




Research Article

## Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy

Mohammad Khorrami <sup>1</sup> , Seyed Hamid Atashpour <sup>2,\*</sup> , Mozhgan Arefi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph.D Student of General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

\* **Corresponding author:** Seyed Hamid Atashpour, Associate Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: [hamidatashpour@gmail.com](mailto:hamidatashpour@gmail.com)

DOI: [10.29252/nkjmd-12019](https://doi.org/10.29252/nkjmd-12019)

### How to Cite this Article:

Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**12**(1):63-72. DOI: [10.29252/nkjms-12019](https://doi.org/10.29252/nkjms-12019)

Received: 09 Mar 2019

Accepted: 01 Sep 2019

### Keywords:

Mothers of Cerebral Palsy  
Meta-Cognitive Therapy  
Mindfulness-Based Cognitive  
Therapy  
Psychological Well-Being  
Mental Vitality  
Resilience

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, mental agility and resilience of mothers of children with cerebral palsy. The statistical population of this study included all mothers of children with cerebral palsy in North Khorasan Province in 2017 and 2018.

**Methods:** Samples were selected by simple random sampling method (39 people) Then, they were randomly divided into two experimental groups (13 in the Mindfulness-Based Cognitive Therapy group and 13 in the metacognitive therapy group) and one in the control group (13 people). The pre-test was used from Reef Psychological Well-Being Questionnaire, Conner-Davidson Resilience Scale, Ryan's and Friedrich's mental regression scales. In the next step, the Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognition Therapy in 8 sessions and once a week For two hours was performed on examination Group and control group didn't received any intervention. Then, the post-test was completed for all three groups. Eventually, after two months, all three groups were evaluated And the necessary data were collected And analyzed by repeated measures of variance analysis.

**Results:** The results showed a significant difference between the two groups of meta-cognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy whit control group on the Variables of subjective well-being and Mental vitality. However, this difference was not significant in the resilient variable. Also, comparing Between the two treatments of mindfulness and metacognition on the present research variables, showed no significant difference between the two groups.

**Conclusions:** According to the findings, in order to increase the level of psychological well-being and mental vitality of mothers of children with cerebral palsy, meta-cognitive and mindfulness training should be paid more attention.



## مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی

محمد خرمی<sup>۱</sup>، سید حمید آتش پور<sup>۲\*</sup>، مژگان عارفی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول: سید حمید آتش پور، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: hamidatashpour@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-12019

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۸	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۰	مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی بر بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی انجام شد.
واژگان کلیدی: مادران کودکان فلج مغزی درمان فراشناخت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهزیستی روانشناختی نشاط ذهنی تاب آوری	روش کار: نمونه‌ها به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده برگزیده (به تعداد ۳۹ نفر) و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۳ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۳ نفر در گروه درمان فراشناختی) و یک گروه کنترل (۱۳ نفر) تقسیم شدند. در پیش آزمون از پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف مقیاس تاب آوری کونر- دیویدسون، مقیاس نشاط ذهنی موقعیتی ریان و فریدریک استفاده شد. در مرحله‌ی بعد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. سپس پس آزمون برای هر سه گروه تکمیل گردید. نهایتاً پس از دو ماه مجدداً هر سه گروه مورد سنجش قرار گرفتند و داده‌های لازم گردآوری و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.
	یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه درمان فراشناختی و شناخت درمانی بر مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیرهای بهزیستی و انباشتگی و نشاط ذهنی وجود دارد. ولی، در متغیر تاب آوری این تفاوت معنادار نبود. همچنین در مقایسه دو درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر متغیرهای پژوهش حاضر نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه بود.
	نتیجه گیری: با عنایت به یافته‌های بدست آمده، به منظور افزایش سطح بهزیستی روانشناختی و نشاط ذهنی، مادران کودکان فلج مغزی باید مداخلات فراشناخت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توجه بیشتری مبذول گردد.

### مقدمه

بستری شدن و مراقبت از آن‌ها در بیمارستان تا ۴۴ درصد کاهش می‌یابد [۵].

کودکان فلج مغزی محدودیت عمده‌ای در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام و توانایی تحرک (mobility) دارند. این محدودیت‌ها منجر به نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت می‌شود که فراتر از نیاز کودکان با رشد طبیعی در زمان رشد خود است. مراقبت از کودک از وظایف والدین کودک است، اما این نقش در کودکان با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی مدت بسیار متفاوت می‌شود [۶]. بدین ترتیب، ناتوانی کودک که تنها زندگی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷]، بلکه وجود یک عضو که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت متفاوتی است می‌تواند نیروی خانواده و به ویژه "مادر" را بر خود متمرکز گرداند [۱].

فلج مغزی (cerebral palsy) شایع‌ترین ناتوانی حرکتی مزمن و عارضه عصب شناختی در کودکان است که در نتیجه یک ضایعه غیر پیشرونده به مغز در حال رشد حادث می‌شود. این ضایعه ممکن است قبل، حین و یا بعد از تولد رخ دهد که اغلب همراه با اختلالات حسی، درکی، شناختی، ارتباطی، رفتاری و هم چنین صرع و مشکلات عضلانی اسکلتی است و باعث محدودیت در فعالیت‌ها و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود [۱]. شیوع فلج مغزی در دنیا ۲-۳ در هزار و در ایران حدود ۲/۰۶ گزارش شده است [۲، ۳]. برخی محققین، تعداد افراد مبتلا به این بیماری‌ها را تا سال ۲۰۵۰ بالغ بر ۱۶۷ میلیون نفر و هزینه‌های درمانی آن‌ها را ۷۹۷ میلیارد دلار در سال تخمین زده‌اند [۴]. اما در برخی از مطالعات، مشخص شده است که در صورت مراقبت مناسب از این بیماران در منزل، هزینه‌های

نوعی آگاهی یابی خفیف و منفعلانه از افکار منفی و رها کردن نگرانی و به تعویق انداختن نشخوار فکری است و به طور ویژه به چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی تاکید می‌شود [۲۷]. افزون بر این، نظریه دیگری که توسط کابات-زین در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست در سال ۱۹۷۹ ارائه شد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد [۲۸]. در این درمان مهارت‌های ذهن آگاهی برای مقابله با استرس‌های زندگی و پرورش آگاهی از لحظه حاضر آموزش داده می‌شود و شامل مراقبه‌های مربوط به فکر، آرامش و هاتا یوگا می‌باشد [۲۹]. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. یکی از اهداف اصلی این برنامه، ارتقای سلامتی و کاهش استرس می‌باشد [۳۰]. تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در افراد منجر می‌شود [۳۱] و استفاده از حرکات هاتا یوگا در این درمان حالتی از آرامش و آگاهی از تنفس و احساسات بدنی را در فرد به وجود می‌آورد که اتحاد میان بدن و ذهن را شکل می‌دهد. از جمله مهم‌ترین خصوصیات این دو درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی مشخص و همینطور انجام مطالعات زیادی در مورد سودمندی اثرات این دو درمان بر سلامت روان می‌باشد [۳۲].

ارتقاء سلامت روان، یکی از اهداف روانشناسی قرن حاضر است [۳۳]. در رویکرد سنتی حاکم بر حوزه سلامت روان، روانشناسان بر جنبه‌های مرضی کارکردی و رفتاری انسان پرداخته‌اند و از ویژگی‌های مثبت تا حدودی غافل بودند، اما در سال‌های اخیر نظامی در این زمینه به وجود آمده است که در آن بر مؤلفه‌های مثبت روانشناختی با هدف رشد و توسعه فردی، سازمانی و اجتماعی توجه دارد [۳۴] که به نام روانشناسی مثبت (positive psychology) شناخته می‌شود. ظهور و اوج‌گیری روان‌شناسی مثبت نگر در سال‌های اخیر، موجب شده که علاقه و توجه به مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی به مثابه رویکردی نوین در پژوهش‌های سلامت روان شناختی افزایش چشمگیری پیدا کند [۳۵]. بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری و نشاط ذهنی از جمله‌ی مؤلفه‌های دارای اهمیت در این زمینه می‌باشند.

احساس بهزیستی از چند جنبه اهمیت دارد. تأمین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر، اثبات ارزش شادکامی برای انسان، اندازه‌گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی. در واقع بهزیستی روانی بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۶]. از طرفی شادی و نشاط جنبه‌ای از عواطف انسانی است که دارای جنبه‌ها و تجلیات مختلف فردی، اجتماعی، روانی-جسمانی و شناختی-عاطفی می‌باشد. از آنجا که نشاط تأثیر کمی و کیفی زیادی بر زندگی دارد، در فرایند تحول مورد توجه قرار می‌گیرد [۳۷]. اما کنار آمدن موفقیت آمیز فرد با عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های دشوار زندگی در کنار سلامت جسمانی و بهزیستی روانشناختی به توانمندی دیگری نیاز دارد که تاب‌آوری نامیده می‌شود و به عنوان حیطة پرترفدار در سال‌های اخیر به مطالعه و کشف توانمندی‌های فردی و بین فردی می‌پردازد که باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می‌شود [۳۸]. در بررسی تحلیل مسیر خرمی و همکاران مشخص شد؛ مؤلفه‌های نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی

مادران کودکان معلول با توجه به ساختار شخصیتی خود، بیشتر احساس مسوولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند. از طرفی چون آنها بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌نمایند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند [۸]. این مساله به ویژه در کشورهای جهان سوم، که خانواده‌ها منابع محدودی دارند [۷] باعث می‌شود که والدین و مخصوصاً مادران نتوانند به ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کنند [۹]. در چنین خانواده‌هایی درخواست‌های جدیدی برای والدین به واسطه نیاز به بستری شدن، مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی، آموزش و توانبخشی کودک ایجاد می‌شود و این عوامل به نوبه خود می‌تواند فرایند سازگاری و بهزیستی والدین را تحت تأثیر قرار دهد و تنیدگی را بدنبال داشته باشد [۱۰]. چنین شرایطی می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی در والدین شود و پیامدهای منفی هم چون سطح شادی و نشاط کمتر [۱۱]، میزان قابل توجهی استرس [۱۲، ۱۳] و فرسودگی شدید [۱۴]، تاب‌آوری پایین [۱۵] را در آنها به دنبال داشته باشد. نتایج مطالعات متعدد دیگر نیز نشان داده است که مراقبت از کودک فلج مغزی می‌تواند بر بهزیستی و سلامت فیزیکی و روانی اغلب "مادرها" تأثیر منفی بگذارد [۱۶، ۱۷]. گیلامون (guillamón) و همکاران، در مطالعه خود نشان داد بین سلامت روان مادران دارای فرزند معلول و مادران دارای فرزند پسر عادی تفاوت معناداری وجود دارد [۱۸]. مطالعه نومی (noemi) و همکاران نیز آشکار ساخت والدین کودکان فلج مغزی به طور کلی از سطح پایین سلامت روان برخوردارند [۱۹].

بنابراین، این نکته برای متخصصین سلامت حائز اهمیت است که با استفاده از آموزش والدین کودکان فلج مغزی، بهزیستی را برای هر کدام از افراد درگیر شده در این فرایند بهبود بخشند [۲۰]. حمایت خانواده، کمکی به کودک معلول است تا با بیماری خویش بهتر کنار آید و زندگی را با خانواده بگذراند. نقش خانواده‌ها در توانبخشی به طور گسترده‌ای شناخته شده است [۲۱]. از این رو باید گفت، والدین کودکان فلج مغزی نیازمند توجه بیشتر و انجام مطالعات و مداخلات هستند که موجب کاهش سطح فشار روانی و افزایش سلامت روان آنها شود [۲۲].

امروزه درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلند مدت دارند و درمانگرانشان نیاز به آموزش کمی داشته و در نتیجه هزینه‌های مالی کمتری را برای درمان جویان به دنبال دارند، نسبت به درمان‌هایی که براساس موارد فوق هزینه‌های زیادی را هم به سیستم بهداشتی و هم درمان جویان تحمیل می‌کنند، در اولویت قرار می‌گیرند [۲۳]. از جمله درمان‌های دارای مزایای فوق درمان فراشناختی می‌باشد که مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات بوده [۲۴] و بر تغییر و پذیرش تاکید می‌کند [۲۵]. با وجود کوتاه بودن درمان فراشناختی بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهای است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند و به طور کلی اطلاعاتی در مورد شناخت حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به فرد می‌دهد [۲۶]. در درمان فراشناختی، به طور ویژه بر روی کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی در پاسخ تاکید می‌شود و به جای حضور ذهن از نوعی تکنیک دیگر به نام ذهن آگاهی گسلیده استفاده می‌شود که شامل

جلسه اول: معرفی/ مقدمه، تشریح افسردگی؛ معرفی منطق درمان، هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد هدایت خودکار.

جلسه دوم: رویارویی با موانع: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد وارسی بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس.

جلسه سوم: حضور ذهن از تنفس: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای.

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال: مرور تکلیف هفته قبل، تمرین هفت دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و وارسی بدن.

جلسه پنجم: اجازه/ مجوز حضور: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار)، توضیحات پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی.

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند: مرور تکلیف هفته گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).

جلسه هفتم: چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکلیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش جلسه.

جلسه هشتم: پذیرش و تغییر: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدن، جمع بندی جلسات، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات تکلیف؛ آمادگی برای خاتمه (پایان دهی).

یکی دیگر از روش‌های مداخله‌ای مورد استفاده در پژوهش حاضر درمان فراشناختی می‌باشد که شامل جلسات درمانی است و بر اساس راهنمای گام به گام "راهنمای عملی درمان فراشناختی" در قالب ۸ جلسه‌ی درمانی اجرا شد [۴۱].

که در زیر خلاصه‌ای از دستور العمل اجرای جلسات درمان فراشناختی آورده شده است.

جلسه اول؛ فرمولبندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه (attention training technique (ATT)، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه دوم: بررسی تکلیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.

جلسه سوم: شناسایی ماشه چکانهای نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: بازبینی تکلیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: بازبینی تکلیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرو رفتن)

و تاب آوری به عنوان سازه‌های میانجی و پیش بینی کننده مهم رضایتمندی در مادران کودکان فلج مغزی می‌باشند [۳۹].

با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به اینکه وجود کودک فلج مغزی احتمال کاهش سطح هر یک از این مؤلفه‌ها و متعاقباً کاهش میزان رضایتمندی را در بین مادران این کودکان، این جامعه دارای شرایط خاص، فراهم می‌آورد و می‌تواند زمینه اختلال در کارکرد سالم را فراهم کند، می‌توان گفت استفاده از مداخلات روانشناختی مانند ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی برای بهبود بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری مادران کودکان با فلج مغزی ضروری می‌نماید.

بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد هدف اصلی طرح ریزی پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی بر بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی می‌باشد. سؤال اصلی پژوهش این است که آیا ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی بر میزان بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی تأثیر دارد؟

## روش کار

تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون\_پس آزمون، دوره پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران کودکان فلج مغزی شهرستان بجنورد بودند. پس از هماهنگی و اخذ موافقت از طرف مراکز توانبخشی از بین این مادران، نمونه‌ای به حجم ۳۹ نفر به طور داوطلبانه به صورت تصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۳ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۳ نفر در گروه درمان فراشناختی) و یک گروه کنترل (۱۳ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر شامل تشخیص فلج مغزی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب کودکان، سن کودکان فلج بین ۴-۱۲ سال، سن مادران بین ۲۵-۵۰ سال و وجود تنها یک کودک معلول در خانواده بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل خانواده علیرغم موافقت اولیه جهت همکاری در پژوهش، در نظر گرفته شد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، ابتدا از بین مادران مراجعه کننده به مراکز توانبخشی استان خراسان شمالی که دارای پرونده بودند و برای ویزیت‌های منظم در تاریخ‌های مشخصی به این مراکز مراجعه می‌کردند، ۳۹ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. سپس با توجه به معیارهای ورود و خروج این افراد به صورت جایگزینی یا گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در ادامه پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Ryff) (۱۹۸۰) (RSPWB)، مقیاس تاب آوری کونر- دیویدسون (۱۰۰۳) (C-DRS) conner-davidson (resilience scale)، مقیاس نشاط ذهنی موقعیتی ریان و فریدریک (۱۹۹۷)، برای تک تک مادران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، انجام شد. در مرحله‌ی بعد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. سپس پس آزمون برای هر سه گروه تکمیل گردید. نهایتاً پس از دو ماه مجدداً هر سه گروه مورد سنجش قرار گرفتند و داده‌های لازم گردآوری شد. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۴۰] به شرح زیر است:

گروه‌های بالینی و غیر بالینی) خواهد و برعکس. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود هفت عامل (احساس توانایی فردی (personal competence)، مقاومت در برابر تاثیرات منفی (tolerance of negative affect)، پذیرش مثبت، تغییر (positive acceptance of change)، اعتماد به غرایز فردی (social support)، ایمان (faith) و رویکرد عمل‌گرایانه به روش‌های حل مساله (action oriented approach to problem solving) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. ضریب روایی گزارش شده برابر ۰/۸۷ می‌باشد. به منظور تعیین اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب اعتبار حاصله برابر با ۰/۸۹ بود [۴۵]. جوکار در پژوهش خود با بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در فرهنگ ایرانی، با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی آن را مورد تأیید قرار داد و ضریب اعتبار مقیاس مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده است [۴۶]. در این پژوهش پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

#### مقیاس نشاط ذهنی

مقیاس نشاط ذهنی موقعیتی ریان و فریدریک [۴۷] استفاده شد که انرژی و نشاط کنونی فرد را اندازه‌گیری می‌نماید. این مقیاس دارای ۷ گویه می‌باشد که هر گویه نمراتی از ۱ تا ۵ (بسیار موافقم تا بسیار مخالفم) تعلق می‌گیرد. برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۹ به دست آمد و جهت بررسی روایی از همبستگی هر گویه با نمره کل استفاده شد که دامنه ضرایب از ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ بود که در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند [۴۸]. در پژوهش حاضر میزان پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

#### یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۵ تا ۵۰ سال بود. متوسط سن شرکت‌کنندگان در سه گروه تقریباً یکسان بود و از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۱). شرکت‌کنندگان دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی متوسط بودند، در حدود ۵۱ درصد آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و مابقی تحصیلات دیپلم داشتند.

میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب‌آوری آزمودنی‌ها در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری برحسب گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی.

جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی، شروع نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقی مانده، انتظار ماشه چکانهای آینده و برنامه ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل بود.

#### پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (RSPWB)

این مقیاس را ریف (۱۹۸۰) طراحی کرد. نسخه اصلی آن ۱۲۰ گویه دارد، اما در بررسی‌های بعدی نسخه‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی و ۱۸ سوالی تهیه شده است. در این پژوهش نسخه ۱۸ گویه‌ای که در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شود، به کار خواهد رفت. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شامل شش مقیاس است: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود. نمره بالاتر بیان‌گر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است و مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی فرد محاسبه می‌گردد. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۱۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است [۴۲]. در پژوهش ریف روایی عاملی و روایی همگرای این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سلامت روانی تأیید شده است ( $P > 0/01$ ) [۴۳]. در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد که با یافته ریف و سینگر (۱۹۹۸) همسو است [۴۴]. در این پژوهش پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

#### مقیاس تاب‌آوری کونر دیویدسون (۲۰۰۳) (C-DRS)

##### (Conner-Davidson Resilience Scale)

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون با مرور منابع ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری، تهیه کردند. طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای بوده که از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب گروه‌ها

تحصیلات	سن		N		گواه
	SD	M	SD	M	
فوق لیسانس	۹/۲	۳۱/۴	۶	۱۳	۱۳
لیسانس	۱/۴	۵/۳۲	۵	۱۳	آزمایشی اول (فراشناخت درمانی)
دیپلم	۲/۴	۷/۳۱	۶	۱۳	آزمایش دوم (ذهن آگاهی)

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش گروه ذهن آگاهی، فراشناخت و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

زمان	کنترل	فرا شناخت	ذهن آگاهی
<b>بهزیستی روانشناختی</b>			
پیش آزمون	۵/۳۷ ± ۶۰/۶۶۶۶	۵/۹۸ ± ۶۱/۶۶۶۷	۴/۵۶ ± ۶۰/۰۰۰۰
پس آزمون	۵/۲۲ ± ۶۱/۰۰۰۰	۵/۹۶ ± ۶۷/۴۰۰۰	۴/۴۰ ± ۶۸/۱۳۳۳
پیگیری	۵/۲۷ ± ۶۱/۲۶۶۷	۵/۸۶ ± ۶۸/۱۳۳۳	۴/۶۱ ± ۶۸/۸۶۶۷
<b>نشاط ذهنی</b>			
پیش آزمون	۵/۰۳ ± ۲۰/۶۶۶۷	۵/۶۶ ± ۲۰/۹۳۳۳	۳/۴۴ ± ۲۰/۰۰۰۰
پس آزمون	۵/۲۲ ± ۲۱/۰۰۰۰	۵/۲۳ ± ۲۸/۴۶۶۷	۳/۳۵ ± ۲۷/۴۰۰۰
پیگیری	۵/۲۷ ± ۲۱/۲۶۶۷	۵/۱۱ ± ۲۸/۱۳۳۳	۳/۲۹ ± ۲۷/۰۰۰۰
<b>تاب آوری</b>			
پیش آزمون	۴/۷۰ ± ۷۷/۶۶۶۷	۶/۱۹ ± ۷۹/۴۰۰۰	۵/۷۴ ± ۷۸/۸۶۶۷
پس آزمون	۴/۹۵ ± ۷۸/۰۰۰۰	۷/۵۷ ± ۸۱/۲۶۶۷	۷/۱۲ ± ۸۱/۱۰۰۰
پیگیری	۵/۰۵ ± ۷۸/۱۳۳۳	۷/۱۸ ± ۸۱/۸۶۶۷	۶/۹۹ ± ۸۲/۳۳۳۳

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

استفاده از آزمون لون ارزیابی شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه می‌باشد.

براساس نتایج جدول ۳، تفاوت بین سه گروه فراشناخت درمانی، شناخت درمانی مبتنی ذهن آگاهی و کنترل از نظر بهزیستی روانشناختی و نشاط ذهنی معنی دار و از لحاظ تاب آوری غیر معنادار است.

یافته‌های آزمون‌های چند متغیری در جدول ۴ آشکار ساخت که اثر عامل زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پی گیری)، اثر تعامل عامل زمان × گروه و اثر عامل گروه (کنترل، درمان ذهن آگاهی، درمان فراشناختی) معنادار بود. از این رو برای بررسی اثر تعامل از آزمون‌های پس از تجربه با تعدیل بن- فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری در مرحله پیش آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً مشابه می‌باشد. جهت مقایسه دو شیوه درمانی با گروه کنترل در افزایش میزان بهزیستی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری از مدل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. براین اساس ابتدا پیش فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موجلی نشان می‌دهد که تنها در متغیر بهزیستی روانشناختی فرض کرویت رد نمی‌شود، ولی در سایر اندازه‌ها فرض کرویت رد می‌شود. به این ترتیب، از مقادیر تصحیح شده هوبن- فلت برای مقایسه‌ها استفاده شد. همچنین مفروضه همگنی واریانس‌ها با

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
<b>بهزیستی روانشناختی</b>						
فرض کروی	۵۰۶/۹۶۳	۴	۱۲۶/۷۴۱	۶۰/۹۶۷	۰/۰۰۰	۱
گرینهاوس-گیسر	۵۰۶/۹۶۳	۲/۳۴۴	۲۱۶/۲۸۳	۶۰/۹۶۷	۰/۰۰۰	۱
هیون-فلت	۵۰۶/۹۶۳	۲/۴۸۶	۲۰۳/۹۶۶	۶۰/۹۶۷	۰/۰۰۰	۱
حد پایین	۵۰۶/۹۶۳	۲	۲۵۳/۴۸۱	۶۰/۹۶۷	۰/۰۰۰	۱
<b>نشاط ذهنی</b>						
فرض کروی	۳۵۰/۶۰۷	۴	۸۷/۶۵۲	۵۷/۷۴۲	۰/۰۰۰	۱
گرینهاوس-گیسر	۳۵۰/۶۰۷	۲/۵۴۸	۱۳۷/۵۹۴	۵۷/۷۴۲	۰/۰۰۰	۱
هیون-فلت	۳۵۰/۶۰۷	۲/۷۱۷	۱۲۹/۰۲۶	۵۷/۷۴۲	۰/۰۰۰	۱
حد پایین	۳۵۰/۶۰۷	۲	۱۷۵/۷۴۲	۵۷/۷۴۲	۰/۰۰۰	۱
<b>تاب آوری</b>						
فرض کروی	۶۶۹/۶۳۰	۴	۱۶۷/۴۰۷	۳/۱۱۲	۰/۰۹۲	۱
گرینهاوس-گیسر	۶۶۹/۶۳۰	۲/۲۵۲	۲۹۷/۳۹۷	۴/۵۳۱	۰/۰۷۸	۱
هیون-فلت	۶۶۹/۶۳۰	۲/۳۸۱	۲۸۱/۲۳۳	۶/۸۸۸	۰/۰۵۹	۱
حد پایین	۶۶۹/۶۳۰	۲	۳۳۴/۸۱۵	۵/۶۹۲	۰/۰۶۷	۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر گروه درمان ذهن آگاهی به همراه فراشناخت درمانی برای متغیر بهزیستی روانشناختی

مقدار	F	فرض درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
۸۸۱/۰	۱۵۲/۱۹۴b	۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸۸۱/۰	۱
۱۱۹/۰	۱۵۲/۱۹۴b	۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸۸۱/۰	۱
۴۲۴/۷	۱۵۲/۱۹۴b	۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸۸۱/۰	۱
۴۲۴/۷	۱۵۲/۱۹۴b	۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸۸۱/۰	۱

جدول ۵. مقایسه زوجی سه گروه در مؤلفه‌های مورد بررسی

درمان (i)	درمان (j)	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
<b>بهبودی روانشناختی</b>				
ذهن آگاهی	فراشناخت	-۰/۹۵۶	۱/۸۶۷	۰/۵۷۳
ذهن آگاهی	کنترل	*-۹/۰۲۲	۱/۸۶۷	۰/۰۰۰
فراشناخت	کنترل	*-۴/۷۵۶	۱/۸۶۷	۰/۰۱۵
<b>نشاط ذهنی</b>				
ذهن آگاهی	فراشناخت	-۱/۱۳۱	۱/۶۸۲	۰/۴۲۴
ذهن آگاهی	کنترل	*-۴/۸۲۲	۱/۶۸۲	۰/۰۰۶
فراشناخت	کنترل	*-۳/۸۶۷	۱/۶۸۲	۰/۰۲۷
<b>تاب آوری</b>				
ذهن آگاهی	فراشناخت	-۰/۸۲۲	۲/۲۰۷	۰/۶۲۱
ذهن آگاهی	کنترل	-۰/۸۸۱	۲/۲۰۷	۰/۶۱۱
فراشناخت	کنترل	-۰/۸۹۹	۲/۲۰۷	۰/۵۹۸

روانشناختی روانی خود کمک کنند. با توجه به این آموزش‌ها در خلال این مداخله درمانی، معنادار شدن آن با فاکتور بهبودی روانشناختی قابل توجه می‌باشد. از بعد اثربخشی فراشناخت درمانی بر افزایش سطح بهبودی روانشناختی مادران کودکان فلج مغزی می‌توان اذعان کرد این یافته با نتایج قبلی در این زمینه همخوان است [۵۵-۵۷]. این نتیجه را می‌توان این چنین تبیین نمود با توجه به اینکه شاخص بهبودی روانشناختی به طور عمده احساسات افسردگی و اضطراب و تغییرات درک شده در مورد سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، از آنجایی که کانون اصلی درمان فراشناختی غلبه بر نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آن‌ها می‌باشد، به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آن‌ها خلق افسرده نیز کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه این امر کاهش نشانه‌های افسردگی نیز صورت می‌پذیرد، بنابراین افراد وضعیت سلامت روان خود را بهتر ارزیابی می‌کنند. از این رو، مادران کودکان فلج مغزی که تحت درمان فراشناخت قرار می‌گیرند در نتیجه انجام تکنیک‌ها و تکالیف درمان فراشناختی زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوار فکری ناشی از داشتن کودک معیوب نخواهد داشت. در نتیجه به موازات کاهش توجه مادران از دام حلقه‌های معیوب شناختی، هیجانی و رفتاری، احساس مثبت و سرزندگی در آنها بیشتر شده و در نتیجه بهبودی روانی خود را بهتر ارزیابی کرده‌اند.

همچنین نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی بر میزان نشاط ذهنی اثربخش بوده‌اند. در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشاط ذهنی باید گفت این نتیجه با یافته‌های قبلی در این زمینه [۵۸، ۵۹] همسو است. در این زمینه بایستی اشاره داشت، افراد ذهن آگاه معمولاً توانایی‌های ویژه‌ای در درک عمیق احساسات خود و پذیرش آنها دارند و متوجه احساساتی ظریف خود هستند. آن‌ها به طور کلی احساس آگاهانه و مثبت و اطمینان بخشی درباره خود دارند و در رسیدگی به امور شخصی و اجتماعی موفق عمل می‌کنند و معمولاً خشنود هستند. بنابراین، افراد ذهن آگاه به جای این که فشارها را تشدید کنند، زمینه رشد روان شناختی، افزایش رضایت از زندگی و عواطف مثبت را برای خود فراهم می‌سازند [۶۰]. مادران کودکان فلج مغزی نیز از این قاعده مستثنی نیستند و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل افکار و

نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۵ بیانگر تفاوت معنادار بین هر دو گروه آزمایش (ذهن آگاهی و فراشناخت) با گروه کنترل از لحاظ میزان بهبودی روانشناختی می‌باشد. در مؤلفه نشاط ذهنی نیز مقایسه هر یک از گروه‌های آزمایش با گروه کنترل نیز اثر بخشی دو درمان و افزایش سطح نشاط ذهنی در گروه‌های آزمایش را نسبت به گروه کنترل نشان می‌داد. در نهایت مقایسه دو گروه آزمایش با گروه کنترل در میزان تاب آوری حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌ی تاب آوری دارد. همچنین مقایسه دو درمان ذهن آگاهی و فراشناخت در سه مؤلفه‌ی بهبودی روانشناختی، تاب آوری و نشاط ذهنی حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه بود.

## بحث

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان فراشناختی به روش گروهی در مؤلفه بهبودی روانشناختی، نشاط ذهنی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی نسبت به گروه کنترل بر میزان بهبودی روانشناختی اثربخش بوده‌اند. از بعد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌ی بهبودی روانشناختی مادران کودکان فلج مغزی می‌توان گفت این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی است که نشان داده‌اند تمرین‌های ذهن آگاهی یک برنامه مؤثر بر افزایش بر بهبودی روانشناختی [۴۹-۵۳] مادران کودکان معلول می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت از آنجا که ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به وضوح دیدن و پذیرش هیجانات و تجربیات زندگی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند [۵۴]، بنابراین آموزش آن به مادران کودکان فلج مغزی، باعث می‌شود که آنان احساسات و تجربیات ناشی از داشتن فرزند معلول را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این مساله و کمتر شدن احساس گناه، خودکم بینی و بی ارزشی در آن‌ها می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب می‌شود که مادران کودکان فلج مغزی با انجام تمرین‌های ذهن آگاهی مانند واریسی بدن و بازآرزیابی مثبت افکار و هیجانات و تمرکز خود را نسبت به وضعیت معلولیت کودک کاهش دهند و از این طریق به کاهش پیامدهای منفی

## نتیجه گیری

سلامتی افراد جامعه اهمیت بسیاری دارد و در این رابطه سلامتی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه دارای اهمیت فراوانی می‌باشد [۶۴]. بدین منظور این مطالعه در جمعیت مادران کودکان فلج مغزی انجام گرفت. طی مقایسه‌هایی که با سایر مطالعات انجام شده در داخل یا خارج از ایران انجام پذیرفت، مشاهده شد که روابط بدست آمده در این مطالعه و شدت این روابط تا حدودی با مطالعات قبلی متفاوت است. لذا در جمع بندی نهایی این تحقیق مطرح می‌شود که نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات پیشین و مبنای نظری متغیرها همسویی نسبی دارد. این ناهمخوانی نسبی از دو منظر قابل بررسی است: اول شاید بتوان نتیجه گرفت که در بین مادران کودکان فلج مغزی که داری میزان استرس اضطراب و افسردگی بالا [۹، ۱۲، ۱۳، ۳۹، ۶۴-۶۷]؛ سطح کیفیت زندگی پایین [۶۰] می‌باشند و میانگین کلی سلامت روانی در آنها کم‌تر از افراد عادی می‌باشد و همچنین از نظر علایم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان پریشی، پرخاشگری و ... در سطح پایین تری نسبت به افراد عادی هستند [۶۸]. روابط و عوامل میانجی وجود دارند که مهمتر از روابط و متغیرهای این مطالعه هستند [۳۹] و دوم به لحاظ تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی و نوع شاعر و آداب و مناسک خاص مذهبی در نظام اسلامی می‌توان چنین تفاوت‌هایی را محتمل دانست. لذا تفاوت مشاهده شده در نتیجه حاصل از پژوهش حاضر با سایر مطالعات باید با مقایسه زمینه‌های فوق در این مطالعات مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش شامل محدودیت زمانی در یادگیری تمرین‌ها، انجام پژوهش در جامعه زنان و نبود زمان بیشتر جهت داشتن دوره پیگیری طولانی مدتتر، باید جانب احتیاط را در تعمیم رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جمعیت پدران و همشیره‌های کودکان ناتوان همراه با مرحله پیگیری طولانی‌تر انجام شود. از رویکردهای فرانشناخت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای برنامه ریزی، مداخلات مناسب و بهبود بهزیستی روانشناختی و نشاط ذهنی در گروه‌های مختلفی همچون زنان سرپرست خانوار، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست استفاده شود.

## سپاسگزاری

گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از مرکز توانبخشی مهر شیروان و تمامی مادران محترمی که صمیمانه محققین را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. این مطالعه برگرفته از رساله دکتری نویسنده‌ی اول (با کد شناسایی: ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۲۵) از دانشگاه خوارسگان اصفهان می‌باشد و با هزینه شخصی ایشان انجام شده است.

احساسات منفی کمک می‌نماید و منجر به تنظیم هیجانات مثبت مرتبط به سلامتی می‌شود [۶۰] قابل توجه است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تلفیق شیوه شناختی درمانی و تمرین‌های مفید ذهن آگاهی موجب می‌شود که مادران کودکان فلج مغزی مشکلات مرتبط با داشتن کودک معیوب را بپذیرند و با بازاریابی مثبت، احساسات منفی خود را نسبت به آثار روانی این مساله را کاهش دهند و در نتیجه به افزایش میزان شادی و نشاط خویش کمک کنند. در خصوص اثرگذاری فرانشناخت درمانی بر نشاط ذهنی نیز می‌توان خاطر نشان کرد، پژوهشگران و صاحبانظران معتقدند، شادی و نشاط خواستگاه ادراک مثبت فرد نسبت به توانایی‌ها خویش و یکی از شرایط بهبود روابط او با تجربیات زندگی‌اش است، که با رشد شناختی و اخلاقی در ارتباط است. نظریه فرانشناختی نیز بر این اصل استوار است که برخلاف شباهت‌های بنیادی در سازوکارهای آسیب شناختی، اختلال‌های روانشناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فرانشناختی دارد. در این رابطه شوارتز و کلور [۶۱] بیان می‌کنند که مردم هیجان‌ناشان را به عنوان اطلاعاتی برای ارزیابی‌ها و قضاوت‌ها به کار می‌گیرند. بر طبق این نظریه، باورهای فرانشناختی قادر به پیش بینی مثبت بیماری‌های هیجانی هستند. بنابراین می‌توان بیان کرد فرانشناخت درمانی با شناسایی و بازاریابی باورهای فرانشناختی معیوب می‌تواند منجر به بیان احساسات مثبت از سوی افراد شود. بنابراین، هیجانات مادران کودکان فلج مغزی با باورهای شناختی و فرانشناختی آنان مرتبط است. از این رو درمان فرانشناختی به این مادران کمک می‌کند که به بازسازی باورهای شناختی و فرانشناختی ناکارآمد در مورد فرزند معلول خود بپردازند و در نتیجه هیجانات مثبتی مانند نشاط ذهنی را تجربه نمایند. در مقایسه با گروه کنترل نتایج بدست آمده از بعد اثرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فرانشناخت درمانی بر تاب آوری در بین مادران کودکان فلج مغزی تغییرات مثبت اما غیرمعنادار به دنبال داشت و این یافته با نتایج پیشین در این حوزه [۶۲، ۶۳] همسو نمی‌باشد. به منظور توضیح همسو نبودن نتایج حاصل از این بخش از پژوهش حاضر با پیشینه پژوهش می‌توان بیان داشت همانطور که می‌دانیم تاب آوری صفتی شخصیتی بوده که به راحتی قابل تغییر نمی‌باشد. بنابراین نمی‌توان انتظار داشت که یک مداخله هشت جلسه‌ای بتواند در یک صفتی شخصیتی تغییر زیادی ایجاد نماید. از طرفی نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که نمرات تاب آوری دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون همین گروه‌ها افزایش داشته است. این بدین معنا می‌باشد که هر چند این مداخله منجر به تفاوت معنادار آماری در میان دو گروه آزمایش و شاهد نشده است اما به لحاظ بالینی در افزایش نمرات تاب آوری مؤثر بوده است.

## References

- Prudente CO, Barbosa MA, Porto CC. Relation between quality of life of mothers of children with cerebral palsy and the children's motor functioning, after ten months of rehabilitation. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(2):149-55. doi: 10.1590/s0104-11692010000200002 pmid: 20549111
- Joghataei M, Kazem M. Assessment the level of community needs in welfare services on the whole country. (Persian). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 1990.
- Dalvand H, Dehghan L, Hadian MR, Feizy A, Hosseini SA. Relationship between gross motor and intellectual function in children with cerebral palsy: a cross-sectional study. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(3):480-4. doi: 10.1016/j.apmr.2011.10.019 pmid: 22265344
- Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi S. Determine of association quality of life and stress coping method among the



- caregiver of patient with multiple sclerosis. *Med Sci J*. 2008;10(5):563-72.
5. Lim JW, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcom*. 2004;2:50. doi: 10.1186/1477-7525-2-50 pmid: 15377384
  6. Altmdag Ö, İçcan A, Akcan S, Köksal S, Erçin M, Ege L. Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Turk Fiz Tip Rehab Derg*. 2007;53:22-4.
  7. Mobarak R, Khan NZ, Munir S, Zaman SS, McConachie H. Predictors of stress in mothers of children with cerebral palsy in Bangladesh. *J Pediatr Psychol*. 2000;25(6):427-33. doi: 10.1093/jpepsy/25.6.427 pmid: 10980047
  8. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(1):65-74. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.007 pmid: 17022985
  9. Dalvand H, Dehghan L, Hosseini SA, Feizi A, Kalantari M. Comparison of health-related quality of life in mothers of children with Spina bifida and cerebral palsy. *Int J Pediatr*. 2017;5(9):5677-85.
  10. Paster A, Brandwein D, Walsh J. A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Res Dev Disabil*. 2009;30(6):1337-42. doi: 10.1016/j.ridd.2009.05.010 pmid: 19540716
  11. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49(Pt 9):657-71. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x pmid: 16108983
  12. Krstic T, Mihic L, Mihic I. Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2015;47:135-43. doi: 10.1016/j.ridd.2015.09.009 pmid: 26421350
  13. Gupta RK, Kaur H. Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disabilit Rehabil J*. 2010;21(2):118-26.
  14. Garip Y, Ozel S, Tuncer OB, Kilinc G, Seckin F, Arasil T. Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2017;39(8):757-62. doi: 10.3109/09638288.2016.1161837 pmid: 27015263
  15. Ellingsen R, Baker BL, Blacher J, Crnic K. Resilient parenting of preschool children at developmental risk. *J Intellect Disabil Res*. 2014;58(7):664-78. doi: 10.1111/jir.12063 pmid: 23834102
  16. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M, et al. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev*. 2010;36(1):63-73. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x pmid: 19702639
  17. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatric*. 2005;115(6):e626-36. doi: 10.1542/peds.2004-1689 pmid: 15930188
  18. Guillamon N, Nieto R, Pousada M, Redolar D, Munoz E, Hernandez E, et al. Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *J Clin Nurs*. 2013;22(11-12):1579-90. doi: 10.1111/jocn.12124 pmid: 23461414
  19. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(4):1108-21. doi: 10.1007/s10803-017-3447-z pmid: 29322385
  20. Whittingham K, Wee D, Boyd R. Systematic review of the efficacy of parenting interventions for children with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2011;37(4):475-83. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01212.x pmid: 21392055
  21. Willson B, Herbert CA, Shiel A. Behavioral approaches in neuropsychological rehabilitation. Hove & NewYork: Psychology press; 2003.
  22. Ortega S, Beauchemin A, Kaniskan RB. Best practices in mental health. Lyceum Books, Inc. 2008.
  23. 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. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615 pmid: 10965637
  24. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behav Res Ther*. 2001;39(2):713-20. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00036-X
  25. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004;35(4):307-18. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.07.001 pmid: 15530845
  26. Baer R. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. San Diego: Elsevier; 2006.
  27. Chaskalon M, Wiley J. The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR. 2011.
  28. Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *J Clin Psychiatry*. 2008;69(1):122-9. doi: 10.4088/jcp.v69n0116 pmid: 18312046
  29. Brantley J. Mindfulness-Based Stress Reduction .In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds), Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment: New York; 2005.
  30. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Barta M, Fitzgerald S, Moscoso MS, Post-White J, et al. Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors. *J Holist Nurs*. 2011;29(2):107-17. doi: 10.1177/0898010110385938 pmid: 21041554
  31. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptom and rumination. *J Fundamental Mental Health*. 2013;15(57):432-42.
  32. Kabat-Zinn J. Coming to our senses: Healing ourselves and the world through Mindfulness. New York: Hyperion; 2005.
  33. Eid M, Larsen RJ. The science of subjective well-being: Guilford Press; 2008.
  34. Luthans KW, Jensen SM. Hope: A new positive strength for human resource development. *Human Resource Develop Rev*. 2002;1(3):304-22. doi: 10.1177/1534484302013003
  35. Lindfors P, Berntsson B, Lundberg U. Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personal Individual Difference*. 2006;40:1213-22. doi: 10.1016/j.paid.2005.10.016
  36. Diener Ed, Suh E, M., Lucas R, E., Smith H, L. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychologic Bulletin*. 1999;125(2):276. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
  37. Veenhoven R. Conditions of happiness. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1984.
  38. Garland EL, Hanley AW, Goldin PR, Gross JJ. Testing the mindfulness-to-meaning theory: Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PLoS One*. 2017;12(12):e0187727. doi: 10.1371/journal.pone.0187727 pmid: 29211754
  39. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Analyzing the path between positive psychological functions among mothers of cerebral palsy. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2019;10(4):28-40. doi: 10.21859/nkjmd-10045
  40. Chaskalon M. The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR. 2nd ed. New York: John Wiley; 2011.
  41. Wells A. Met cognitive therapy: A practical guide. St ed. New York: Guilford Press, Chichester, UK: Wiley; 2008.
  42. Ryff CD, Singer B. Ironies of the human condition: Well-being and health on the way to mortality. Washington, DC, US: American Psychological Assolciation; 2003.
  43. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *J Personal Social Psychol*. 1989;57:1069- 81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069

44. Khanjani M, Shahidi Sh, Fath Abadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of short form (18 questions) reef psychological well-being scale in male and female students. *Thought Behav Eighth*. 2014;32:37- 27.
45. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113 pmid: 12964174
46. Jokar B. The role of resilience mediator in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with life satisfaction. *Contemporary Psychol*. 2017;4:12-3.
47. Ryan RM, Frederick C. On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *J Pers*. 1997;65(3):529-65. doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x pmid: 9327588
48. Shaykhal-Islami R, Daftarchi E. The role of estimating the needs of the psychological basis in goal orientation and subjective vitality, Master's degree, faculty of psychology and educational sciences: Shiraz University; 2011.
49. Shirazi Tehrani A, Ghadampour E. The effect of education on stress reduction based on mindfulness on the components of psychological well-being of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Quarter J Exception Child*. 2016;16:35-48.
50. Ismaili M, Basiri N, Khair Z. The effectiveness of mindfulness therapy on increasing the psychological well-being of mothers with children with learning disabilities. 2016;6(1):26-39.
51. Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of positive psychology*. US: Oxford University Press; 2001.
52. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics (5 rd ed)*. Boston: Allyn and Bacon; 2007.
53. Murrell AR, Coyne LW, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy with children, adolescents, and their parents. In S. C. Hayes & K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Google Scholar; 2004.
54. Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press; 2002.
55. Fastame MC, Penna MP. Psychological well-being and metacognition in the fourth age: an explorative study in an Italian oldest old sample. *Aging Ment Health*. 2014;18(5):648-52. doi: 10.1080/13607863.2013.866635 pmid: 24359100
56. Marzemi Pour Z, editor Effect of metacognitive therapy on psychological well-being of women with major depressive disorder. The 3rd national conference on new studies and researches in the field of Iranian educational sciences and psychology; 2017.
57. Valizadeh M, Hassanavandi S, editors. The effectiveness of group metacognitive therapy on students' mental health. The first national conference on cognitive science findings in education; 2011; Mashhad Ferdowsi University.
58. Aminpour H, Zahedi R, OrojYar M, editors. The effect of fear of success and mind-awareness skills on students' happiness. The first national conference on applied research in education, psychology and social harm in Iran; 2015.
59. Hashemi SE, Mahour H. Effectiveness of mindfulness education on happiness of students. *Clinic Psychol Counsel Res (Educ Stud Psychol)*. 2016;6(2):111-20.
60. Junkin SE. *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women*. MA [dissertation]. Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan; 2007.
61. Schwarz N, Clore GL. Mood, misattribution and judgements of well-being: Informative and directive functions of affective states. *J Personal Social Psychol*. 1983;45:513-23. doi: 10.1037/0022-3514.45.3.513
62. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. "The effects of mindfulness-based stress reduction Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire". *J Psychiatr Clinic Psychol*. 2010;16(3):231-8.
63. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83-91. doi: 10.1037/a0018441 pmid: 20141305
64. Toulgui E, Jemni S, Samia F, Lazreg N, Mtaouaa S, Khachnaoui F. Depression and anxiety in mothers of children with cerebral palsy: Comparative study. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016;59:e9. doi: 10.1016/j.rehab.2016.07.024
65. Dehghan L, Dalvand H, Feizi A, Samadi SA, Hosseini SA. Quality of life in mothers of children with cerebral palsy: The role of children's gross motor function. *J Child Health Care*. 2016;20(1):17-26. doi: 10.1177/1367493514540816 pmid: 25027158
66. Barlow JH, Cullen-Powell LA, Cheshire A. Psychological wellbeing among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Develop Care*. 2006;176(3-4):421-8. doi: 10.1080/0300443042000313403
67. Kumar R, Lakhari MA, Lakhair MA. Frequency and severity of depression in mothers of cerebral palsy children. *J Liaquat Univ Med Health Sci*. 2016;15(3):147-51.
68. Narimani M, Agha Mohammadian H, Rajabi S. Comparison of mental health of mothers of normal children and mental health of mothers of normal children. *Q J Fundam Ment Health*. 2007;9(2):15-24.