



# Investigating the Effectiveness of Cognitive Therapy based on the Presence of Mind on Reducing Caregiving Pressure and Clinical Symptoms of Mothers with Children with Chronic Diseases

Shohreh Bayat Makou <sup>1\*</sup>, Maryam Mosleh <sup>2</sup>

1 Department of Islamic Azad University Ashtian

2 Islamic Azad University West Tehran Branch

\* Corresponding author: bayat

Received: 2024-05-01

Accepted: 2024-06-03

## Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing caregiving pressure and clinical symptoms of mothers with children with chronic diseases. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population consisted of all mothers with children suffering from chronic diseases (asthma, diabetes, cancer, thalassemia major, heart and kidney diseases) hospitalized in children's hospitals and treatment centers in Tehran, who after the necessary screenings and having the criteria to enter the research Among them, 10 mothers for the experimental group and 10 mothers for the control group were randomly selected and replaced. The data obtained from this research were analyzed using multivariate covariance analysis and SPSS software version 21.

Findings: The results of the present study showed that cognitive therapy based on presence of mind has a significant effect on reducing care pressure and clinical symptoms of mothers with children with chronic diseases ( $P < 0.001$ ).

Conclusion: According to the findings of this research, it can be concluded that cognitive therapy based on the presence of mind is effective in helping to improve the psychological condition of mothers with children with chronic diseases, and it is better that active therapeutic staff in the field of chronic diseases. Put psychological interventions and treatments in order to help the families of chronically ill children, especially their mothers, as a priority in their treatment plans.

**Keywords:** Cognitive therapy based on the presence of mind, Pressure of care, Clinical symptoms, Mothers with children with chronic diseases

© 2023 Journal of School Education in the Third Millennium (JSETM)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

**How to Cite This Article:** Bayat Makou, Sh(2024). Investigating the Effectiveness of Cognitive Therapy based on the Presence of Mind on Reducing Caregiving Pressure and Clinical Symptoms of Mothers with Children with Chronic Diseases. *JSETM*, 2(1): 45-57.





## بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش فشار مراقبت و نشانگان بالینی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های مزمن

شهره بیات ماکو<sup>\*</sup>، مریم مصلح<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستیان

<sup>۲</sup> عضو هیات علمی دانشکاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب

\* نویسنده مسئول: بیات

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۱۲

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر میزان کاهش فشار مراقبت و نشانگان بالینی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های مزمن بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن (آسم، دیابت، سرطان، تالاسمی ماژور، بیماری های قلبی و کلیوی) بستری در بیمارستان ها و مراکز درمانی کودکان شهر تهران بود که پس از غربالگری های لازم و دارا بودن ملاک های ورود به پژوهش از بین آنها به صورت در دسترس ۱۰ مادر برای گروه آزمایش و ۱۰ مادر برای گروه کنترل بصورت تصادفی انتخاب و جایگزین شدند. داده های حاصل از این تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نسخه ی ۲۱ نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته های: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر معناداری بر کاهش فشار مراقبت و نشانگان بالینی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن دارد ( $p > 0/001$ ).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های حاصل از این تحقیق می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کمک به بهبود وضعیت روان شناختی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن مؤثر هستند و بهتر است که کادر درمانی فعال در حوزه بیماری های مزمن، مداخلات و درمان های روان شناختی را جهت کمک به خانواده کودکان مبتلا به بیماری مزمن بخصوص مادران آنها در اولویت برنامه های درمانی خود قرار دهند.

**واژگان کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، فشار مراقبت، نشانگان بالینی، مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های مزمن

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: بیات ماکو، شهره. (۱۴۰۳) بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش فشار مراقبت و نشانگان بالینی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های مزمن. فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم، ۲(۱): ۴۵-۵۷.

### مقدمه

داشتن کودک دچار بیماری مزمن و فشارهای مراقبت ناشی از آن، نیاز به شناخت بهتر و چند جانبه موقعیت، شناسایی راه حل های گوناگون و تجزیه و تحلیل آنها دارد. پژوهش ها در راستای بهبود سلامت روان مراقبین افراد دچار بیماری های مزمن نشان می دهد که مداخلات و برنامه هایی مبتنی بر هیجان، شناخت و

وجود بیماری یا اختلال در یکی از اعضای خانواده، معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، کیفیت زندگی و سلامت روان اعضای خانواده دارد (Trask و همکاران، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی برای بالا بردن میزان پذیرش خانواده نسبت به مشکلاتی همچون

رفتار به آنها کمک می‌کند تا با سایر انسانها، جامعه، فرهنگ و محیط خود به صورت مثبت و سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند (فرامرزی، ۱۳۹۰).

## ۲. بیان مساله

بیماری مزمن کودکان همراه با علائم یا ناتوانی هایی است که مستلزم درمان دراز مدت هستند (Allen و Marshall ۲۰۱۰). در کودک مبتلا به بیماری مزمن، والدین به عنوان مراقبت کننده اولیه مطرح می‌باشند و در نتیجه برای تطبیق یافتن با مشکلات و وظایف متعدد و پیچیده ناشی از بیماری کودک دچار چالشهای زیادی می‌شوند (Hovey، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بار سنگین مراقبت و سرپرستی، بیشتر بر دوش مادران است چرا که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (Hastings، ۲۰۰۳) به طور کلی مراقبت از کودکان مبتلا به بیماری مزمن با فشار مراقبتی برای خانواده‌ها همراه است. (حسن زاده، ۱۳۹۸). مراقبت های پزشکی و فشار حاصل از آن و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می‌تواند سازگاری خانواده های دارای کودکان مشکل دار را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی هم چون محدودیت های اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد نماید (Arnaud و همکاران، ۲۰۰۸). حسن زاده (۱۳۹۸) در بررسی ارتباط درک از مراقبت خانواده محور و فشار مراقبتی و خودکارآمدی در مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن نشان داد درک از مراقبت خانواده محور با خودکارآمدی ارتباط مستقیم و با فشار مراقبتی ارتباط معکوس دارد.

در حقیقت وجود کودک بیمار، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، بخصوص مادران را تهدید کرده و غالباً تأثیر منفی بر آنها دارد (Saloviita و همکاران، ۲۰۰۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد سلامت روانی و سازگاری خانواده زمانی که تحت تأثیر کودک مشکل دار قرار می‌گیرد، دچار مشکلاتی شده و ممکن است زمینه ساز پیامدهای ناگواری برای تمام اعضای خانواده باشد (Schieve و همکاران، ۲۰۰۷). لذا والدین و دیگر اعضای خانواده با تولد کودک بیمار می‌بایست تغییرات واقعی در ساختار خانواده به وجود آورند.

نشانگان بالینی دارای سه بعد جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب می‌باشد که جسمانی سازی شامل ناراحتی‌های ناشی از مشکلات جسمانی مانند مشکلات قلبی-عروقی، معده و مشکلات ماهیچه‌ای می‌شود، افسردگی نشانه‌های مرتبط با افسردگی از قبیل بی‌علاقگی، غمگینی و افکار خودکشی را در بر می‌گیرد و اضطراب به احساسات ترس، عصبانیت، وحشت و

تشویش مربوط می‌شود (Dura و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین گروه مادران با کودک سالم و گروه مادران و کودک بیمار تفاوت معناداری از نظر درک، مدیریت و معناپذیری و به طور کلی انسجام روانی و سلامت معنوی وجود دارد (عوض نژاد، ۱۳۹۵). خیرآبادی (۱۳۸۶) نشان داد که شیوع افسردگی در مادران دارای کودک بیمار بیش از گروه مادران دارای کودک سالم است و بین دو گروه مادران دارای کودک بیمار از این لحاظ تفاوت معناداری مشاهده نشد در گروه مادران دارای کودکان مبتلا به آسم، فراوانی نسبی ابتلا به افسردگی در مادر پیش از شروع بیماری فرزند نسبت به گروه مادران دارای کودکان مبتلا به دیابتیک، بیشتر است که تفاوت معنا دار آماری داشت. این نتایج بر لزوم توجه به سلامت روان مادران دارای فرزند با بیماری مزمن و احتمال تأثیر افسردگی مادر در بروز بیماری آسم در کودکان تأکید می‌کند.

## ۳. پیشینه پژوهش

صادقی (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و بهبود سلامت روان دانشجویان اثربخش بوده اند.

حسن زاده (۱۳۹۸) در بررسی ارتباط درک از مراقبت خانواده محور، فشار مراقبتی و خودکارآمدی در مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن نشان داد درک از مراقبت خانواده محور با خودکارآمدی ارتباط مستقیم و با فشار مراقبتی ارتباط معکوس دارد.

سرحدی و درگاهی (۱۳۹۸) در بررسی اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر استرس زناشویی و فشار مراقبت مادران دارای فرزند استثنایی نشان دادند که درمان تعهد و پذیرش بر استرس زناشویی و فشار مراقبت مادران دارای فرزند استثنایی درمان موثری است و موجب کاهش استرس زناشویی و فشار مراقبت مادران دارای فرزند استثنایی شده است.

برمال و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی، شیوه حل مسأله و تنظیم شناختی هیجان ۲۰ دختر مبتلا به افسردگی دانشگاه پیام نور واحد دهدشت پرداختند، به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن-آگاهی می‌تواند در کمک به کاهش افسردگی، نشخوار ذهنی، بهبود شیوه حل مسأله و تنظیم شناختی هیجان مفید واقع شود

حمزه (۱۳۹۶) در بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ناگویی هیجانی و فشار مراقبت در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در مرحله پس‌آزمون بر دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات، تفکر بیرونی و بر ناگویی هیجانی اثر معنی‌داری داشت. همچنین، بر اساس نتایج،

Phelps و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر روی تنظیم شناختی هیجانی و رابطه آن با خطر ابتلا به وابستگی به الکل و اختلال مصرف مواد پرداختند. نتایج پژوهشها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برگسستگی تنظیم شناختی هیجانی موثر است و با خطر اختلال مصرف رابطه منفی دارد.

Block (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن بر استرس ادراک شده، سلامت روان و کاهش تنش بدنی نشان داد که روش حضور ذهن به طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است.

Grossman و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن بر جنبه‌های عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد، اضطراب و افسردگی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن بهبود معناداری را در درد، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد و افسردگی نشان می‌دهد.

Konstantarease و Homatidis (۲۰۱۵) در مقاله‌ای تحت عنوان «بررسی شدت علائم مرضی و فشارهای روانی در والدین کودکان آسیب جسمانی» که بر روی ۴۴ والد کودکان مبتلا به آسیب جسمانی انجام دادند، نشان دادند که احساس عصبانیت و درخواست کمک از همسر در مادران کودکان آسیب دیده بیشتر از مادران کودکان عادی دیده می‌شود.

در پژوهشی که استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن برای بیماران مبتلا به درد مزمن به کار برده شد، Greeson و Eisenlohr (۲۰۱۴) نتیجه گرفتند که حضور ذهن در کمک به این بیماران بسیار موثر است. در این پژوهش تمرکز حواس، عناصر فیزیکی، شناختی، عاطفی، رفتاری و معنوی تجربه یک بیمار مبتلا به درد مزمن را مورد هدف قرار دادند.

Song و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با عنوان «کیفیت زندگی و سلامت روانی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان» نشان دادند که کیفیت زندگی ضعیف خانواده بیماران روانی ارتباط معناداری با فشار وارده بر خانواده مانند مشکلات مالی و عدم حمایت اجتماعی داشت.

Narasipuram و Kasimahanti (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود بر کیفیت زندگی و فشار درک شده در مراقبین مبتلایان به بیماری‌های روانی و جسمانی، نشان دادند که ضعیف‌ترین سطح کیفیت زندگی در ابعاد تعاملات اجتماعی نمونه‌های مورد مطالعه موجود بود و نکته مهم آن است که این یافته در

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر فشار اقتصادی، اختلال در فعالیت‌های روزمره خانواده، اختلال در استراحت خانواده و بر فشار مراقبت اثر معنی‌داری داشت. در نتیجه، باید عنوان کرد که با آموزش‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌توان به زنان دارای همسران مبتلا به سرطان کمک کرد تا با شرایط موجود زندگی‌شان به نحو بهتری کنار بیایند و احساسات و هیجانات مناسب‌تری را در زندگی خود تجربه کنند.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین گروه مادران با کودک سالم و بیمار تفاوت معناداری از نظر درک، مدیریت و معنادیری و به طور کلی انسجام روانی و سلامت معنوی وجود داشت (عوض نژاد، ۱۳۹۵).

کاظمیان (۱۳۹۳) در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معنادار خود درمانجو نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی، سلامت جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی معنادار خوددرمانجو تاثیر مثبت داشته است.

ریاحی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی تاثیر آموزش مدیریت خلق منفی بر سلامت روان و افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم» که بر روی ۱۳ مادر دارای فرزند اوتیسم انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که این کارگاه توانسته است سلامت روان مادران را در خرده مقیاس‌های اضطراب/بی‌خوابی، نشانه‌های بدنی، اختلال در عملکرد اجتماعی به طور معناداری ارتقا دهد.

خیرآبادی (۱۳۸۶) در بررسی مقایسه شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به آسم و مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک نشان داد که شیوع افسردگی در گروه مادران کودکان فاقد بیماری مزمن ۱۶ درصد، در مادران کودکان مبتلا به دیابت ۳۰ درصد و در گروه مادران کودکان مبتلا به آسم ۲۷ درصد به دست آمد که دو گروه مادران کودکان بیمار از نظر افسردگی با مادران کودکان سالم تفاوت معنی دار داشتند ولی بین دو گروه مادران کودکان بیمار تفاوت معنی داری از این لحاظ مشاهده نشد. در گروه مادران کودکان مبتلا به آسم، فراوانی نسبی ابتلا به افسردگی، پیش از شروع بیماری فرزند ۲۱ درصد و در گروه مادران کودکان دیابتیک ۱۵ درصد بود که تفاوت معنی دار آماری داشت.

Martins (۲۰۲۱) در پژوهشی مروری برای سنجش اثر درمان حضور ذهن بر مشکلات روانی افراد سالم و بیماران جسمانی نشان می‌دهد که اکثر پژوهش‌ها تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن را بر کاهش افسردگی افراد سالم و بیمار جسمی تایید کرده اند و نشان داده اند.

#### ۲.۴. ابزارهای جمع آوری اطلاعات

مقیاس فشار مراقبت از بیمار (BIS): مقیاس فشار مراقبت از بیمار توسط پای و کاپور (۱۹۸۱)؛ به نقل از نوری خواجوی، (۱۳۸۷). این مقیاس به منظور تعیین میزان فشار روانی ناشی از مراقبت از بیمار طراحی شده است و یک مصاحبه نیمه ساخت-یافته است و نمره بالاتر در این آزمون فشار روانی بیشتر را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس بدین شرح است: دارای خرده مقیاس‌های فشار اقتصادی، اختلال در فعالیت‌های روزمره و اختلال در استراحت خانواده است که هر مورد در سه رتبه‌بندی شدید (۲)، متوسط (۱) و بدون فشار (صفر) قابل درجه بندی است. سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ خرده مقیاس فشار اقتصادی را می‌سنجد، سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ خرده‌مقیاس اختلال در فعالیت‌های روزمره را می‌سنجد و سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ خرده مقیاس اختلال در استراحت خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس از ضریب پایایی بالایی (۰/۷۲) برخوردار می‌باشد (ملکوتی و همکاران، ۱۳۷۷). ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۲ درصد بوده و در ایران توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۷۷) به نقل از نوری خواجوی (۱۳۸۷) به کار گرفته شده است.

فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۸ آیتم و سه عامل: جسمانی سازی (سوالات ۱ تا ۶)، افسردگی (سوالات ۷ تا ۱۲) و اضطراب (سوالات ۱۳ تا ۱۸) دارد که سوالات آن به صورت پنج درجه‌ای لیکرتی از ۰ (اصلاً) تا ۴ (به شدت) توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمده است. مدانلو (۱۳۸۸) در یک پژوهش مقدماتی بر روی ۴۰ آزمودنی ضرایب پایایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه-سازی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ بدست آورد. همچنین برای بررسی روایی همگرایی فرم کوتاه علایم روانشناختی از مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی-افسردگی استفاده شد که نتایج نشان داد مقیاس عواطف مثبت ( $r = -0/47$ )، مقیاس عواطف منفی ( $r = 0/70$ )، مقیاس شادی ( $r = 0/58$ ) و افسردگی ( $r = 0/48$ ) با این پرسشنامه همبستگی معنی‌داری دارند.

#### ۳.۴. یافته‌های تحقیق

در این بخش یافته‌های پژوهشی در سه بخش ارائه می‌شود: الف) یافته‌های جمعیت شناختی، ب) یافته‌های توصیفی و پ) یافته‌های استنباطی. لذا جهت نیل به این هدف جهت تجزیه و

انواع مختلف بیماریهای روانی و جسمانی بدون تفاوت وجود داشت.

Diodona (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان مداخلات مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی یا اضطراب پیش از زایمان مادران، به این نتیجه رسید که حضور ذهن میتواند به عنوان یک مداخله غیر دارویی و غیرتهاجمی برای مدیریت عواطف منفی مادران موثر باشد.

Gaue و Shure (۲۰۰۷) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه در کودکان تایوانی باحجم نمونه ۳۷۵ نفر (کودکان بیمار تحت درمان) و ۷۵۰ نفر (گروه شاهد) پرداخت، به این نتیجه دست یافت که مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی، آشفتگی روانشناختی بیشتری گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند.

McCullagh و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی تحت عنوان «عوامل موثر بر فشار مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران سکتة مغزی» نشان دادند که فشار مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبان با یکدیگر همبستگی داشته و میزان این همبستگی با ویژگی‌های بیمار (سن، وابستگی و خلق و خوی)، ویژگی‌های مراقب (سن، جنس، خلق و خو و آموزش) و سیستم حمایتی موجود (شبکه‌های اجتماعی و شبکه‌های خانوادگی) متغیر است.

#### ۴. روش شناسی تحقیق

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش دو گروه وجود دارد که برای گروه اول (گروه آزمایشی)، شناخت درمانی حضور ذهن به عنوان متغیر مستقل اجرا می‌شود و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نخواهد کرد.

R <sub>E</sub>	T <sub>1</sub>	X	T <sub>2</sub>
R <sub>C</sub>	T <sub>1</sub>	-	T <sub>2</sub>

#### ۴.۱. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری تمامی مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن (آسم، دیابت، سرطان، تالاسمی ماژور، بیماری‌های قلبی و کلیوی) بستری در بیمارستان‌های و مراکز درمانی کودکان شهر تهران بود که از بین آنها به صورت در دسترس ۱۰ مادر برای گروه آزمایش و ۱۰ مادر برای گروه کنترل پس از غربالگری‌های لازم و دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش بصورت تصادفی انتخاب و جایگزین شدند.

### ۵. روش اجرا

بعد از تصویب پروپوزال در گروه روان‌شناسی دانشگاه و اخذ کد اخلاق، پژوهش آغاز شد. پژوهشگر با مراجعه به مراکز درمانی کودکان، و بررسی پرونده‌های کودکانی که دچار بیماری‌های مزمن، و تماس با مادران آنها، پرسشنامه‌ها بصورت آنلاین به آنها ارسال، و پس از بررسی و غربالگری لازم تعداد ۲۰ نفر از آنها جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند. پس از جایگزینی انتخاب شدگان به صورت تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و یک گروه مداخله) از گروه تحت مداخله دعوت به شرکت در دوره درمانی به عمل آمد. سپس برای گروه آزمایشی به صورت جداگانه، برای توضیح منطبق درمان و قوانین و توافق برای زمان برگزاری جلسات و گرفتن رضایت‌نامه کتبی و شفاهی، جلسه توجیهی برگزار شد. اعضای گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تعداد ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن را دریافت کردند، اما اعضای گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. در پایان جلسات شرکت‌کنندگان دوباره پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

الگوی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در تحقیق حاضر به کار رفت برگرفته از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن محمدخانی و خانی پور (۱۳۹۱) بود که خلاصه‌ی جلسات هر یک از این پروتکل‌ها در ادامه بیان شده است.

تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS، نسخه شماره ۱۹ استفاده شد. با استفاده از آزمون‌های آماری، داده‌های این تحقیق مورد تجزیه تحلیل قرار گرفته و با استفاده از آمار استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون قرار گرفتند.

فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی: فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۸ آیتیم و سه عامل؛ جسمانی سازی (سوالات ۱ تا ۶)، افسردگی (سوالات ۷ تا ۱۲) و اضطراب (سوالات ۱۳ تا ۱۸) دارد که سوالات آن به صورت پنج درجه‌ای لیکرتی از ۰ (اصلاً) تا ۴ (به شدت) توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط دورا و همکاران (۲۰۰۶) ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمده است. مدانلو (۱۳۸۸) در یک پژوهش مقدماتی بر روی ۴۰ آزمودنی ضرایب پایایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه-ساز را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ بدست آورد. همچنین برای بررسی روایی همگرای فرم کوتاه علائم روانشناختی از مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی-افسردگی استفاده شد که نتایج نشان داد مقیاس عواطف مثبت ( $r = -0/47$ )، مقیاس عواطف منفی ( $r = 0/70$ )، مقیاس شادی ( $r = 0/58$ ) و افسردگی ( $r = 0/48$ ) با این پرسشنامه همبستگی معنی‌داری دارند.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش حضور ذهن

جلسه	تمرین جلسه	تامل و آگاهی
جلسه اول	هدایت خودکار) تمرین خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تامل و آگاهی برن، اجرای پیش آزمون، تشکیل گروه و معرفی اعضای گروه به همدیگر و، صحبت درباره آنچه آنها را به شرکت در گروه ترغیب کرده و آنچه از گروه می‌خواهند، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه	
	تکلیف جلسه	
	تکلیف خانگی	تمرین رسمی تامل ۴۵ دقیقه ای و آگاهی بدن و تمرین غیر رسمی و انجام یک فعالیت روزانه همراه با حضور ذهن، خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته توأم با حضور ذهن
جلسه دوم	تمرین جلسه	(مقابله با موانع) تامل و آگاهی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس
	تکلیف جلسه	تمرین افکار و احساسات
	تکلیف خانگی	تامل ۴۵ دقیقه ای و آگاهی بدنی، ده دقیقه تنفس با حضور ذهن، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزانه به شیوه ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند
جلسه سوم	تمرین جلسه	حرکت با حالت ذهن آگاهانه، انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی بر تنفس و بدن
	تکلیف جلسه	شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند یا ثبت تجربه‌های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار می‌گیرد
	تکلیف خانگی	تمرین تنفس و کشش در روزهای اول، سوم و پنجم هفته، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه در روزهای دوم، چهارم و ششم یک هفته، ثبت گزارشی از تجربه یک رویداد ناخوشایند، انجام تمرین ۳ دقیقه فضای تنفس سه بار در روز
جلسه چهارم	تمرین جلسه	(ماندن در زمان حال) پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص، فضای سه دقیقه ای تنفس، معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط، احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن
	تکلیف جلسه	شناسایی تجربه‌های ناخوشایند افراد گروه، تعریف قلمرو افسردگی، خستگی مزمن، استرس و ...

	تکلیف خانگی	تامل در وضعیت نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس سه بار در یک روز ، فضای سه دقیقه ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای در زمان های تجربه احساسات ناخوشایند
جلسه پنجم	تمرین جلسه	(پذیرش و اجازه / مجوز حضور ) ، تامل در وضعیت نشسته ، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس های بدنی ایجاد شده ، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس
	تکلیف جلسه	خواندن شعر میهمان خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن ، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های حضور ذهن برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه زمان حال
	تکلیف خانگی	تامل در وضعیت نشسته ، سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز ، سه دقیقه فضای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای هر زمانی که پی به احساسات ناخوشایند بردید ، پس از انجام تمرین ، راهی برای گشایش در پی سوی بدن
جلسه ششم	تمرین جلسه	(فکرها نه حقایق ) تامل در وضعیت نشسته ، آگاهی از تنفس و بدن به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن ، سه دقیقه فضای تنفس
	تکلیف جلسه	تمرین خلق ها ، افکار و دیدگاهی جایگزین ، مشخص کردن نشانه ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه ای عملی برای مقابله با آن ، آماده کردن اعضا برای پایان دوره
	تکلیف خانگی	۴۰ دقیقه انجام تمرین روزانه – کارکردن با ترکیب های متفاوتی از سه تمرین اصلی ، آگاهی یابی یا به کارگیری دامنه ای از تمرین های کوتاه تر ، آگاهی یابی از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از CD ( کاوش و پرورش وضعیتی که پس از پایان دوره نیز بتوان آن را به کار گرفت )
جلسه هفتم	تمرین جلسه	چگونه می توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم ؟ تامل در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن
	تکلیف جلسه	پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق ، آماده کردن فهرستی از فعالیت های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت آور یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می کند ، شناسایی نشانگان عود و توسعه راهکارهایی برای مقابله با تهدید به عود
	تکلیف خانگی	گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد ، فضای تنفس بر طبق روال قاعده ای و به عنوان راهبردی مقابله ای ، پس از تمرین کشف راهی برای بازگشایی در پی به انجام عمل ماهرانه ، توسعه سامانه هشدار دهنده اولیه برای تشخیص عود ، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن خلق از آن استفاده کرد
	تمرین جلسه	تامل و ارسی بدن ، به پایان رساندن تامل
جلسه هشتم	تکلیف جلسه	مروری بر سامانه های هشدار اولیه و برنامه های عملی که برای استفاده در زمان هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده اند ، مرور آنچه بر کل دوره گذشت ، چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند ؟ بحث درباره ی چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین های رسمی و غیر رسمی توسعه داده شد ، اجرای پس آزمون
	تکلیف خانگی	انتخاب برنامه ای برای که بتوان

## ۶. یافته های جمعیت شناختی

جدول ۲: توزیع فراوانی سن مادران در گروه آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش		سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۶۰	۶	۴۰	۴	۳۰ تا ۴۰
۴۰	۴	۶۰	۶	۴۰ تا ۵۰

گروه کنترل ۶۰ درصد (۶ نفر) در گستره سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ درصد (۴ نفر) در گستره سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود در گروه آزمایش ۴۰ درصد (۴ نفر) در گستره سنی ۳۰ تا ۴۰، ۶۰ درصد (۶ نفر) در گستره سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند. همچنین از بین افراد

جدول ۳: توزیع فراوانی مدت بیماری فرزند مادران در گروه آزمایش و کنترل

تفاوت گروهها	کنترل		آزمایش		مدت بیماری فرزند
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
Chi-Square=۰/۱۸ Sig=۰/۳۹	۱۰	۱	۲۰	۲	۵-۱
	۶۰	۶	۵۰	۵	۱۰-۵
	۴۰	۴	۳۰	۳	۱۵-۱۰

تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرض همسان بودن گروهها در متغیر مدت بیماری فرزند به درستی رعایت شده است.

در گروه آزمایش و کنترل بیشترین فراوانی در طول مدت بیماری فرزند به محدوده ۵-۱۰ سال اختصاص دارد. همچنین بین گروههای مورد مطالعه از نظر متغیر مدت بیماری فرزند

جدول ۴: توزیع فراوانی تحصیلات مادران در گروه آزمایش و کنترل

تفاوت گروهها	کنترل		آزمایش		تحصیلات
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
Chi-Square=۰/۶۶ Sig=۰/۶۵	۷۰	۷	۶۰	۶	دیپلم
	۳۰	۲	۳۰	۳	فوق دیپلم و کارشناسی
	۱۰	۱	۱۰	۱	ارشد

کوواریانس را برآورد می کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانسها، هم خطی چندگانه، همگنی واریانسها و همگنی شیبهای رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به جدول ۴ بیشترین فراوانی شرکت کنندگان از لحاظ تحصیلات مربوط به مدرک دیپلم می باشد. همچنین همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود بین گروههای مورد مطالعه از نظر متغیر تحصیلات مادر تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرض همسان بودن گروهها در تحصیلات مادر به درستی رعایت شده است.

**فرضیه پژوهش:** شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر فشار مراقبت مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های مزمن موثر است.

## ۷. یافته های استنباطی

بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس: قبل از تحلیل داده های مربوط به فرضیه ها، برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل

جدول ۵: آزمون مفروضه به هنجار بودن توزیع در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بر حسب گروه

گالموکروف اسمیرنوف			منابع تغییر
P	آماره	مرحله	
۰/۲۱	۰/۱۵۵	پیش آزمون	فشار مراقبت
۰/۲۶	۰/۱۹۱	پس آزمون	

معنا که نمرات گروه در مقیاس در دو موقعیت پیش آزمون، پس - آزمون دارای توزیع نرمال است.

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در متغیرها تأیید می شود. به این

جدول ۶: نتایج آزمون بررسی شیبهای رگرسیونی تحلیل کواریانس

P	MS	D	SS	متغیر
۰/۱۵	۴/۶۷۸	۱	۴/۶۷۸	پیش آزمون
۰/۰۷	۲/۹۱۹	۱	۳/۹۱۹	گروه × پیش آزمون

با توجه به نتایج جدول ۶ تعامل میان گروه و متغیرهای پیش-آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند. و اجرای تحلیل کواریانس تک متغیری مجاز است.

جدول ۷: نتایج آزمون لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات فشار مراقبت در پس آزمون گروه‌های مورد مطالعه

لون				پس آزمون
P	D2	D1	Levene	
۰/۳۹	۱۸	۱	۰/۳۸	

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس تک متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. براساس آزمون لون که برای متغیر در مرحله پیش آزمون و پس آزمون معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس بر روی نمرات پس آزمون فشار مراقبت

منبع	SS	d	MS	Sig	ضریب اتا
اثر گروه	۳۹۳/۶۶۶	۱	۳۹۳/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳
خطا	۳۴۴/۳۱۹	۱۷	۲۰/۲۵	-	-
کل	۲۹۲۹۲/۰۰۰	۲۰	-	-	-

بر اساس جدول ۸ فرضیه اول پژوهش مبنی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر فشار مراقبت مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن تایید می‌شود و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۵۳۳ درصد است و تفاوت‌های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بوده است و همچنین می‌توان گفت که ۵۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون متغیر فشار مراقبت، مربوطه به تاثیر مداخله (عضویت گروهی) می‌باشد.

**فرضیه پژوهش:** شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانگان بالینی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن موثر است.

جدول ۹: آزمون مفروضه به هنجار بودن توزیع در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بر حسب گروه

گالوکروف اسمیرنوف			منابع تغییر
P	آماره	مرحله	
۰/۲۳	۰/۱۳۳	پیش آزمون	نشانگان بالینی
۰/۱۷	۰/۱۱۶	پس آزمون	

همانگونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در متغیر نشانگان بالینی تأیید می‌شود. به این معنا که نمرات گروه در مقیاس در دو موقعیت پیش آزمون، پس آزمون دارای توزیع نرمال است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون بررسی شیب‌های رگرسیونی تحلیل کواریانس

متغیر	SS	D	MS	P
پیش آزمون	۳/۲۴	۱	۳/۲۴	۰/۱۵
گروه × پیش آزمون	۴/۱۱	۱	۴/۱۱	۰/۰۹

با توجه به نتایج جدول ۱۰ تعامل میان گروه و متغیرهای پیش-آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند. و اجرای تحلیل کواریانس تک متغیری مجاز است.

جدول ۱۱: نتایج آزمون لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات نشانگان بالینی در پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

لون				پس آزمون
P	D2	D1	Levene	
۰/۸۷	۱۸	۱	۰/۶۲	

پس‌آزمون معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس تک متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. براساس آزمون لون که برای متغیر در مرحله پیش آزمون و

جدول ۱۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

Sig	d خطا	d فرضیه	مقدار	آزمون اثر پیلایی
...	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۴۲/۱۳	۰/۹۵۰
...	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۴۲/۱۳	۰/۰۵۰
...	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۴۲/۱۳	۱۹/۱۶
...	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۴۲/۱۳	۱۹/۱۶

جدول ۱۳: آنالیز کواریانس برای بررسی معنی داری تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانگان بالینی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری های

مزمین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اندازه اثر	معنی داری
اضطراب	گروه	۱	۵۲۱/۱۱۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱	۸۵/۵۵۰	۰/۰۹	۰/۱۳
افسردگی	گروه	۱	۲۶۵/۴۵	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱	۲۵/۵۳۲	۰/۰۳	۰/۰۹
جسمانی سازی	گروه	۱	۴۵۶/۹۳۵	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱	۲۱۶/۸۶۵	۰/۰۷	۰/۰۸
نشانگان بالینی	گروه	۱	۲۵۴۳/۵۸	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱	۳/۱۲۹	۰/۰۹	۰/۱۰

این یافته با پژوهش‌های پیشین ( سرحدی و درگاهی، ۱۳۹۸، حمزه، ۱۳۹۶، McCullagh، ۲۰۰۵ ) همراستا می‌باشد. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، از یک سو با اجرای فن‌هایی که مربوط به مؤلفه حضور ذهن هستند، باعث کاهش آشفتگی هیجانی در فرد می‌گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی، به افزایش توانایی کنترل افکار و بهبود نحوه برخورد با افکار خود آیند و مزاحم می‌انجامد که این به نوبه خود باعث کاهش احساس فشار ناشی از مراقبت بیمار می‌گردد. از طرفی دیگر، افراد ذهن‌آگاه چون واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (نجاتی، ۱۳۹۰)، می‌توانند درکی عمیق از هیجانات و احساسات خود داشته باشند. همچنین آموزش حضور ذهن به این افراد کمک می‌کند تا با برخوردار شدن از مدیریت

جدول ۱۲ نشان می‌دهد تمام آزمون‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروهی هستند. یعنی حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکووا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانگان بالینی و هر سه بعد آن یعنی اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.49$ )، اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش نشانگان بالینی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر حدود ۶۹ درصد است.

## ۸. بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه‌ی اصلی پژوهش حاضر مبنی اینکه «شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر فشار مراقبت مادران فرزندان مبتلا به بیماری مزمین مؤثر است.» مورد تایید قرار گرفت.

جهت پذیرش هیجان‌ها و شناخت‌های مرتبط با شرایط خاص زندگی‌شان باعث می‌شود تا آنها از هیجان‌ناشان دوری نکنند بلکه فعالانه و آگاهانه آنها را تجربه کنند و چنین تجربه‌ای از هیجان‌ها باعث شناخت بیشتر و مفیدتری از آنان می‌شود و مشکلات آنان در شناسایی احساساتشان را برطرف می‌کند.

### موازن اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

### فهرست منابع

- Allen D, Marshall ES. Spirituality as a coping resource or Arican American parents o chronically ill children. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010; 35(4): 232-237.
- Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. Parent-Reported Quality o Lie o Children With Cerebral Palsy in Europe. *Pediatrics,* 2008; 121(1): 54-64.
- Awaznejad N, Ravanipour M, Bahraini M. Comparing the sense of coherence in mothers with healthy children and mothers with children suffering from chronic diseases. *Journal of health-oriented research,* 2015; (2). [Persian]
- Barmal F, Salehi Fedari J, Tayebi Z. The effectiveness of mind training on mental rumination, problem solving style, and emotional cognitive regulation in trauma patients. *Psychological Studies,* 2017; 14(2): 92-107. [Persian]
- Block J. Acceptance or change o private experiences: A comparative analysis in

هیجانی مناسب و کاهش اضطراب (Gross و Goldin, 2011) بتوانند با لذت بردن از لحظات زندگی خود در کنار پذیرش مشکل فرزندان، کمترین فشار و پیامدهای آن را در زندگی خود جاری سازند. لذا آموزش حضور ذهن با کمک به کاهش اضطراب و هیجان‌نا ناراحت کننده‌ی مادر مراقبت کننده از بیمار به او کمک می‌کند تا با فشارهای مالی و اقتصادی وارد بر خانواده به گونه‌ای مناسب‌تر کنار بیاید و با حفظ آرامش و سلامتی خود در جهت مدیریت و رفع این مشکلات تلاش کند. در واقع، ذهن آگاهی به عنوان یک سازه شناختی فعال و پویا قادر است که پاسخ دهی افراد به موقعیت‌های فشارزا و هیجانی را کاملاً تعدیل نماید، به این صورت که ذهن آگاهی با استفاده از توجه آگاهانه و توجه انعطاف‌پذیر موجب می‌شود که فرد از واکنش‌های هیجانی و عاداتی فاصله بگیرد و به جای واکنش به موقعیت، پاسخ مناسبی را طرح‌ریزی کند (Ndubisi, 2012; Shonin و همکاران، 2013).

فرضیه بعدی پژوهش حاضر مبنی بر اینکه «درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانگان بالینی مادران فرزندان مبتلا به بیماری مزمن مؤثر است.» مورد تایید قرار گرفت. این یافته با برخی پژوهش‌های پیشین (صادقی، 1399، برمال و همکاران، 1397، Phelps و همکاران، 2020، Martins، 2021، Block، 2018، Grossman، 2018، همسو می باشد. پژوهش حاضر می تواند به نوعی همسو با یافته Price و همکاران (2013) باشد. که در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر خود مراقبتی ذهن و جسم بیماران مبتلا به بیماری مزمن و مراقبان آنها پرداختند. نتایج اثربخشی ذهن آگاهی بر افزایش مهارت‌های خودمراقبتی جسمی و ذهنی، پذیرش بیماری و توانایی مدیریت مشکلات ناشی از بیماری را تایید کرد. در تبیین این یافته می‌توان به این امر اشاره کرد که حضور ذهن، آگاهی از تجربیات کنونی، با پذیرش است (Diodona، 2009). بنابراین روش حضور ذهن به زنان دارای فرزند بیمار این توانمندی را می‌دهد تا احساسات و هیجان‌های را که نسبت به بیماری فرزند خود و تغییرات ناشی از آن در زندگی و شرایط زناشویی، ارتباطی، اجتماعی و اقتصادی‌شان تجربه می‌کنند و مشکلاتی که در پی این تغییرات برایشان ایجاد می‌شود را بپذیرند و بتوانند آگاهانه و فعالانه با آنها کنار بیایند. زیرا ذهن آگاهی شامل حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، است و در برگیرنده‌ی آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی است، و در چنین توجهی بر زمان حال، فرد می‌تواند جنبه‌های مختلف تجربیات کنونی خود از جمله احساسات حال حاضرش را درک و شناسایی کند. بنابراین آموزش حضور ذهن با کمک به این گروه مادران در

- autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2003; 47(4-5): 231-237.
- Hovey JK. Athers parenting chronically ill children: concerns and coping strategies. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2005; 28(2):83-95.
- Kazemian S. The effectiveness of the cognitive therapy method based on mindfulness on the general health of drug addicts seeking treatment. *Scientific-Research Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 2013;4 (1): 181-192. [Persian]
- Khairabadi G, Malekian A, Fakharzadeh M. Comparison of prevalence of depression in mothers of children with asthma and mothers of children with type 1 diabetes. *Behavioral Science Research Journal*, 2006; (5)R1. [Persian]
- Konstantarease M, Homatidis S. Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal child psychopssychiatry* 2015; 30(3):459-470.
- Martins CD. Mindfulness or Depression? A Critical Analysis of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). *Revue YOUR Review (York Online Undergraduate Research)*, 2021; 8.
- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 2005; 36(10): 2181-2186.
- Mohammad Khani P, Khanipour H. Therapies based on presence of mind. *Publications of University of Welfare and Rehabilitation Sciences*, Tehran. 2011. [Persian]
- Narasipuram S, Kasimahanti S. Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, 2012; 13 (2): 99-103.
- Ndubisi NO. Mindfulness, reliability, pre-emptive conflict handling, customer orientation and outcomes in Malaysia's healthcare sector. *Journal of Business Research*, 2012; 65: 537-543.
- Nejati V. Investigating the relationship between mindfulness and executive functions in blind veterans. *Scientific college students with public speaking anxiety (Doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York)*. 2018.
- Diodona S. *Hand book of mindfulness*. New York: Willy press; 2009; 36-65.
- Dura E, Andreu Y, Galdo'n MJ, Errando M, Murgui S, Poveda R, Jimenez Y. Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: Confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptom Inventory 18. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006; 60: 365-370.
- Faramarzi S, Homai R, Izadi R. The effectiveness of cognitive-behavioral group training on life skills. 2011. [Persian]
- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* 2011; 10(1): 83-91.
- Greeson J, Eisenlohr-Moul T. *Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Pain. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. A volume in *Practical Resources for the Mental Health Professional*. Ruth Baer, University of Kentucky, Lexington, USA. 2014.
- Grossman P, Tieenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2016; 76(4): 226-233.
- Hamzeh H. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on emotional dyslexia and caregiving pressure in women with a spouse with cancer. *Islamic Azad University, psychology master's thesis*. Published. 2017. [Persian]
- Hassanzadeh M. The relationship between family caregiving, caregiving pressure and self-efficacy in mothers of children with illness. *Hayat Magazine*, 2018; 25(4)4. [Persian]
- Hastings RP. Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and others of children with

- Intellectual Disability Research, 2003; 47(4-5): 300-312 .
- Sarhadi M, Dargahi S. The effectiveness of commitment and acceptance therapy on marital stress and caregiving pressure of mothers with exceptional children. *Journal of Disability Studies*, 2018; 4(3). [Persian]
- Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser S. N, Boyle C. The Relationship Between Autism and Parenting Stress. *Pediatrics*, 2007; 119(Supplement 1), S114-S121.
- Shonin E, Van Gordon W, Slade K, GRIITHS MD. Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, In press. 2013.
- Shure S, Gaue. Parental and family factors in Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children, Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 2007; 41(8): 688-696.
- Song JL, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Support Care Cancer*, 2011; 19(10): 1519-1526
- Trask PC, Paterson AG, GRIITH KA, Riba M. B, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 2013; 98(4): 854-8
- Research Journal of Veteran Medicine, 2011; 44-48. [Persian]
- Nouri Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Dolatshahi B, Ofogeh S. Comparison of psychological stress in caregivers of patients with chronic schizophrenia and chronic bipolar patients. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 2008; 14(1): 78-89. [Persian]
- Phelps CL, Paniagua SM, Willcockson IU, Potter JS. The relationship between self-compassion and the risk of substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 2018; 183: 78-81.
- Price CJ, Diana TM, Smith-DiJulio KL, Voss JG. Developing compassionate self-care skills in persons living with HIV: a pilot study to examine mindful awareness in body-oriented therapy feasibility and acceptability. *International Journal of therapeutic massage & bodywork*, 2013; 6(2): 9.
- Riahi F, Khajavi N, Izadi S. Investigating the effect of negative mood management training on mental health and depression of mothers with children with autism. *Juntashapir scientific-research bi-monthly*, 2012; 4(2): 92-99. [Persian]
- Sadeghi A. Comparing the effectiveness of compassion-based mindfulness and mindfulness-based cognitive therapy on dysfunctional attitudes, self-control, and mental health. *Mojbayan positive psychology*, in progress. 2019. [Persian]
- Saloviita T, Itälinna M, Leinonen E. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a Double ABCX Model. *Journal*