



اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

فاطمه ابراهیمی جاویدی^۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش‌فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند، که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشته است. همچنین طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن (اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و نشانه‌های جسمی) در مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشته است. بنابراین می‌توان از آموزش برنامه طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، سلامت روان، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نقص توجه/بیش‌فعالی

^۱ کارشناسی ارشد روانسنجی (سنجش و اندازه‌گیری)، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Fatemeh.javidi@yahoo.com



مقدمه

تنش در بافت خانواده به خصوص وقتی مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضر روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (آسارنو، نیومن، ویس و سو^۱، ۲۰۲۱). یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش گردد، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است (بهشتی، چوانون و کریستینسن^۲، ۲۰۲۰). به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش‌زا محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه^۳ می‌باشد (فاراون و لارسون^۴، ۲۰۱۹). بیش‌فعالی و نقص توجه، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانش‌گری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (کورتس^۵، ۲۰۲۰). در اکثر موارد، بیش‌فعالی با مشکلات دیگری هم چون لجبازی، نافرمانی از والدین، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز همراه است (زو، استرترین، لیو، یانگ و بائو^۶، ۲۰۱۸). رفتارهای ناسازگارانه کودک (هم چون تکانش‌گری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی در والدین (هم چون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل به وجود می‌آورد (یاو، شیمادا، کاسابا و تومودا^۷، ۲۰۲۲). این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید، به شکلی که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (های، دافی، لمی و لمی^۸، ۲۰۲۲). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می‌تواند دامنه‌ای از طرد یا پذیرگی کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد (قندیانی آرنی، حسن‌زاده، غلامعلی لواسانی و عزیزی، ۱۴۰۱).

از جمله مشکلاتی که مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از آن رنج می‌برند، نشخوار فکری است که به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده شناخته می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. مطالعات زیادی از رابطه تنگاتنگ بین نشخوار فکری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند (ربیعانی و مجتبابی، ۱۳۹۷). این افراد با تمرکز بیشتر به عوامل فشارزای زندگی، دچار افکار ناکارآمدی می‌شوند که عمدتاً گرایش به گذشته داشته و به افکار منفی تکرارشونده‌ی متمرکز بر خود منتهی می‌شود که آن را نشخوار فکری گویند (تومینیا، کولاین، روزرو و گالا^۹، ۲۰۲۰). در واقع نشخوار فکری به عنوان افکار تکراری در مورد تجربیات مرتبط با عواطف تعریف می‌شود (کوواکس، تکاکس، توس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰) و شامل افکار منفعلانه‌ای است که متمرکز بر علت‌ها، نتایج و علائم هستند (عندلیب، عابدی، نشاط‌دوس و آقایی، ۱۳۹۹) که به عنوان نوعی رفتار برگشتی معمولاً برای مدت طولانی مدت دوام می‌آورد (هتریک، کاکس، فیشر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات تحولی نشان می‌دهد که سبک‌های پاسخ‌دهی نشخوار گونه، طی انتقال فرد از دوران کودکی به دوران بزرگسالی ایجاد و تثبیت می‌شوند (شاو، هیلت و استار^{۱۲}، ۲۰۲۱). حین نشخوار فکری فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خود در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فاجعه‌بار مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (خدری، شیرالی‌نیا و اصلانی، ۱۴۰۱).

تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن یک کودک بیمار رنج می‌برند (ایکاس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۶). والدین دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به ویژه مادران، اغلب به گونه‌ای زیان‌آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند. احساس تقصیر و گناه، احساس ناکامی و اضطراب و نگرانی، از جمله واکنش‌های شایع والدین در پی آگاهی از

¹ - Asarnow, Newman, Weiss & Su

² - Beheshti, Chavanon & Christiansen

³ - Attention Deficit and Hyperactivity Disease

⁴ - Faraone & Larsson

⁵ - Cortese

⁶ - Xu, Strathearn, Liu, Yang & Bao

⁷ - Yao, Shimada, Kasaba & Tomoda

⁸ - Hai, Duffy, Lemay & Lemay

⁹ - Tumminia, Colaianne, Roeser, & Galla

¹⁰ - Kovacs, Takacs, Toth

¹¹ - Hetrick, Cox, Fisher

¹² - Shaw, Conway & Starr

¹³ - Ekas



بیماری کودک است (رایت و مک کاتم^۱، ۲۰۱۲)؛ از طرفی اختلالات روان‌شناختی کودک، عامل نگران‌کننده برای سلامت روان خانواده محسوب می‌شود (تیمونز^۲ و همکاران، ۲۰۱۷) شواهد حاکی از آن است که خانواده‌های دارای کودک دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، از نظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند (اوزدمیر^۳، ۲۰۱۰). والدین کودکان ناپه‌نچار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که از بیماری فرزند به آنان تحمیل می‌کند، با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند؛ از طرف دیگر آن‌ها نمی‌توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند. این مسئله، موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت‌نفس، تعامل روانی-اجتماعی و سلامت روان آن‌ها، اثرات مخربی بر جای می‌گذارد (ژانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در افراد گوشه‌گیر، منزوی و با عزت‌نفس ضعیف، احتمال بروز بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است؛ درحالی‌که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شوند (جوز^۵ و همکاران، ۲۰۱۷).

اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرح‌واره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باهدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده‌اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرح‌واره درمانی است که توسط یانگ^۶ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح‌واره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می‌شود طرح‌واره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند. بنابراین شناخت طرح‌واره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (چویی-کاین و گاندرسون^۷، ۲۰۰۸). طرح‌واره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی^۸ به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقعی‌بینانه مشخص می‌شوند (پاگ^۹، ۲۰۱۵). رویکرد طرح‌واره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^{۱۰} نامیده می‌شوند. این دسته از طرح‌واره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرح‌واره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن^{۱۱}، ۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها خلق و خوی^{۱۲} ذاتی با تجارب ارتباطی غیر انطباقی اولیه به‌ویژه آسیب‌های کودکی^{۱۳} تعامل می‌کنند و به‌طور خاص‌تر، این طرح‌واره‌ها در صورتی به طرح‌واره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روان‌شناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل‌بستگی) برآورده نشوند (ون دن بروک، کولن-دی ووس و برنشتاین^{۱۴}، ۲۰۱۱). یانگ، کلسکو و ویشار^{۱۵} (۲۰۰۳) ۱۸ طرح‌واره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد^{۱۶}، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^{۱۷}،

1 - Wright & McCathren

2 - Timmons

3 - Ozdemir

4 - Zhang

5 - Jose

6 - Young

7 - Choi-Kain & Gunderson

8 - interpersonal psychopathology

9 - Pugh

10 - Early Maladaptive Schemas

11 - Doomen

12 - Temperment

13 - Childhood Trauma

14 - van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein

15 - Young, Klosko & Weishaar

16 - Disconnection & Rejection

17 - impaired autonomy and performance



حوزه محدودیت‌های مختل^۱، حوزه دیگر جهت مندی^۲ و حوزه گوش به زندگی بیش‌ازحد و بازداری. در همین رابطه تاسکا و بلفورم^۳ (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران سطوح بالاتری از ناامنی دل‌بستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است. عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان طرح‌واره درمانی هیجانی باعث بهبود نشانه‌های بالینی و کاهش طرح‌واره هیجانی در مراجعان شده است.

علاوه بر طرح‌واره درمانی، یکی دیگر از درمان‌های به نسبت نوین که در مورد مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش‌فعالی دارای کاربرد است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان این افراد مورد توجه قرار گیرد (پیتر، مک‌گراث، چمبرز و دیک^۴، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از مشکلات اثربخشی درمان را افزایش داده و به درمان افراد کمک کند (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ^۵، ۲۰۱۹). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمده را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بورکل، فندل و اسمیدت^۶، ۲۰۲۰). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به‌عنوان تجربیات مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (لیووریک، کاواناق و استرایوس^۷، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (کولز، لاندمن، کلودیوس، روس^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادل، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل توجهی در بهبود توان بخشی انواع بیماران داشته‌اند (زیمرمن، فینگان، پائول، اسمیدت، تای^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هنت، سیرز، کاتون، پالرلا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰) و استرس (مادوک، هوی، دی آلتون و کیری^{۱۱}، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد و باعث افزایش سلامت روان روانی بیماران می‌شود (فینبرگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود نشخوار فکری منجر می‌شود (گلدین و گروس^{۱۳}، ۲۰۱۰).

¹ - Impaired limits

² - Other Directedness

³ - Tasca & Balfour

⁴ - Petter, McGrath, Chambers & Dick

⁵ - Hazlett-Stevens, Singer & Chong

⁶ - Bürkle, Fendel & Schmidt

⁷ - Leeuwerik, Cavanagh & Strauss

⁸ - Külz, Landmann, Cludius, Rose

⁹ - Zimmerman, Finnegan, Paul, Schmidt, Tai

¹⁰ - Hente, Sears, Cotton, Pallerla

¹¹ - Maddock, Hevey, D'Alton & Kirby

¹² - Fineberg

¹³ - Goldin & Gross



با وجود شایع بودن اختلال بیش‌فعالی و تأثیر آن بر خانواده به نظر می‌رسد مطالعات و پژوهش‌های اندکی در جامعه آماری مادران این افراد صورت گرفته باشد. از این پژوهش حاضر با طرح فرضیه‌های خود این سؤال را مطرح می‌کند که درمان طرح‌واره مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش‌فعالی اثر می‌گذارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش‌فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد ۹۵ مادر دارای کودک بیش‌فعالی-نقص توجه جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) داشتن کودک مبتلابه بیش‌فعالی-نقص توجه (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی تا قبل از جلسات گروه‌درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه نشخوار فکری و سلامت روان می‌باشد. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد ۳۰ نفر از این مادران معیارهای ورود را داشتند بنابراین با توجه به طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه نشخوار فکری و سلامت روان را تکمیل کردند. سپس بسته آموزشی درمان طرح‌واره مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه توسط محقق هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اعمال شد. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول (۱) ارائه شده است.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزمای تداوم کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلف منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. چنان‌که در قبلاً توضیح داده شد، نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. هم‌چنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به‌علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامه سلامت روان یک پرسشنامه سرنندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است: خرده مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، و افسردگی. مدت‌زمان اجرای آزمون به‌طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. اعتبار و روایی: تا سال



۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی، که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شده است.

شرح جلسات مداخله تلفیقی درمان طرح‌واره و ذهن آگاهی: مدل تلفیقی درمان طرح‌واره محور و ذهن آگاهی تهیه برنامه و بسته درمانی آموزش مدل تلفیقی طرح‌واره و ذهن آگاهی که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد طرح‌واره و ذهن آگاهی نوشته فن ورسویک و همکاران (۲۰۱۴) ترجمه زیرک و حمیدپور (۱۳۹۸) می‌باشد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه آموزش داده شد. در مطالعه علی‌آبادی، شاره و تونزنده جانی (۱۳۹۹) اثربخشی مداخله تلفیقی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی تأیید و لذا دارای اعتبار لازم برای استفاده است.

جدول ۱. مداخله تلفیقی درمان طرح‌واره و ذهن آگاهی

| جلسات | محتوای مربوط به هر جلسه |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفی شرکت‌کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد نقش توجه و بیش‌فعالی و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج‌وجهی، آگاه شدن از طرح‌واره‌هایتان، خلاصه‌نویسی |
| جلسه دوم | توجه آگاهانه به محیط پیرامون، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، مراقبه کوتاه‌مدت واریسی بدن (پنج دقیقه‌ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی |
| جلسه سوم | توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی |
| جلسه چهارم | توجه آگاهانه به سبک‌های مقابله با طرح‌واره، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مقابله با طرح‌واره، شیرین کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی |
| جلسه پنجم | مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهانه به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه دقیقه‌ای به طرح‌واره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی |
| جلسه ششم | طرح‌واره: واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرح‌واره‌ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی |
| جلسه هفتم | مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگسال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی |
| جلسه هشتم | آینده، یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به‌عنوان کودک و بزرگسال، شیرین کاری و توجه آگاهانه به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی |
| جلسه نهم | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آن‌ها نسبت به طرح‌واره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تداوم جهت‌گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند |
| جلسه دهم | بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان به طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگسال سالمی که بر آسیب‌پذیری فرد نظارت دارد، با ملاحظت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است |



تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS-V25 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مقیاس نشخوار فکری و سلامت روان در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نشخوار فکری و سلامت روان به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| متغیر | عوامل | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
|-------------------|--------------|-----------|----------|
| شاخص آماری | | | |
| نشخوار فکری | گروه آزمایش | ۶۷.۲۳ | ۰۷.۱۷ |
| | گروه کنترل | ۶۹.۲ | ۷۹.۲ |
| سلامت روان | گروه آزمایش | ۴۹/۲۰ | ۴۰/۸۶ |
| | گروه کنترل | ۳/۷۸ | ۴/۱۰ |
| نشانه‌های جسمی | گروه آزمایش | ۱۱/۶۰ | ۹/۶۶ |
| | گروه کنترل | ۱/۵۴ | ۱/۳۴ |
| اضطراب و بی‌خوابی | گروه آزمایش | ۱۱/۳۳ | ۹/۶۶ |
| | گروه کنترل | ۱/۱۷ | ۱/۸۳ |
| نارساکنش اجتماعی | گروه آزمایش | ۱۳/۸۰ | ۱۱/۶۷ |
| | گروه کنترل | ۱/۰۲ | ۱/۱۶ |
| افسردگی | گروه آزمایش | ۱۲/۴۶ | ۹/۸۶ |
| | گروه کنترل | ۱/۶۸ | ۱/۶۴ |
| | میانگین | ۱۱/۲۷ | ۱۰/۹۳ |
| | انحراف معیار | ۲/۰۵ | ۱/۵۷ |

همچنان ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در نشخوار فکری و مؤلفه‌های سلامت روان را کاهش می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود نشخوار فکری و مؤلفه‌های سلامت روان در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کواریانس برای اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری

| متغیر | شاخص آماری | SS | Df | MS | F | معنی‌داری | اندازه اثر |
|-----------|------------|-------|----|-------|------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون | | ۱۵/۷۸ | ۱ | ۱۵/۷۸ | ۰/۲۰ | ۰/۶۵ | ۰/۰۰۶ |



| | | | | | | | |
|--------|------|----------|----|--------|------|------|------|
| نشخوار | گروه | ۴۴۷/۴۵ | ۱ | ۴۴۷/۴۵ | ۵/۷۴ | ۰/۰۲ | ۰/۱۳ |
| فکری | خطا | ۳۱۱۵/۹۶ | ۲۴ | ۸۶/۵۵ | | | |
| | کل | ۷۵۰۰۹/۰۰ | ۳۰ | | | | |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده ($F = ۵/۷۴$, $P < ۰/۰۵$)، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات نشخوار فکری شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از در طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشته است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای ابعاد سلامت روان

| متغیرها | شاخص آماری | منبع تغییر | SS | df | F | سطح معناداری | ضریب ایتا |
|-------------------|------------|------------|----|-------|-------|--------------|-----------|
| نشانه‌های جسمی | گروه | ۸/۲۷ | ۱ | ۳/۷۱ | ۰/۰۶ | ۰/۱۳ | |
| | خطا | ۵۳/۵۶ | ۲۴ | | | | |
| اضطراب و بی‌خوابی | گروه | ۱۴/۷۴ | ۱ | ۱۰/۵۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ | |
| | خطا | ۳۳/۵۱ | ۲۴ | | | | |
| نارساکنش اجتماعی | گروه | ۲۴/۹۴ | ۱ | ۸/۰۱ | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۵ | |
| | خطا | ۷۴/۶۷ | ۲۴ | | | | |
| افسردگی | گروه | ۱۴/۳۴ | ۱ | ۷/۱۶ | ۰/۰۱۱ | ۰/۲۴ | |
| | خطا | ۴۸/۱۱ | ۲۴ | | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش و افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای سلامت روان در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۲ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۴ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش و افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (میرباقری و همکاران، ۲۰۲۲؛ غیور کاظمی و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که یکی از راه‌های سازمان‌دهی اطلاعات در ذهن، تقسیم واقعیت‌ها به دودسته درست و نادرست است. اما طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها باعث می‌شوند که ما اطلاعات را آن‌گونه که طرح‌واره‌ها می‌خواهند برداشت کنیم بدون این‌که به آن آگاه باشیم. بسیاری از مشکلات به این دلیل ایجاد و تداوم می‌یابند که ما در وضعیت هدایت خودکار به موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهیم. طرح‌واره‌ها نه تنها بر چیزهایی که باورشان تأثیر می‌گذارند، بلکه بر چگونگی پردازش اطلاعات نیز که در زندگی روزانه با آن‌ها مواجه هستیم تأثیرگذار هستند، وقتی یک طرح‌واره و باورهای مرکزی مربوط به آن فعال می‌شوند، افراد اطلاعات را به صورت سوگیرانه پردازش می‌کنند طوری که اطلاعات سازگار با طرح‌واره باریابی و اطلاعات ناسازگار با طرح‌واره نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین رابطه متقابلی بین سوگیری در پردازش اطلاعات و باورهای مرکزی وجود دارد، لذا نیاز به هماهنگی شناختی و از طرف دیگر، استراتژی‌های مقابله



ناسازگار (تسلیم، اجتناب و جبران افراطی) باعث تداوم طرح‌واره‌ها می‌شوند (ون وریس و یجک و همکاران، ۲۰۱۴). طرح‌واره‌هایی که در کودکی شکل گرفته‌اند در طول زندگی تحت تأثیر تعارض‌ها، نیازهای قوی و افکار و احساسات دشوار راه‌اندازی می‌شوند. طرح‌واره‌ها در توانایی افراد در احساس امنیت در رابطه، توانایی در رفع نیازهایشان و توانایی در رفع نیازهای دیگران تداخل ایجاد می‌کنند. دست کشیدن از طرح‌واره‌ها دشوار است زیرا آن‌ها در سازمان‌دهی تجاربمان و ایجاد خطای ادراکی یا توهم ایمنی و پیش‌بینی پذیری در جهان به ما کمک می‌کنند و این احساس را ایجاد می‌کنند که ما می‌توانیم پیش‌بینی‌هایی درباره نتیجه روابطمان و محافظت از خودمان داشته باشیم. چگونگی پاسخ‌دهی افراد در هنگام راه‌اندازی طرح‌واره‌ها می‌تواند دقیقاً همان چیزی را خلق کند که آن‌ها از آن می‌ترسند. به‌محض راه‌اندازی طرح‌واره‌ها، یک تجربه تمام‌عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرح‌واره محور قدرتمندی را به بار می‌آوردند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به افراد این امکان را می‌دهد که به‌جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تأمل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت‌هایی مثل علائم بیماری افزایش می‌یابد و به‌جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجان‌ها و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و علائم بیماری کمتری را تجربه خواهند نمود. ذهن آگاهی به‌جای تلاش برای تغییر محتوای هیجان‌ها یا افکار، مستلزم تحمل است. مراقبه به فرد می‌آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس‌پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. از آنجاکه هیجان‌ها نمایانگر سخت‌ترین عوامل حواس‌پرتی‌اند، ذهن آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است. از این گذشته، افزایش آگاهی به بینش بیشتر نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی نظیر علل هیجان‌ها و ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته می‌انجامد. به‌عبارت‌دیگر، ذهن آگاهی شبیه مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلنن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت‌زدایی همه‌جانبه» یاد می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین طرح‌واره درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند در مرحله دوم که تغییر است از درمان شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، ایجاد یک ندای سالم درونی شده، و تمرینات رفتاری مختص در هم شکستن رفتار ناکارآمد)، درمان تجربی (تمرین ابراز خشم، غم یا درد)، درمان گشتالتی و روان‌درمانی بین فردی برای اصلاح طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی مرحله سوم را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال‌ساز طرح‌واره و ذهنیت، مجالی برای ایجاد روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی به وجود می‌آید. دستورالعمل مواجهه ذهن آگاهانه عبارت است از اجازه ظهور دادن به احساسات و تمرکز بر روی پاسخ‌های جسمانی حاصل از آن‌ها، بدون پیش‌بینی هیچ‌چیز، و بدون دست زدن به هیچ اقدامی. عجیب این‌که در بلندمدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (ون وریس و یجک و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای مرکزی از دل تروماهای خاص و رویارویی منفی با مراقبین که در طی آن نیازهای هیجانی اساسی برآورده نشده جوانه می‌زند. باورهای مبتنی بر طرح‌واره‌ها، هیجان‌ها بسیار دردناکی را راه‌اندازی می‌کنند. در حقیقت آن‌ها آن قدر تشویش‌زا هستند که افراد به‌محض فعال شدن این درد آن را سرکوب یا از آن اجتناب می‌کنند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷). با توجه به این‌که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرح‌واره‌هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم‌اندازهای جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرند. به‌عبارت‌دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات به‌راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابراز واکنش آنی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد تا فرآیندهای توجهی خود را بهتر درک، شناسایی و تنظیم کنند. این امر کمک می‌کند تا تمایل افراد برای توجه خودکار به افکار یا احساسات عاطفی خاص و همانندسازی با آن‌ها کم‌کم رنگ ببازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع‌تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت از نظر دور می‌ماند (ون وریس و یجک و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر مادران دارای فرزندان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی آموختند که تجربه‌های مرتبط با طرح‌واره‌هایشان مانند احساسات یاس، ترس، آسیب، طرد و تنهایی بخشی از سازمان ذهنشان است که



در همه روابط ظاهر می‌شوند. افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و امیال پرفشار مرتبط با طرح‌واره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آن‌ها دریافتند که راهبردهایی که از آن‌ها به‌عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب‌ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. به این درک رسیدند که هرگاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه مرتبط با طرح‌واره‌هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بیند و وقتی به‌جای تمرکز بر تلاش بر روی آنچه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آنچه کنترل‌ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم. همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش سلامت روان در مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش‌فعالی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (رفتر علی‌آبادی و شارح، ۲۰۲۲؛ فرهادی و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. در تبیین یافته پژوهش می‌توان بیان نمود هدف نهایی طرح‌واره درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است و همان‌طور که بک اشاره کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌های اضطراب ضروری است. تک‌تک مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرح‌واره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی بیماران دارای علائم بیماری را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرح‌واره غلط است. این روند سبب می‌شود تا این بیماران از بند پردازش‌های ناکارآمد رهاشده و بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری را به نمایش گذاشته و از این طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را نیز از خود نشان می‌دهند. از طرفی دیگر مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی از ارتقای کارکردهای شناختی و روان‌شناختی حمایت می‌کند. بر این اساس شرکت‌کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه ذهنی رها می‌شوند و ذهن خود را از خستگی رهاکننده و به‌واسطه این تغییرات جدیدی که فنون ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌کند، بیماران حاضر در پژوهش در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می‌گردد و که این‌ها همه بر قدرت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد.

همچنین در تبیین دیگر طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به این موارد اشاره نمود با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. همچنین از آنجایی که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی مراجعان در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، بنابراین ارتقا ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به‌طوری‌که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (گا، زو و ژا، ۲۰۱۸) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود و این عوامل نیز به‌خودی‌خود می‌توانند باعث کاهش علائم در بیماران و افزایش هیجانات و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی شوند. علاوه بر این طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به‌منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و هیجان‌های موقعیت منفی، بدون واکنش به‌طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. بنابراین افراد در نتیجه دریافت درمانی طرح‌واره مبتنی بر ذهن آگاهی، تجربیات شناختی را به‌عنوان عناصر مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و به‌عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و به‌جای



کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات شناختی که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند. از این رو می‌توان رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحرآن‌های زندگی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به‌صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به‌علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف مشاوره‌ای نیز توصیه می‌شود.

منابع

- خدیری، معصومه؛ شیرالی‌نیا، خدیجه و اصلانی، خالد. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک‌شده دختران نوجوان، روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۲۰۱-۲۲۳
- ربیعانی، صدف و مجتبیایی، مینا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش واقعیت درمانی گروهی بر میزان سازگاری اجتماعی و نشخوار فکری زنان نابارور، صارم در طب باروری، ۴(۲): ۹۹-۱۰۳
- عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۲۶(۱۱)، ۱۶۳-۱۴۹.
- عندلیب، سیما؛ عابدی، محمدرضا؛ نشاط دوست، حمید طاهر و آقایی، اصغر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده، روانشناسی بالینی، ۱۲(۱) قربانعلی زاده، مسعود؛ مقدم زاده، علی و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیماری‌پنداری. مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱)، ۱۴-۲.
- قندیانی آرانی، خدیجه؛ حسن‌زاده، سعید؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و عزیززی، محمدپارسا. (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی با رویکرد روان‌شناسی مثبت در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی: مرور نظام‌دار پژوهش‌ها. مجله روانشناسی افراد استثنایی، ۲۲(۲)، ۲۱۰-۱۹۶.
- Asarnow, R. F., Newman, N., Weiss, R. E., & Su, E. (2021). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder diagnoses with pediatric traumatic brain injury: A meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(10), 1009-1016.
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(6), e050329.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(11), 1050-1056.
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
- Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 29, 8-18.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575.



- Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums*, 20(5), 490-499.
- Ghayour Kazemi, F., Shahabizadeh, F., Safara, M., Shahidsales, S., Aledavood, S. A., Hosseini, S., & Zarei, E. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness Based Schema Therapy and Transdiagnostic Intervention on Cognitive Fusion with Illness and Posttraumatic Avoidance in Women with Breast Cancer: A Semi-Experimental Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 33(220), 54-65.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(4), 388-399.
- Hai, T., Duffy, H. A., Lemay, J. A., & Lemay, J. F. (2022). Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(1), 48.
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 347-358.
- Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.
- Hetrick, S. E., Cox, G. R., Fisher, C. A., Bhar, S. S., Rice, S. M., Davey, C. G., & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. *Early intervention in psychiatry*, 9(2), 93-99.
- Jose, A., Gupta, S., Gulati, S., & Sapra, S. (2017). Prevalence of depression in mothers of children having ASD. *Current Medicine Research and Practice*, 7(1), 11-15.
- Kovács, L. N., Takacs, Z. K., Tóth, Z., Simon, E., Schmelowszky, Á. & Kökönyei, G. (2020). Rumination in major depressive and bipolar disorder—a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 276, 1131-1141.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., & Maier, J. G. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 223-233.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120-135.
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, 10(12), 2606-2619.
- Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 16-28.
- Ozdemir, S. (2010). Social stories: an intervention technique for children with Autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1827-1830.



- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(5), 521-531.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review, 39*, 30-41.
- Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 32*(1), 91-103.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 58*, 97-105.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.
- Shaw, Z. A., Conway, C. C., & Starr, L. R. (2021). Distinguishing Transdiagnostic versus Disorder-Specific Pathways between Ruminative Brooding and Internalizing Psychopathology in Adolescents: A Latent Variable Modeling Approach. *Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49*(10): 1319-1331
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 710-717.
- Timmons, L., Ekas, N. V., & Johnson, P. (2017). Thankful thinking: A thematic analysis of gratitude letters by mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 34*, 19-27.
- Tumminia, M. J., Colaianne, B. A., Roeser, R. W., & Galla, B. M. (2020). How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. *Journal of Youth and adolescence, 49*(10): 2136-2148
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy, 38*(5), 325-332.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Wright, L. A., & McCathren, R. B. (2012). Utilizing Social Stories to Increase Prosocial Behavior and Reduce Problem Behavior in Young Children with Autism. *Child Development Research, 2012*
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA network open, 1*(4), e181471-e181471.
- Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial Effects of Behavioral Parent Training on Inhibitory Control in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Small-Scale Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry, 13*.
- Zhang, W., Yan, T. T., Du, Y. S., & Liu, X. H. (2013). Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(10), 1204-1210.
- Zimmerman, B. J., Finnegan, M. K., Paul, S., Schmidt, S. A., Tai, Y., Roth, K. A., & Husain, F. T. (2019). Functional brain changes during mindfulness-based cognitive therapy associated with tinnitus severity. *Frontiers in neuroscience, 13*, 747.



The Effectiveness of Schema Therapy based on Mindfulness on Rumination and Mental Health of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Fatemeh Ebrahimi Javidi¹

Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy based on mindfulness on rumination and mental health of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method is semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study includes all mothers with ADHD children aged 3 to 7 years old in Tehran in 1403, of which 30 people were randomly selected in the experimental group (15 people) by available sampling method) and the control group (15 people) were assigned. The experimental group of mindfulness-based schema therapy was trained for 10 sessions of 90 minutes, and the control group remained on the waiting list. The tools used in the current research included rumination questionnaire (Nolen Hoeksma and Maro, 1991) and mental health (Goldberg, 1972). The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was done in two descriptive and inferential parts (analysis of covariance). The results showed that schema therapy based on mindfulness had a significant effect on reducing rumination in mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Also, schema therapy based on mindfulness has had a significant impact on mental health and its components (anxiety and insomnia, social dysfunction, depression and physical symptoms) in mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Therefore, mindfulness-based schema therapy training can be used to reduce rumination and increase the mental health of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Key words: Rumination, Mental Health, Schema Therapy Based on Mindfulness, Attention Deficit/Hyperactivity

¹ Master's degree in psychometrics (measurement), Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)