فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۸، شماره ۲۲، پاییز ۱۴۰۲

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده وکیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال

آزاد سلمان نسب[۱]، سجاد رئوف کاظمی[۲]، هادی اسمخانی اکبری نژاد[۳]

چکیده

سابقه و اهداف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال بود. **روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان بیش‌فعال شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره خصوصی شهر تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایشی درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند. اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه‌گیری پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن (۱۹۸۴) و کیفیت زندگی (sf-36) (۱۹۸۴) بودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($p>۰/۰۵$). هر دو درمان در مقایسه با گروه، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش دادند ($p<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان ماندگار بود ($p<۰/۰۰۱$). تاثیر درمان‌ها بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($p>۰/۰۵$). **بحث و نتیجه گیری:** به نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند با افزایش پذیرش شرایط زندگی و مواجهه آگاهانه با آن، به‌عنوان روشی موثر برای کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال مورد استفاده قرار گیرند.

واژه های کلیدی: شناختدرمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، معنادرمانی، استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی، مادران کودکان بیش‌فعال

[۱]کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
[۲]کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی سراج، تبریز، ایران
[۳]دکتری تخصصی مشاوره، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی¬اکرم، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
(hadiakbarinejhad@yahoo.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (attention deficit hyperactivity disorder) جزو اختلالات عصبی- تحولی و از جمله شایع‌ترین اختلالات بهداشت روانی دوران کودکی است که تقریباً ۳ تا ۷ در صد کودکان سن مدرسه را دربر دارد. این کودکان نشانه‌هایی از جمله کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری را از خود نشان می‌دهند. این نشانه‌ها غالباً در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با همسالان و بزرگسالان ایجاد اختلال می‌کند (انجمن روان شناسی آمریکا[۱]، ۲۰۱۳). برای این اختلال سه زیر گروه تعریف شده است که شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع مرکب است (کوگان و همکاران[۲]، ۲۰۱۶). در راهنمای تشخیصی وآماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم (diagnostic and statistical manual of mental disorders)، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی این‌گونه تعریف شده است: الگوی فقدان توجه یا بیش‌فعالی-تکانشگری پایدار که مانع کارکرد یا پیشرفت فرد می‌شود. در تعریفی دیگر بیش‌فعالی، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (رابینسون و نیس[۳]، ۲۰۱۵). در کنار شواهد زیستی در تبیین علت شناسی، عوامل خانوادگی و زمینه‌های محیطی نیز که به نوعی فرایند ابتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را تسهیل می‌کنند مورد توجه است و در این میان، بافت خانوادگی بیشتر مورد بررسی قرار گرفته است (بایدرمن و فارانو[۴]، ۲۰۰۲). وجود کودک دارای اختلال، مشکلات زیادی را برای والدین به‌همراه دارد. والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به‌خصوص مادران به‌عنوان مراقبین اصلی کودک، اغلب به‌گونه‌ای زیان‌آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند. احساس تقصیر و گناه، ناکامی، اضطراب و نگرانی، ازجمله واکنش‌های شایع والدین در پی آگاهی از مشکل کودک است (آنکر[۵]، ۲۰۲۰). مادران این کودکان فشارها، مشکلات روانی، افسردگی، محدودیت در روابط بین‌فردی و استرس ادراک‌شده (perceived stress) بالایی را در زندگی با این کودکان تجربه می‌کنند که می‌تواند بهداشت روانی آن‌ها را به مخاطره بیاندازد و کیفیت زندگی (quality of life) خود را بسیار متفاوت از خانواده‌های عادی ارزیابی کنند (چنگ و تل[۶]، ۲۰۱۶).

استرس ادراک شده فرایندی روانشناختی است که طی آن، فرد سلامت جسمی و روانی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند (لی و همکاران[۷]، ۲۰۱۹). استرس ادراک‌شده به ارزیابی افراد از شرایط پرتنش زندگی و این‌که آن‌ها چقدر این شرایط را قابل کنترل یا غیرقابل کنترل می دانند، اشاره دارد (برایان و همکاران[۸]، ۲۰۱۷). استرس ذهنی زمانی ادراک می‌شودکه موقعیت تهدیدآمیز تفسیرشده و بین مطالبات محیط بیرون و ادراک فرد از توانایی مقابله با آن‌ها ناهمخوانی وجود داشته باشد (اسکینر و همکاران[۹]، ۲۰۲۰). مادران کودکان بیش‌فعال به دلیل احساس ناتوانی و بی‌کفایتی در ایفای نقش مادری و تربیت فرزند، استرس بالایی را تجربه می‌کنند و ممکن است به‌خاطر عدم کنترل رفتارهای تکانشی فرزندشان از روابط اجتماعی پرهیز کنند که این امر می‌تواند بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی این افراد را تحت‌تاثیر قرار دهد (آنکر، ۲۰۲۰).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی (world health organization) کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (مودال و همکاران[۱۰]، ۲۰۲۱). بنابراین موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (دیلی و همکاران[۱۱]، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی دارد که همه ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی را در بر می‌گیرد و حتی در زمینه های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی، عاطفی و معنوی هم استفاده می‌شود و در واقع یک نیروی قدرتمند در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ های مختلف است (علیرضایی و همکاران، ۱۴۰۰). کیفیت زندگی همچنین نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل فرد است که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در وی

---

۱. APA
۲. Coogan et al
۳. Robinson & Neece
۴. Biederman & Faraone
۵. Anker
۶. Cheung & Theule
۷. Lee et al
۸. Bryan et al
۹. Schneider et al
۱۰. Mundal et al
۱۱. Daly et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

برمی‌انگیزد و دیدگاه کلی فرد در مورد میزان رضایتی که از زندگی احساس می‌کند را شامل می شود (پرز فلورز و همکاران[۱۲]، ۲۰۲۰). از آن‌جا که مادران کودکان بیش‌فعال بیشترین ارتباط را با فرزند شان دارند و بیش از سایر اعضای خانواده درگیر چالش‌ها و مشکلات این کودکان می‌شوند ممکن است فشار و استرس بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کنند که در صورت عدم توجه و دریافت مداخلات مناسب می‌تواند سلامت روانی، روابط بین‌فردی و زناشویی این مادران را دچار بحران کند (ویتنی و اسمیت[۱]، ۲۰۱۵).

با در نظر گرفتن موارد مطرح شده در خصوص مشکلاتی که این مادران با آن مواجه هستند، اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهداشت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، بیش‌از پیش ضرورت پیدا می‌کند (نصیرنژاد و اکبری نژاد، ۱۴۰۰). مداخلات روانشناختی متعددی برای کاهش این مشکلات در نظر گرفته شده است که ازجمله آن‌ها می‌توان به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness based cognitive therapy (MBCT)) و معنادرمانی (logo therapy) اشاره کرد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری شناخته می‌شود. این رویکرد توسط Teasdale و همکارانش در سال ۱۹۹۲ مطرح شده است و یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختاریافته است که برگرفته از مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساخته شده توسط Kabat-Zinn است و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (کینگستون و همکاران[۲]، ۲۰۱۵). آموزش ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن هدفمند به لحظه حاضر بدون آگاهی قضاوت‌مندانه در مورد تجارب در حال وقوع درونی و بیرونی می‌باشد (تووت و همکاران[۳]، ۲۰۱۴). در این روش تاکید بر پذیرش افکار، احساسات و حالات بدنی و تجارب لحظه‌به‌لحظه فرد بوده است و برخلاف درمان شناختی- رفتاری، تغییر دادن افکار بیمار مد نظر نمی‌باشد. در این رویکرد فرض بر این است که فرد به واسطه پذیرفتن افکار و احساسات خود و عدم قضاوت در مورد آن‌ها به بهبودی می‌رسد. این رویکرد به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند، همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آن‌که به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تامل پاسخ دهد با تفکر و تامل پاسخ دهد (رودریگز و همکاران[۴]، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نه‌تنها باعث کاهش اختلالات روانی می شود، بلکه باعث می شود افراد دربرابر استرس‌های آینده، پاسخ سازگارانه‌تری بدهند (نیلا و همکاران[۵]، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر کاهش تنیدگی والدینی، نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد (شکری و همکاران، ۱۳۹۹)، ابر کاهش تنیدگی، افسردگی و اضطراب والدین، بر ارتقای کیفیت زندگی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان بیش‌فعال، بر کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده مادران باردار و استرس ادراک‌شده مادران کودکان با نیازهای ویژه موثر است (شافر و همکاران[۶]، ۲۰۲۰).

معنادرمانی امروزه یکی از رویکردهای مطرح روانشناسی در جهان است که توسط Frankel بنا نهاده شد و بر پایه‌ی مفاهیم اساسی از قبیل آزادی، مسئولیت‌پذیری، ارزش‌ها و جستجوی معنا قرار دارد. . براساس این رویکرد، ناراحتی زمان ما عبارتست از بی‌معنایی، یا خلاء وجودی که غالباً وقتی تجربه می‌شود که مردم خودشان را با امور عادی یا کار مشغول نمی‌سازند. فرآیند درمانی زمانی به نتیجه می‌رسد که فرد با رنج‌بردن، کار و عشق، چالش ایجاد نماید (شفیع آبادی و ناصری، ۱۴۰۲). فرانکل کوشید که انسان‌ها معنای زندگی خویش را دریابند و از رخوت و خلاء وجودی، بیرون آمده و آن سرچشمه‌های زلال زندگی را ادراک کنند و زندگی را پوچ و باطل ندانند. بنابراین باید هدف یا معنایی در زندگی وجود داشته باشد. این هدف یا معنا به‌گونه‌ای است که حتی بغرنج‌ترین لحظات زندگی را نیز معنادار می‌کند. مرگ، رنج و بلایای طبیعی همه با وجود معنا در زندگی قابل تحمل می‌شوند (پروچسکا و توراکس، ۱۹۹۹). معنای زندگی یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی است. توجه به ادراکات افراد درباره عوامل شخصی زندگی آنها نقش مهمی را در کیفیت زندگی آنها ایفا می‌کند. همچنین مطالعات نشان می‌دهد افرادی که معنای زندگی بالاتر و پذیرش خود بیشتری دارند، رضایت بیشتر از زندگی، مسئولیت‌پذیری بیشتر و خودکنترلی بالاتری دارند که همگی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد (خورانی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان دادند که معنادرمانی در کاهش استرس ادراک‌شده مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه تاثیر داشته است (چوپانی و عزیزی. ۱۴۰۰). همچنین معنادرمانی موجب

---

۱۲. Pérez-Flores et al
۱. Whitney & Smith
۲. Kingston et al
۳. Tovote et al
۴. Rodrigues et al
۵. Nila et al
۶. Shaffer et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

افزایش معنای زندگی، کیفیت زندگی و عملکرد خانواده مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش استرس ادراک‌شده مادران کودکان کم‌توان ذهنی، بر بهزیستی روانشناختی زنان بیوه شده است (آکتانا و اکشیب[۱]، ۲۰۲۲).

اهمیت نقش مادران در سلامت خانواده و فرزندان به‌خصوص کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی ضرورت پژوهش‌های بیشتری در این زمینه را ایجاب می‌کند. چالش‌ها و مشکلاتی که مادران این کودکان با آن روبه‌رو هستند می‌تواند بر تمامی جنبه‌های زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی، شغلی و سلامت جسمانی و روانی این افراد تاثیرگذار باشد، زیرا این مادران بیشترین زمان را با کودکان خود سپری می‌کنند و علاوه بر مشکلاتی که در مدیریت رفتار فرزند شان دارند، در برقراری ارتباط با اطرافیان نیز دچار نگرانی و استرس هستند که این شرایط می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت‌تاثیر قرار دهد. بنابر آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی، بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال موثر باشد. در پژوهش حاضر سعی برآن است تا ضمن بررسی اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای پژوهش، مشخص شود که کدام‌یک از این درمان‌ها بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال اثربخشی بیشتری دارد. در خصوص مقایسه اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته تا بتوانیم تناقضات موجود را بررسی کنیم. از این‌رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند بیش‌فعال بود که در سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روانشناسی خصوصی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت از مادران، پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن و کیفیت‌زندگی (sf-36) در بین ۱۷۱ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهش‌گران پر شدند) که ۱۴۱ نفر در پرسشنامه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی یک انحراف معیار بالاتر و پایین از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۴۵ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (سن ۲۵ تا ۴۵ سال، متاهل بودن، میزان تحصیلات (دیپلم تا لیسانس)، تعداد فرزند (۱ تا ۳ فرزند) و ملاک‌های خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری خاص و مزمن نظیر فلج، کم‌شنوا بودن، دیابت، اماس و ... ، استفاده از داروهای روان‌پزشکی مخصوص اختلالات روان‌شناختی حاد و شرکت همزمان با پژوهش حاضر در جلسات درمان مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی) انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G پاور (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین شد. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.223 بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی از نمونه‌ها جمع‌آوری شد، شامل سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزند بود.

مقیاس استرس ادراک شده کوهن: مقیاس استرس ادارک در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen و همکاران طراحی شد و افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا را مورد سنجش قرار می‌داد. این مقیاس دارای ۱۴ سوال است که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هیچ (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴)) نمره‌گذاری شده است. در این مقیاس ماده‌های ۴ ، ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۹ ، ۱۰ ، ۱۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات در این مقیاس از صفر تا ۵۶ بود که نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر بود. سازندگان ابزار روایی مقیاس را تأیید کرده و ضریب پایایی مقیاس را بالای ۰/۷۰ عنوان کرده‌اند (کوهن و همکاران[۱]، ۱۹۸۳). در ایران روایی محتوی این ابزار توسط ده تن از اساتید علوم پزشکی مشهد و دانشگاه آزاد اسلامی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن بالای ۰/۷۰ گزارش شد (سعادت و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شده است.

---

[۱] · Aktana & Ekşib
[۱] · Cohen et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

مقیاس کیفیت زندگی(sf-36): این پر سشنامه توسط Ferance & Powers در سال ۱۹۸۴ ساخته شده است و شامل ۳۶ سوال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف (۱) تا عالی (۵)) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتی شخصی می‌سنجد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پر سشنامه دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جنسی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط است. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط سازندگان این مقیاس برای کل پرسشنامه و هر یک از ابعاد گفته شده به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۳ گزارش شد که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد و کل پرسشنامه است. همچنین در ایران رفیعی و همکاران (۱۳۹۳) روایی همگرایی نسخه فارسی این پرسشنامه را برای کل پرسشنامه و ابعاد آن به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۶۶، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شده است

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت گروهی طبق برنامه Segal، Williams و Teasdele (۲۰۱۳) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Andrson (۲۰۰۷) دریافت کردند (جدول ۲). اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری، یک کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی و یک کارشناس ارشد روانشناسی عمومی برگزار شد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

جدول۱. جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق برنامه درمانی Segal و همکاران (۲۰۱۳)

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه وتجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با ستفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به‌لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییرعادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزیی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.

جدول ۲. جلسات معنادرمانی طبق برنامه درمانی Andrson (۲۰۰۷)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور و فرایند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنا درمانی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی
ششم	غلبه بر یاس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی و اجرای پس آزمون

جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت‌به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال متفاوت است.

متغیرهای مستقل: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی

متغیر وابسته: استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی، و برای مقایسه سن از آنالیز واریانس و برای مقایسه میزان تحصیلات و تعداد فرزندانشان از آزمون خی‌دو استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزند آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۳، سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزند تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه شده در سطح (P>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون امباکس، از آن‌جایی که F متغیرهای استرس ادراک شده (۲/۲۱۱) و کیفیت زندگی (۵/۵۲۱) به‌ترتیب در سطح ۰/۲۶۹ و ۰/۴۳۱ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه‌های همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچکتر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری باهم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۳۴۰) متغیر استرس ادراک‌شده در سطح خطای داده شده (۰/۵۰۹) و مقدار کرویت موخلی (۰/۱۴۲) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده (۰/۴۷۳) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزند آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

متغیر		ذهن‌آگاهی (N=۱۵)	معنادرمانی (N=۱۵)	کنترل (N=۱۵)	آماره	سطح معنی-داری
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		
سن		۴۰/۴۰±۰/۰۴۳ فراوانی(درصد)	۳۹/۰۷±۴/۰۴۴ فراوانی (درصد)	۴۰/۳۳±۴/۲۲۰ فراوانی (درصد)	F=۰/۵۸۵	۰/۵۶۲
تحصیلات	دیپلم	۸ (۵۳/۴)	۸ (۵۳/۴)	۶ (۴۰)	X^2=۱/۸۱۴	۰/۷۷۰
	فوق‌دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۷ (۴۶/۷)		
	لیسانس	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)		
تعداد فرزند	۱	۸ (۵۳/۴)	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	X^2=۱/۵۰۵	۰/۸۲۶
	۲	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)		
	۳	۱ (۶/۶)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از این هستند که نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه‌بر این تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱).

نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). از سوی دیگر نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی گروه‌های درمانی به‌ترتیب کمتر و بیشتر از نمرات گروه کنترل است. اما نمره استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش کیفیت زندگی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

با توجه به این‌که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر استرس ادراک‌شده بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر استرس ادراک‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست آمده برای متغیر استرس ادراک شده (۰/۳۵۵) نشان می‌دهد که ۳۵ درصد از تغییرات متغیر استرس ادراک شده مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بوده است. علاوه‌بر این اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست آمده برای متغیر کیفیت زندگی (۰/۲۴۵) نشان می‌دهد که ۲۴ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بوده است.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱)؛ اما اختلاف میانگین نمرات ا سترس ادراک شده و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش نسبت به یکدیگر معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی نا شی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی با کنترل ا ست. به‌طوری که هم در پیش‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات ا سترس ادراک شده و کیفیت زندگی گروه‌های آزمای شی به‌ترتیب کمتر و بی شتر از نمره گروه کنترل می‌با شد؛ اما نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش کیفیت زندگی به نفع هیچ‌یک از درمان‌ها نیست.

جدول ۴. نمرات متغیرهای استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پیگیری انحراف معیار±میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
استرس ادراک‌شده	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۶/۴۰±۳/۴۳۹	۲۲/۶۷±۳/۶۱۹	۲۲/۶۷±۳/۶۱۹	P<۰/۰۰۱	
	معنادرمانی	۲۶/۰۰±۲/۴۴۹	۲۱/۸۰±۲/۳۰۵	۲۱/۸۷±۲/۲۹۵	P <۰/۰۰۱	P <۰/۰۰۱
	کنترل	۲۶/۹۳±۳/۷۸۸	۲۷/۰۷±۳/۶۹۳	۲۷/۰۷±۳/۶۹۳	P >۰/۷۳۸	
کیفیت زندگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۹/۵۳±۴/۳۰۷	۴۵/۷۴±۶/۱۷۴	۴۵/۴۰±۶/۱۷۴	P <۰/۰۰۱	
	معنادرمانی	۴۰/۰۰±۴/۹۵۷	۴۵/۶۰±۵/۷۱۷	۴۵/۵۳±۵/۶۳۰	P <۰/۰۰۱	P <۰/۰۰۱
	کنترل	۳۹/۸۷±۳/۵۰۲	۴۰/۰۷±۳/۴۷۴	۴۰/۲۷±۳/۳۶۹	P >۰/۹۵۴	

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار		F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
استرس ادراک‌شده	زمان	۰/۷۹۱	اثر پیلایی	۷۷/۷۳۷	۲/۰۰۰	۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
	زمان*مداخله	۰/۷۱۰	اثر پیلایی	۱۱/۵۴۹	۴/۰۰۰	۸۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

کیفیت زندگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۶۸۶	۴۴/۸۳۱	۲/۰۰۰	۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۴۹۰	۶/۸۱۳	۴/۰۰۰	۸۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۵

جدول ۶. مقایسه زوجی برای متغیرهای پژوهش براساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	مجموع تفاوت‌ها	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
استرس ادراک‌شده (پیش‌آزمون)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	۰/۴۰۰	۱/۱۹۶	۱/۰۰۰
		کنترل	-۰/۵۳۳	۱/۱۹۶	۱/۰۰۰
استرس ادراک‌شده (پیش‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	-۰/۹۳۳	۱/۱۹۶	۱/۰۰۰
استرس ادراک‌شده (پس‌آزمون)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	۰/۸۶۷	۱/۱۹۳	۱/۰۰۰
		کنترل	-۴/۴۰۰	۱/۱۹۳	۰/۰۰۲
استرس ادراک‌شده (پس‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	-۵/۲۶۷	۱/۱۹۳	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده (پیگیری)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	۰/۸۰۰	۱/۱۹۳	۱/۰۰۰
		کنترل	-۴/۴۰۰	۱/۱۹۳	۰/۰۰۲
استرس ادراک‌شده (پیگیری)	معنادرمانی	کنترل	-۵/۲۰۰	۱/۱۹۳	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (پیش‌آزمون)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	-۰/۴۶۷	۱/۵۶۹	۱/۰۰۰
		کنترل	-۰/۳۳۳	۱/۵۶۹	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی (پیش‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۰/۱۳۳	۱/۵۶۹	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی (پس‌آزمون)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	-۰/۱۳۳	۱/۹۱۹	۱/۰۰۰
		کنترل	۵/۴۰۰	۱/۹۱۹	۰/۰۲۲
کیفیت زندگی (پس‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۵/۵۳۳	۱/۹۱۹	۰/۰۱۹
کیفیت زندگی (پیگیری)	شناخت‌درمانی	معنادرمانی	-۰/۱۳۳	۱/۸۹۹	۱/۰۰۰
		کنترل	۵/۱۳۳	۱/۸۹۹	۰/۰۳۰
کیفیت زندگی (پیگیری)	معنادرمانی	کنترل	۵/۲۶۷	۱/۸۹۹	۰/۰۲۵

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال تاثیر دارند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تاثیر این دو درمان بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشند به دلیل در دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان بیش‌فعال مقدور نبود، ولی می‌توان گفت نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر بدست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال می‌توان به نتایج پژوهش‌های شکری و همکاران (۱۳۹۹)، چاپلین [۱] و همکاران (۲۰۲۱)، اقدسی و همکاران(۱۳۹۸) و هوشیار و همکاران (۱۳۹۷)، عجم و همکاران (۱۳۹۸)، لونبرگ [۲] و همکاران (۲۰۲۰) شافر و همکاران (۲۰۲۰) اشاره کرد. شکری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که ذهن‌آگاهی از طریق فنونی مانند توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به این‌جا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات فرد تأثیر گذاشته و باعث کاهش تنیدگی و استرس ادراک‌شده والدین می‌شود. همچنین نتایج پژوهش عجم و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داد که اجرای برنامه آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش معنادار کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال شده است.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی شیوه خاص پرورش توجه برای توسعه آگاهی است. ذهن‌آگاهی شامل توانمند شدن در شناسایی جنبه‌های مشکل‌آفرین یک فکر و برقراری رابطه‌ای با رویکرد متفاوت با این افکار است. هدف هر دوره درمانی مبتی بر ذهن‌آگاهی آموزش شیوه‌های متفاوت برقراری ارتباط با محتواهای ذهنی است (رایان و احمد [۳]، ۲۰۱۸). نگرانی در مورد رفتار کودکان و نوجوانان و نحوه کنار آمدن با آن که منشأ تنش یا فشار روانی والدین است و به تبع آن احساس افسردگی و فقدان شایستگی که مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر استرس ادراک‌شده والدین دارد (شکری و همکاران، ۱۳۹۹). ذهن‌آگاهی از طریق سازوکارهایی مانند رویارویی، پذیرش، آرام سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر روابط با افکار و تنظیم هیجان باعث کاهش استرس می‌شود. با توجه به محتوای جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تاکید بر به‌کارگیری روش‌هایی برای کاهش استرس و هوشیار بودن نسبت‌به وضعیت خود می‌باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش خود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. در واقع، پذیرش بدون قضاوت با سلامت روان رابطه دارد (ون ویتمارس چن [۴]، ۲۰۱۸). به‌علاوه ذهن‌آگاهی از طریق پذیرش و تجربه هیجانات، ایجاد خودآگاهی و اجتناب از الگوی تفکر خودکار می‌تواند به‌عنوان آموزش در راستای توانبخشی و ارتقای کیفیت زندگی این مادران به کار گرفته شود (تازیکی و همکاران، ۱۴۰۱). درباره اثربخشی معنادرمانی می‌توان به نتایج مطالعات چوپانی و عزیزی (۱۴۰۰)، فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۷)، سرهنگ و همکاران (۱۴۰۱) و آکتانا و اکشیب (۲۰۲۲) اشاره کرد. چوپانی و عزیزی (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند معنادرمانی در کاهش میزان استرس ادراک‌شده در مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه تاثیر داشته است. همچنین پژوهش فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از این است که معنادرمانی موجب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم می‌شود.

یکی از اصول اساسی معنادرمانی این است که توجه انسان‌ها را به این مسئله سوق می‌دهد که انگیزه و هدف زندگی خود را به جای اجتناب از درد و کسب لذت، کشف معنا قرار دهند. معنادار بودن، به اشخاص اجازه می‌دهد رویدادها را تفسیر کنند و درباره چگونگی گذراندن زندگی و خواسته‌های خود در زندگی ارزش‌هایی در نظر بگیرند. در حقیقت یکی از کارکردهای معنایابی آن است که انسان را از احساس پوچی و سردرگمی نجات دهد و به آرامش یافتن انسان کمک کند و در نتیجه سبب سلامت روان در فرد شود (سرهنگی و همکاران، ۱۴۰۱). مادران کودکان با نیازهای ویژه با چالش‌های بسیاری روبرو هستند که آن‌ها را در معرض پیامدهای روانی منفی چون استرس قرار داده و سلامت روانی آنان را تضعیف می‌کند. معنادرمانی با ایجاد احساسی قوی از معنا و هدف در زندگی این مادران، سازگاری روانشناختی آن‌ها را تسهیل کرده و تاثیر افکار مزاحم بر سلامت روان را کاهش می دهد. به این خاطر که در این مداخله، تکنیک ها، منابع، راه‌های دریافت معنا و نیز استخراج علاقه‌مندی‌ها، اهداف و اولویت‌ها در زندگی آموزش داده می شود، نگرش متفاوتی نسبت به حوادث پراسترس ایجاد می‌شود و فرد رویدادهای منفی را به صورت احتمالات مثبت، مجددا چارچوب‌بندی می‌کند (فلاح زاده و همکاران، ۱۳۹۷). در کل معنادرمانی به افراد کمک می کند، درک جدیدتر و عمیق‌تری نسبت به زندگی و شرایط آن به‌دست آورند و ترغیب شوند امیدوارتر به زندگی ادامه دهند و به راحتی در مقابل اتفاقات زندگی تسلیم نشوند که این امر به کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کند (سرهنگ و همکاران، ۱۴۰۱).

---

۱. Chaplin
۲. Lönnberg
۳. Rayan & Ahmad
۴. van Wietmarschen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

نمونه پژوهش حاضر را مادران ۲۵ تا ۴۵ ساله دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. و تعمیم‌یافتن به مادران کودکان بیش‌فعال جوان‌تر و مسن‌تر و سایر شهرها را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها تو سط پر س شنامه انجام شد که به دلیل خودگزار شی بودن ابزارها، سوگیری در پا سخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنادرمانی، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش اسـترس ادراک‌شـده و افزایش کیفیت زندگی مادران دارای فرزند بیش‌فعال شـده اسـت. با توجه به نقش مهم مادران در خانواده و جامعه واز طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی آن‌ها پیشنهاد می شود در کیلینیک‌های روانشناسی، سازمان بهزیستی و مراکز دولتی و خصوصی مشاوره، از این درمان‌ها به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش ا سترس ادراک شده و افزایش کیفیت زندگی مادران دارای فرزند بیش‌فعال استفاده شود.

منابع

اقدسی، نسیم، سلیمانیان، علی اکبر؛ گندمانی، رقیه.(۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر طرحواره های هیجانی مادران کودکان فلج مغزی. آرشیو توانبخشی; دوره ۲۰، شماره۱.

پروچسکا، جیمز. ا، و نوراکس، جان. سی. (۱۹۹۹). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۹، چاپ یازدهم، تهران، نشر رشد.

تازیکی، طیبه؛ مومنی، خدامراد؛ کرمی جهانگیر؛ افروز، غلام علی. (۱۴۰۱). تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی. مجله روان شناسی افراد استثنایی، ۱۲(۴۵): ۱-۲۶.

چوپانی، مریم و عزیزی، زهرا،(۱۴۰۰)،بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش سلامت روان در مادران دارای فرزند اسـتثنایی، نهمین همایش علمی پژوهشـی علوم تربیتی و روان‌شـناسـی، آسـیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران،تهران.

خورانی، جواد؛ احمدی، وحید؛ مامی، شـهرام؛ ولی زاده، رضـا.(۱۳۹۹). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضـایت از زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی؛ (۱۰) :۱۱۲-۱۱۲.

رفیعی، نرگس؛ شریفیان، ثانی مریم؛ رفیعی، حسن؛ بهنام پور، ناصر؛ فروزش، کیان.(۱۳۹۳). ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران; ۲۴ (۱۱۶) :۷۵-۸۳

سرهنگی، معصومه؛ حسینی نسب، سیدداوود؛ پناه علی، امیر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، مهارت‌های ارتباطی و استرس والدگری مادران کودکان کم‌توان ذهنی. فصل‌نامه خانواده درمانی کاربردی، ۳(۱۲):۳۸۸-۴۱۷.

سعادت، سجاد؛ ا صغری، فرهاد؛ جزایری، ر ضوان ال سادات. (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تح صیلی با ا ستر س ادارک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۵ (۱۲): ۷۸-۶۷

.

شریفیان، قاضی جهانی؛ مریم، اکبرپور، مرتضی و اسمخانی اکبری نژاد، هادی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز. سلامت جامعه، ۱۴(۲)، ۹-۱۹.

شفیع آبادی، عیدالله؛ ناصری، غلامرضا.(۱۴۰۲). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز انتشارات دانشگاهی.

شکری، افسانه؛ کاظمی، رضا؛ نریمانی، محمد؛ تکلوی، سمیه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر تنیدگی والدینی مادران کودکان پرخاشگر. فصل‌نامه سلامت روان کودک، ۷(۱): ۲۰۵-۲۱۹.

عجم، صمد؛ محمدی یوسف‌نژاد، سیدیونس و آقاجان بگلو، سوسن،(۱۳۹۸)،اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بربهبود کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی(ADHD)جزیره قشـم،پنجمین همایش ملی تازه های روان‌شناسی مثبت‌نگر،بندرعباس.

علیرضایی مقدم بجستانی، سمیه؛ حاتمی، محمد؛ اکبری، الهام؛ چیانی، فریبا؛ رستمی، امیر مسعود. (۱۴۰۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و هوش معنوی با کیفیت زندگی همسران جانبازان. فصل‌نامه روان‌شناسی نظامی، ۱۲ (۴۸): ۷۵-۹۴.

فلاح زاده، هاجر؛ نوری، سارا؛ پور ابراهیم، تقی؛ نظربلند، ندا. (۱۳۹۷). اثربخ شی معنادرمانی گروهی بر معنای زندگی و عملکرد خانواده در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. خانواده پژوهی، ۱۴(۱): ۱۳۵-۱۴۹.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

نصیرنژاد، علی؛ اسمخانی اکبری نژاد، هادی.(۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت های فرزندپروری مثبت بر استرس ادراک شده و شادکامی مادران کودکان بیش فعال. تحولات جدید در روانشناسی، علوم تربیتی و تعلیم و تربیت; ۴:۲۷۱-۸۲.

هو شیار، مع صومه؛ کاکاوند، علی‌ر ضا؛ احمدی، عبدالجواد. (۱۳۹۷). اثربخ شی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. فصل‌نامه مددکاری اجتماعی، ۷(۲): ۳۲-۳۹.

Aktana Z, Ekşib H.(2022). The effect of the logotherapy-based group psychological counseling program on widowed syrian refugee women's well-being. TRCJHA;1: 31-48.

American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.(2013). Washington, DC: American psychiatric association; May 22.

Anderson, A.(2007). Logo therapy and spirituality/ a course in Victor Frankel Logo therapy. Available at http: www .Worsshapers.org.uk/. Retrieved 8/3/2007

Anker E, Haavik J, Heir T.(2020). Alcohol and drug use disorders in adult attention deficit/ hyperactivity disorder: prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation. World J Psychiatry; 9:202.

Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC.(2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. Am J Psychiatry; 9:1556-62.

Bryan AE, Kim HJ, Fredriksen-Goldsen KI.(2017). Factors associated with high-risk alcohol consumption among LGB older adults: The roles of gender, social support, perceived stress, discrimination, and stigma. The Gerontologist; 57:S95-104

Chaplin TM, Turpyn CC, Fischer S, Martelli AM, Ross CE, Leichtweis RN, Miller AB, Sinha R.(2021). Parenting-focused mindfulness intervention reduces stress and improves parenting in highly stressed mothers of adolescents. Mindfulness; 12:450-62.

Cheung K, Theule J.(2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. J Child Fam Stud.; 25:3451-61.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.(1983). A global measure of perceived stress. JSTOR; 1:385-96.

Coogan AN, Baird AL, Popa-Wagner A, Thome J.(2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: The what, the when and the why. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 67:74-81.

Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, Fallon M, Simmons C, McMillan DC, Laird BJ, Ryan AM.(2020). Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. Cancer. Jun 15;12:2872-82.

Kingston T, Collier S, Hevey D, McCormick MM, Besani C, Cooney J, O'Dwyer AM.(2015). Mindfulness-based cognitive therapy for psycho-oncology patients: an exploratory study. Ir J Psychol Med; 3:265-74.

Lee A, Lee KS, Park H.(2019). Association of the use of a heated tobacco product with perceived stress, physical activity, and internet use in Korean adolescents: A 2018 national survey. Int J Environ Res Public Health; 6:965.

Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M.(2020). Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression–Results from a randomized controlled trial. J Affect Disord; 262:133-42.

Mundal I, Laake P, Mezzich J, Bjørkly SK, Lara-Cabrera ML.(2021). Assessment of the quality of life in parents of children with ADHD: Validation of the multicultural quality of life index in norwegian pediatric mental health settings. Front Psychol; 12:638006.

Nila K, Holt DV, Ditzen B, Aguilar-Raab C.(2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. Ment Health Prev; 1: 36-41.

Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A.(2015). Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. Qual Life Res. 2020; 29:413-20.

Rayan A, Ahmad M.(2018). Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: A literature review. Perspect Psychiatr Care; 2:324-30

Robinson M, Neece CL.(2015). Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. J Ment Health Res Intellect Disabil; 1:23-46.

Rodrigues MF, Campos C, Pelucio L, Barreto I, Machado S, Appolinario JC, Nardi AE, Levitan M.(2019). Patients' comprehension of mindfulness-based cognitive behavioral therapy in an outpatient clinic for resistant depression: a cross-sectional study. Front Psychol; 10:271.

Schneider EE, Schönfelder S, Domke-Wolf M, Wessa M.(2020). Measuring stress in clinical and nonclinical subjects using a German adaptation of the Perceived Stress Scale. Int J Clin Health Psychol; 2:173-81.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD.(2013). Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd Ed. New York: The Guilford Press: 86.

Shaffer EJ, Lape JE, Salls J.(2020). Decreasing stress for parents of special needs children through a web-based mindfulness program: A pilot study. Internet J Allied Health Sci Pract; 4:16.

Tovote KA, Fleer J, Snippe E, Peeters AC, Emmelkamp PM, Sanderman R, Links TP, Schroevers MJ.(2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. Diabetes care; 9:2427-34.

van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M.(2018). Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. BJGP open; 4: 1.

Whitney RV, Smith G. Emotional disclosure through journal writing: Telehealth intervention for maternal stress and mother–child relationships. Rev J Autism Dev Disord; 11: 3735-3745.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۸، شماره ۲۲، پاییز ۱۴۰۲

Comparing the Effectiveness of Cognitive Therapy based on Mindfulness with Logo Therapy on Perceived Stress and Quality of Life of Mothers with Hyperactive Children

Azad Salmannasab [۱], Sajjad Raoufkazmi [۲], Hadi Smkhani Akbarinejhad [۳*]

ABSTRACT

Background: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with logo therapy on perceived stress and quality of life of mothers with hyperactive children. **Research method**: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the research was made up of all the mothers of hyperactive children in Tabriz city who referred to private counseling centers in Tabriz city in 1401. 45 people were selected and randomly divided into three groups using the purposeful sampling method (15 people in each group). The experimental groups received treatment specific to their group in 8 sessions of 1.5 hours. But the control group did not receive treatment. The measuring tools were Cohen's perceived stress (1984) and quality of life (sf-36) (1984) questionnaires. The data were analyzed by analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test. **Findings:** In the pre-test, there was no significant difference between the mean and standard deviation of perceived stress score and quality of life in the experimental and control groups ($p>0.05$). Both treatments decreased and increased mothers' perceived stress and quality of life in the post-test, respectively ($p<0.001$) compared to the group. In the follow-up phase, the effect of these two treatments was permanent ($p<0.001$). The effects of treatments on perceived stress and quality of life were the same in the post-test and follow-up phases ($p>0.05$). **Discussion**: It seems that these two treatments can be used as an effective way to reduce perceived stress and increase the quality of life of mothers of hyperactive children by increasing the acceptance of life conditions and consciously facing them.

Keywords: Cognitive Therapy Based On Mindfulness, Logo Therapy, Perceived Stress, Quality Of Life, Mothers Of Hyperactive Children.

[۱] Master's degree in General Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran
[۲] Master's degree in Educational Psychology, University Seraj, Tabriz, Iran
[۳] Ph.D in Counseling Psychology, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-24]