکز کنند. توجه تأثیر چشم‌گیری در حافظه فعال دارد. پس تمرینات ذهن آگاهی که شامل تمرین‌ها و مهارت‌هایی جهت بهبود توجه است می‌تواند باعث بهبود حافظه فعال شود. همچنین تلاش‌های مداوم جهت حفظ توجه به یکی از جنبه‌های تجربه کنونی، می‌تواند مانع حواس پرتی و در نتیجه بهبود توانایی‌های شناختی از جمله بهبود حافظه فعال و توانایی برنامه‌ریزی شود (۱۳). در حین انجام تمرینات ذهن آگاهی تغییراتی در اتصالات فعالیت مناطق مختلف مغزی به ویژه در قشر پیشانی صورت می‌گیرد. تغییرات لوب پیشانی در اثر انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند باعث بهبود عملکردهای اجرایی که وابسته به عملکرد لوب پیشانی بوده، شود. همچنین از آنجا که عملکردهای اجرایی به نوعی به فرآیند کنترل ذهن و توانایی کنترل جسم و شناخت و هیجان برای هدایت رفتار اشاره دارد کسب توانایی کنترل ذهن و جسم می‌تواند بر بهبود عملکردهای اجرایی اثربخش باشد. ذهن آگاهی تمرینی برای آگاه شدن از زمان حال و حضور در لحظه است؛ بدون قضاوت و با تمامیت؛ بدون چرخه زدن در گذشته یا موکول کردن به آینده؛ از این رو معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان‌شناختی در این درمان یاد می‌گیرند که چگونه در موقعیت‌های مختلف ذهن آگاه باشند و هیجانات خود را کنترل کنند. آن‌ها می‌توانند این مهارت آموخته شده را بارها و بارها در طول روز و در حین انجام کارها و فعالیت‌های مختلف، تمرین و اجرا کنند (۱۴).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانی در معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روانی تأثیر داشت.

یافته های پژوهش حاضر با سایر پژوهش ها همسو بود. بحرینی و همکاران (۱۵)، در یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون در دانش آموزان نوجوان دختر دچار نشانگان اختلال بد ریخت انگاری بدن نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانی تاثیر دارد. هم چنین Sulosaari و همکاران (۱۶)، در یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون در ۳۰ پرستار، دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش بهزیستی روانی پرستاران شده است. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این فرضیه باید گفت که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتار منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می کند و با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی روانشناختی فرد ایجاد نماید. در واقع ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی، که می تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و زندگی را غنا بخشد و معنادار کند. در واقع درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن- آگاهی به معلولین جسمی حرکتی دارای پریشانی روان شناختی کمک می کند تا یاد بگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران ای به علائم هشدار دهنده نشان دهند (۱۵)، از طرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پردازش کنترل شده و توجه لحظه به لحظه تاکید می کند و به افراد کمک می کند تا به این توانمندی برسند که بدون سوگیری و قضاوت با محرک های درونی و بیرونی مواجه شوند و ارزیابی مناسبی در مقابل مشکلات داشته باشند که داشتن ارزیابی مناسب برای حل مشکلات باعث بهبود بهزیستی روانی و کاهش آثار آسیب و ضربه های روحی و روانی می گردد و فرد بعد از رویارویی با این مشکلات در مدت کوتاهی می تواند به سازگاری و تعادل مجدد دست پیدا کند. این درمان سبب می شود افراد با اتخاذ روش های مناسب برای ارتباط بهتر با مشکلات زندگی بر غنای زندگی خود بیفزایند و خود مشاهده گری را در خود افزایش دهند و با ترس و اضطراب خود کنار بیایند و با کنار گذاشتن

پردازش خودکار سعی در کنترل پردازش ها و درک حالاتی مثل اضطراب، ترس، استرس و افسردگی داشته باشند. در واقع انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توام با هوشیاری و در نهایت رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه های روانشناختی می شود. در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت هایی مثل اضطراب افزایش می یابد، در نتیجه فرد می تواند خود را از الگوهای رفتاری ناکارآمد اتوماتیک وار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد آن ها، دیگر با حالت هایی مثل اضطراب و ترس با آن ها مواجه نشود، بلکه می تواند از اطلاعات برخاسته از این حالت ها استفاده کند که معمولاً با هیجانات مثبت همراه است و در نتیجه بدین صورت می تواند بهزیستی روانشناختی خود را افزایش دهد (۱۶).

به علت محدودیت زمانی و دسترسی به سایر مراکز درمانی جامعه پژوهش تنها به معلولین جسمی- حرکتی بهزیستی شهرستان بابل محدود شده بود. این پژوهش صرفاً برای معلولین جسمی- حرکتی خفیف تا متوسط انجام گردید و امکان غربالگری در بین کل مددجویان بهزیستی به علت محدودیت زمانی و شرایط توان خواهان و مددجویان وجود نداشت بنابراین این نکته می تواند قابلیت تعمیم پذیری نتایج پژوهش را کاهش دهد. عدم وجود دوره پیگیری یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش بود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان پیشنهاد داد که پژوهش در سایر شهرها و با حجم نمونه بیشتری انجام گیرد تا قابلیت تعمیم پذیری آن افزایش پیدا کند. دوره های پیگیری نیز وجود داشته باشد. از سایر درمان های روان- شناختی جهت کاهش مشکلات معلولین جسمی- حرکتی استفاده گردد. همچنین کارمندان سازمان بهزیستی در این زمینه ها آموزش ببینند و در مراکز درمانی توجه بیشتری به روان درمانی شود.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های تحقیق حاضر می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی معلولین جسمی- حرکتی دارای پریشانی روان شناختی مؤثر است و نیازمند توجه هر چه بیشتر روانشناسان، مشاوران و مسئولان

اسلامی واحد ساری می باشد. بدین وسیله از کلیه معلولین جسمی-حرکتی دارای پریشانی روان شناختی شهر بابل که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند قدردانی می شود.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

### References

1. Panuccio F, Berardi A, Marquez MA, Messina MP, Valente D, Tofani M, Galeoto G. Development of the Pregnancy and Motherhood Evaluation Questionnaire (PMEQ) for evaluating and measuring the impact of physical disability on pregnancy and the management of motherhood: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*. 2022; 44(8):1474-80. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1802520>
2. Sabzmanesh Jafari S, Amraei K, Hasanzadeh N. The Effectiveness of Family Resilience Training on Psychological Hardiness of Mothers of children with Disability. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021; 7 (4) :29-37.
3. Baruch L, Bilitzky-Kopit A, Rosen K, Adler L. Cervical Cancer Screening Among Patients with Physical Disability. *Journal of Women's Health*. 2022; 31 (8):1173-8. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0447>
4. Sharifi M, Kakabaraei K, Afshariniya K. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on cognitive emotion regulation in individuals with physical and motor disabilities. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2022; (): -.
5. Fidler DJ, Lanfranchi S. Executive function and intellectual disability: Innovations, methods and treatment. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2022; 66 (1-2):1-8. <https://doi.org/10.1111/jir.12906>
6. Cordova M, Shada K, Demeter DV, Doyle O, Miranda-Dominguez O, Perrone A, Schifsky E, Graham A, Fombonne E, Langhorst B, Nigg J. Heterogeneity of executive function revealed by a functional random forest approach across ADHD and ASD. *NeuroImage: Clinical*. 2020;26 (4):1022-45. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102245>

مرتبط با بهداشت روان معلولین بر اهمیت مداخلات و آموزش های روان شناختی در افزایش سلامتی این افراد می باشد.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول و دارای کد اخلاقی IR.IAU.SARI.REC.1401.003 از دانشگاه آزاد

7. Hain L. Exploration of specific learning disability subtypes differentiated across cognitive, achievement, and emotional/behavioral variables. Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia. 2019.
8. Soga K, Masaki H, Gerber M, Ludyga S. Acute and long-term effects of resistance training on executive function. *Journal of Cognitive Enhancement*. 2018; 2 (2):200-7. <https://doi.org/10.1007/s41465-018-0079-y>
9. Moore S, Satel J, Pontes HM. Investigating the role of health factors and psychological well-being in Gaming Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2022; 25 (2):94-100. <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0050>
10. Taziki T, Momeni KM, Karami J, Afrooz A. The Effect of a Mindfulness-based Intervention on Quality of Life and Psychological Well-being of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2022; 12 (45): 1-26.
11. Kozlov E, McDarby M, Pagano I, Llaneza D, Owen J, Duberstein P. The feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an mHealth mindfulness therapy for caregivers of adults with cognitive impairment. *Aging & Mental Health*. 2022; 26 (10): 1963-70. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1963949>
12. Sedighi K, Saffarian Toosi M, Khadivi G. Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy on Anxiety and Depression of Divorce Women. *RBS*. 2021; 19 (1) :149-160. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1090-en.html> <https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.149>
13. Toreyfi Hosseini H, Shehni yailagh M, Haji Yakhchali AR, Allipour S. Effectiveness of Empowerment Program Based on Self Regulation Executive Functions on Reading Performance of Dyslexic Primary School

- Students. *Neuropsychology*. 2019; 5 (17): 25-42.
14. Koncz A, Kassai R, Demetrovics Z, Takacs ZK. Short Mindfulness-Based Relaxation Training Has No Effects on Executive Functions but May Reduce Baseline Cortisol Levels of Boys in First Grade: A Pilot Study. *Children*. 2022 ; 9 (2):203. <https://doi.org/10.3390/children9020203>
15. Bahreini Z, Kahrazehi F, Nikmanesh Z. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Positive and Negative Emotions in Adolescent Girls with Body Dysmorphic Syndrome. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2022; 8 (2) :64-79. URL: <http://ijrn.ir/article-1-685-fa.html>
16. Sulosaari V, Unal E, Cinar FI. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. *Applied Nursing Research*. 2022; 15 (4):151-56. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151565>
17. Barkley RA. Barkley deficits in executive functioning scale--children and adolescents (BDEFS-CA). Guilford Press; 2012 May 9. <https://doi.org/10.1037/t37378-000>
18. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008;9 (7):13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
19. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002; 32 (6): 959-76. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
20. Vaziri S, Kashani FL, Jamshidifar Z, Vaziri Y. Brief report: The identity style inventory-validation in Iranian college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 12 (8):316-20. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.163>
21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.