Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2024, Volume 10, Issue 4 10.22034/IJRN.10.4.2

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

Elnaz Shokri Fumshi[1], Ramzan Hassanzadeh[2*], Mohammad Kazem Fakhri[3]

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

Corresponding author: Ramzan Hassanzadeh, Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

Received: 2022/10/25 Accepted: 2023/10/15

Abstract

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

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

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

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

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

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ٤
10.22034/IJRN.10.4.2

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

الناز شکری فومشی[۱]، رمضان حسن زاده [۲*]، محمدکاظم فخری[۳]

۱– دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲– استاد، گروه روانشناسی، ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳– استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

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

دریافت مقاله: ۳/ ۸/ ۱۴۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۷/۲۳

چکیده

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

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

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین ±انحراف معیار در متغیر عملکرد اجرایی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون از ۹۳/۴۰±۸/۶۰ به ۱۱۷/۰۷±۹/۶۹ در پس آزمون تغییر یافت. هم چنین در متغیر بهزیستی روانی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون از ۳۵/۸۷±۴/۶۸ به ۵۴/۶۰±۵/۷۲ در مرحله پس آزمون تغییر یافت (P<۰/۰۰۱).

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

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

مقدمه

معلولیت واقعیتی انکارناپذیر است و به‌عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. درصد قابل‌توجهی از هر جامعه را افراد دچار معلولیت تشکیل می‌دهند. با این وجود مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی عملکردی و سلامت: به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها و محدودیت‌های عملکردی، محدودیت‌های مشارکتی مطرح‌شده است (۱). معلولین جسمی حرکتی بیشترین فراوانی نوع معلولیت را با ۴۰ تا ۵۰ درصد به

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

خـود اختصـاص می‌دهنـد. در کل دنیـا ۶۰۰ میلیـون معلـول وجـود دارد و در کشـور یـک میلیـون و ۸۰۰ هـزار نفـر معلـول در مجموعـه بهزیسـتی وجـود دارد (۲) تعریـف عـدم معلولیـت و معلولیـت بـر اسـاس یـک الگـوی زیسـتی- روانـی- اجتماعـی تبییـن می‌شـود. زیـرا معلولیـت نتیجـه یـک اختـلال یـا ناتوانـی اسـت و فـرد معلـول را از انجـام یـک یـا چنـد نقـش طبیعـی کـه مبتنـی بـر عوامـل اجتماعـی و فرهنگـی مـی باشـد بـاز مـی دارد (۳). معلولیت‌هـای جسـمی را، آن ویژگی‌هایـی کـه مانـع بـروز توانایـی جسـمی یـا بدنـی کارآمـد در فـرد می‌شـوند تعریـف نمـود. معلولیت‌هـای جسـمی-حرکتی، عـلاوه بـر محدودیت‌هـا یـا مشـکلاتی کـه ازنظـر کاربـردی در فـرد ایجـاد می‌کننـد، ممکـن اسـت موجـب تأثیـرات سـوء روان‌شـناختی در اثـر تعامـلات اجتماعـی بـر شـخصیت فـرد معلـول یـا تکویـن بهینـه آن داشـته باشـد. افـراد معلـول بـا مشـکلات و آسـیب‌های متنـوع و متعـددی در روابـط بیـن فـردی، کار، محیط‌هـای تحصیلـی و حوزه‌هـای عاطفـی- رفتـاری روبـرو هسـتند (۴).

معلولیـن جسـمی-حرکتی مشـکلات اساسـی در عملکـرد اجرایی دارنـد و بـه همیـن علـت ناکامـی بیشـتری را تجربـه مـی کننـد (۵). عملکرد اجرایـی مجموعـه ای از فرآینـدهای شـناختی سـطح بـالا هسـتند کـه بـه کـودکان کمـک مـی کننـد تـا فعالیـت هـای خـود را برنامـه ریـزی کـرده و آن هـا را سـازمان دهنـد، احساساتشـان را مـدیریت کننـد، بـر افکارشـان نظارت داشـته باشـند و رفتارهایشـان را در بهتریـن حالـت تنظیـم کننـد (۶). بـر ایـن اسـاس، کارکردهـای اجرایـی بـا ظرفیـت هایـی کـه دارد در فرآینـد یادگیـری و در زندگـی روزانـه و فرآینـد تحصـیلی کـودک از اهمیـت خاصـی برخـوردار است (۷). به عبـارت دیگـر کارکردهـای اجرایـی مجموعـه ای از توانایـی هـای عالـی، شـامل خودگردانـی، خودآغازگـری، برنامـه ریـزی، انعطـاف پذیـری شـناختی، حافظـه کاری، سـازماندهی، ادراک پویـا از زمـان، پیـش بینـی آینـده و حـل مسـئله اسـت کـه در فعالیـت هـای روزانـه و تکالیـف روزانـه یادگیـری بـه کـودکان کمـک مـی کنـد (۸).

در سـال‌های اخیـر، گروهـی از پژوهشـگران حوزه سـلامت روانی ملهـم از روانشناسـی مثبـت نگـر رویکـرد نظـری و پژوهشـی متفاوتـی بـرای تبییـن و مطالعـه ایـن مفهـوم برگزیده‌انـد. آنـان سـلامت روانـی را معـادل عملکـرد روانشناسـی مثبـت تلقـی و آن را در قالـب اصطـلاح «بهزیسـتی روان‌شـناختی» مفهوم‌سـازی کرده‌انـد. ایـن گـروه نداشـتن بیمـاری را بـرای احسـاس سـلامت کافـی نمی‌داننـد، بلکـه معتقدنـد کـه داشـتن احسـاس رضایـت از زندگـی، پیشـرفت بسـنده، تعامـل کارآمـد و مؤثـر بـا جهـان، انـرژی و خلـق مثبـت، پیونـد و رابطـه مطلـوب بـا جمـع و اجتمـاع و پیشـرفت مثبـت از مشـخصه‌های فـرد سـالم اسـت (۹). ریـف بهزیسـتی روان‌شـناختی را تـلاش بـرای کمـال در جهـت تحقـق توانایی‌هـای بالقـوه‌ی واقعـی فـرد می‌دانـد. ابعـاد بهزیسـتی روان‌شـناختی شـامل پذیـرش خـود (توانایـی دیـدن و پذیرفتـن نقـاط ضعـف و قـوت خـود)، رابطـه مثبـت بـا دیگـران (داشـتن ارتبـاط نزدیـک و ارزشـمند بـا افـراد مهـم زندگـی)، خودمختـاری (توانایـی و قـدرت پیگیـری خواسـته‌ها و عمـل بـر اسـاس اصـول شـخصی حتـی اگـر مخالـف آداب و رسـوم و تقاضاهـای اجتماعـی باشـد)، زندگـی هدفمنـد (داشـتن غایت‌هـا و اهدافـی اسـت کـه بـه زندگـی فـرد جهـت و معنـا بخشـد)، رشـد شـخصی (بـه ایـن معنـا کـه اسـتعدادها و توانایی‌هـای بالقـوه‌ی فـرد در طـی زمـان و در طـول زندگـی بالفعـل خواهـد شـد) و تسـلط بـر محیـط (توانایـی تنظیـم و مدیریـت امـور زندگـی به‌ویـژه مسـائل زندگـی روزمـره مـی باشـد (۱۰)

هم‌راسـتا بـا درمان‌هـای پزشـکی و تخصصـی بـرای کاهـش علائـم جسـمانی در بیماری‌هـای روان‌تنـی، درمان‌هـای روان‌شـناختی نیـز مـوج جدیـدی از تأثیرگـذاری را ایجـاد کردنـد. درمان‌هـای مـوج سـوم کـه بـه درمان‌هـای پذیـرش موسـوم هسـتند، یکـی از شـاخه‌های درمان‌هـای جدیـد روان‌شـناختی می‌باشـند و ذهـن آگاهـی یکـی از رویکردهـای مـوج سـوم اسـت کـه یـک مداخلـه تأثیرگـذار بـرای کاهـش و بهبـود عارضه‌هـای روان‌شـناختی بیماری‌هـای مزمـن اسـت کـه جـان کابـات زیـن آن را جهـت کاهـش اسـترس و نشـانه‌های درد بـه کاربـرد (۱۱) ذهـن آگاهـی درمـان مراقبـه‌ای از ترکیـب مراقبـه ذهـن آگاهـی بودایـی و تمرین‌هـای روان‌شـناختی و بالینـی عصـر جدیـد اسـت. شـامل مجموعـه‌ای از فنـون و روش‌هایـی اسـت کـه فـرد بـدون قضـاوت و هوشـیارانه و بـدون ارزیابـی بـا حوادثـی کـه در زمـان حـال رخ می‌دهـد روبـرو می‌شـود. بـودن در لحظـه حـال و بـدون قضـاوت اسـت. در ایـن نـوع درمـان، افـراد یـاد می‌گیرنـد تـا فقـط مشـاهده‌گر جریان‌هـای ذهنـی، احساسـات، افـکار و حس‌هـای بدنـی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

خـود باشـند کـه ممکـن اسـت احساسـات منفـی (نظیـر تـرس و تشـویش، افـکار فاجعـه پنـدار و نشـخوار فکـری در مـورد آینـده) و حس‌هـای بدنـی منفـی (ماننـد درد ناشـی از بیماری‌هـای مزمـن) را در پـی داشـته باشـد. شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی باعـث می‌شـود افـراد یـاد بگیرنـد کـه احساسـات و افـکار خـود را بـدون ارزیابـی مشـاهده‌گر باشـند و از مکانیسـم‌های اجتنـاب اسـتفاده نکننـد و خـود را مغلـوب آن‌هـا ندانـد (۱۲).

در مطالعـات طریفـی و همـکاران (۱۳)، Semple (۱۲) و Koncz و همـکاران (۱۴) تاثیـر شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهن-آگاهـی بـر عملکـرد اجرایـی مـورد تاییـد قـرار گرفتـه اسـت. در مطالعـات بحرینـی و همـکاران (۱۵)، Sulosaari و همـکاران (۱۶) تاثیـر درمـان شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر بهزیسـتی روانـی مـورد تاییـد قـرار گرفـت.

بـا توجـه بـه آن چـه کـه بیـان شـد و عـدم پژوهشـی درد اخـل کشـور کـه همـه متغیرهـای ایـن پژوهـش را در یـک مطالعـه بررسـی کنـد، بنابرایـن هـدف پژوهـش حاضـر تعییـن اثربخشـی شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر عملکـرد اجرایـی و بهزیسـتی روانـی معلولیـن جسـمی-حرکتی دارای پریشـانی روان شـناختی بـود.

روش کار

روش پژوهـش نیمـه آزمایشـی و از نـوع پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون بـا گـروه آزمایـش و یـک گـروه کنتـرل بـود. جامعـه‌ی آمـاری در پژوهـش حاضـر شـامل کلیـه معلولیـن جسـمی-حرکتی- دارای پرونـده در اداره بهزیسـتی شـهر بابـل در سـال ۱۴۰۱ بـود. حجـم نمونـه شـامل ۳۰ نفـر کـه بـه روش نمونـه گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند و بـه صـورت تصادفـی بـا روش قرعـه کشـی بـه دو گـروه آزمایـش (۱۵نفـر) و گـروه کنتـرل (۱۵ نفـر) تقسـیم شـدند. در ایـن پژوهـش ریـزش آزمودنـی هـا وجـود نداشـت. روش انجـام تحقیـق بدیـن صـورت بـود کـه ابتـدا بـا مراجعـه بـه اداره بهزیسـتی شـهر بابـل و بررسـی پرونده‌هـای موجـود، افـرادی بـا معلولیـت خفیـف تـا متوسـط بودند؛ شناسـایی شـدند و بیـن آن هـا پرسشـنامه آشـفتگی روان‌شـناختی Kessler (۲۰۰۲) توزیـع گردیـد. افـرادی کـه نمـره بالاتـر از نمـره برش پرسشـنامه آشـفتگی روان‌شـناختی (نمـره بـرش۸) کسـب نمودنـد؛ بـه عنوان نمونـه انتخـاب گردیدنـد. گـروه آزمایـش و کنتـرل در جلسـه اول مداخلـه در مرحلـه پیـش آزمـون پرسشـنامه هـای مذکـور را تکمیـل کردنـد و در جلسـه آخـر مداخلـه، پرسشـنامه هـا را بـه عنـوان پـس آزمـون تکمیـل کردنـد. معیارهـای ورود بـه پژوهـش عبـارت بـود از: نمـره‌ای بالاتـر از نمـره برش پرسشـنامه آشـفتگی روان‌شـناختی (نمـره ۸) را کسـب نمودنـد، آن‌هـا بیـن ۲۰تـا ۵۰ سـال باشـد، سـابقه بیمـاری خـاص جسـمی و روان‌شـناختی حـاد نداشـته و تحـت مشـاوره نباشـند و حداقـل دارای تحصیـلات دیپلـم باشـند. معیارهـای خـروج از پژوهـش نیـز عبـارت بـود از: ۱ـ عـدم همـکاری فـرد تـا انتهـای درمـان ۲- غیبـت مکـرر (۳ جلسـه) در طـول دوره درمـان.

جهـت رعایـت اصـول اخلاقـی، ابتـدا هـدف از اجـرای تحقیـق بـرای شـرکت کننـدگان شـرح و رضایـت آن هـا بـرای شـرکت در ارزیابـی هـا جلـب شـد و بـه آن هـا اطمینـان داده شـد کـه اطلاعـات اسـتخراج شـده و نـام آن هـا، بصـورت محرمانـه اسـت. افـرادی در مطالعـه پذیـرش شـدند کـه علاقـه و تمایـل بـه شـرکت در مطالعـه راداشـتند. ارزیابـی هـا فاقـد هرگونـه ضـرری بـرای فـرد بودنـد و هیـچ گونـه مخـارج و هزینـه ای بـرای شـرکت کننـدگان در بـر نداشـتند؛ درصورتـی کـه در خلـل جلسـات، فـرد مایـل بـه ادامـه ی همـکاری نبـود، ممانعتـی بـه عمـل نمی‌آمـد. ابزارهـای پژوهـش عبـارت بودنـد از:

پرسشـنامه عملکـرد اجرایـی: ایـن پرسشـنامه یکـی از جدیدتریـن ابزارهـای سـنجش کنش‌هـای اجرایـی اسـت کـه بـر مبنـای نظریـه عصـب روان‌شـناختی توسـط بارکلـی (۲۰۱۱) تدوین شـده اسـت (۱۷). ایـن مقیـاس ۸۹ سـؤالی یـک ابـزار خـود گزارشـی اسـت کـه بـرای محـدوده سـنی ۱۸ تـا ۸۱ سـال قابل‌اجـرا بـوده و پاسـخ گویـی بـه آن و مبنـای طیـف لیکـرت ۴ درجـه‌ای (هرگـز یـا به‌نـدرت=۱، بعضی‌اوقـات=۲ ، اغلـب=۳ ، همیشـه=۴) می‌باشـد. مقیـاس مذکـور شـامل پنـج خـرده مقیـاس اسـت کـه ایـن خـرده مقیاس‌هـا ۵ کنـش اجرایـی خـود مدیریتـی زمـان (سـؤال۱تا ۲۱)، خـود سـازماندهی/ حـل مسـئله (از سـؤال ۲۲ تـا ۴۵)، خودکنترلـی/ بـازداری (سـؤال ۴۶ تـا ۶۴)، خـود انگیزشـی (سـؤال ۶۵ تـا ۷۶) و خـود نظـم جویـی هیجـان (سـؤال ۷۷ تا ۸۹) را اندازه‌گیـری می‌کننـد. حداقـل نمـره ۸۹ و حداکثـر نمـره ۳۵۶ بـود. نمـرات بـالا در هـر خـرده مقیـاس بـرای بیانگـر نارسـایی بیشـتر در آن کنـش اجرایـی می‌باشـد ایـن پرسشـنامه دارای اعتبـار خـوب و روایـی مطلـوب می‌باشـد و ابـزار مناسـبی جهـت سـنجش نارسـا کنـش مـرزی اسـت. بـرای کل مقیـاس ضریـب

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۱ و بـرای خـرده مقیـاس خـود مدیریتـی زمـان، خـود سـازماندهی/ حـل مسـئله، خودکنترلـی/ بـازداری، خـود انگیزشـی و خـود نظـم جویـی هیجـان بـه ترتیـب ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۳ ، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ می‌باشـد. هـم چنیـن ضرایـب اعتبـار بـاز آزمایـی بـرای کل مقیـاس ۰/۸۴ و بـرای خـرده مقیـاس خـود مدیریتـی زمـان، خـود سـازماندهی/ حـل مسـئله، خودکنترلـی/ بـازداری، خـود انگیزشـی و خـود نظـم جویـی هیجـان بـه ترتیـب ۰/۸۳ ،۰/۹۰، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۸ و روایـی محتوایـی و صـوری آن نیـز مطلـوب گزارش‌شـده اسـت (۱۷). در پژوهـش طریفـی و همـکاران، میـزان پایایـی بـا روش آلفـای کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس ۰/۸۶ و بـرای خـرده مقیـاس خـود مدیریتـی زمـان، خـود سـازماندهی/ حـل مسـئله، خودکنترلـی/ بـازداری، خـود انگیزشـی و خـود نظـم جویـی هیجـان بـه ترتیـب ۰/۸۵ ،۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ و روایـی محتوایـی و صـوری آن نیـز مطلـوب گزارش‌شـده اسـت (۱۳). در ایـن پژوهـش میـزان ضریـب پایایـی بـا روش آلفـای کرونبـاخ کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس ۰/۸۴ و بـرای خـرده مقیـاس خـود مدیریتـی زمـان، خـود سـازماندهی/ حـل مسـئله، خودکنترلـی/ بـازداری، خـود انگیزشـی و خـود نظـم جویـی هیجـان بـه ترتیـب ۰/۸۱ ،۰/۸۵، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۸۴ بـه دسـت آمـد.

مقیـاس بهزیسـتی روانشـناختی: در سـال ۱۹۸۹ توسـط Ryff طراحـی شـده اسـت. فـرم اصلـی ایـن پرسشـنامه ۱۸ گویـه دارد و نمـره گـذاری آن براسـاس طیـف لیکـرت شـش درجـه ای از ۱ (کامـلاً مخالفـم) تـا ۶ (کامـلاً موافقـم) مـی باشـد؛ حداقـل نمـره قابـل کسـب در ایـن مقیـاس ۱۸ و حداکثـر نمـره ۱۰۸ مـی باشـد و دارای ۶ مؤلفـه و بـرای هـر مولفـه ۳ سـوال و یـک نمـره کل مـی باشـد. در ایـن مقیـاس، سـوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ بـه صـورت معکـوس نمـره گـذاری مـی شـود و بقیـه سـوالات بـه صـورت مسـتقیم نمـره گـذاری مـی شـوند و شـامل۶ مولفـه مـی باشـد: پذیـرش خـود (سـوالات ۲، ۸، ۱۰)، روابـط مثبـت بـا دیگـران (سـوالات ۳، ۱۱، ۱۳)، خودمختـاری یـا اسـتقلال (سـوالات ۹، ۱۲، ۱۸)، تسـلط بـر محیـط (سـوالات ۱، ۴، ۶)، زندگـی هدفمنـد (سـوالات ۵، ۱۴، ۱۶) و رشـد فـردی (سـوالات ۷، ۱۵، ۱۷) اسـت. در نسـخه اصلـی پرسشـنامه، ضریـب همسـانی درونـی کل آزمـون را بـا اسـتفاده از روش آلفـای کرونبـاخ حـدود ۰/۵۵ گـزارش شـده اسـت و روایـی محتوایـی و صـوری ان نیـز مـورد تاییـد قـرار گرفـت (۱۸). بحرینـی و همـکاران، پایایـی ایـن پرسشـنامه را بـا اسـتفاده از روش همسـانی درونـی مـورد سـنجش قـرار داده اسـت. ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـرای کل مقیاس‌هـای فرعـی در دامنه‌هـای بیـن ۰/۶۲ تـا ۰/۹۰ بـه دسـت آمـده اسـت و روایـی محتوایـی و صـوری آن نیـز مـورد تاییـد قـرار گرفـت (۱۵).. در ایـن پژوهـش میـزان ضریـب پایایـی بـا روش آلفـای کرونبـاخ کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس ۰/۸۷ و بـرای خـرده مقیـاس هـای پذیـرش خـود ۰/۸۶، روابـط مثبـت بـا دیگـران ۰/۷۹، خودمختـاری یـا اسـتقلال ۰/۸۴، تسـلط بـر محیـط ۰/۸۶، زندگـی هدفمنـد ۰/۸۱ و رشـد فـردی ۰/۸۵ بـه دسـت آمـد.

پرسشـنامه آشـفتگی روان‌شـناختی: ایـن پرسشـنامه توسـط Kessler و همـکاران در سـال ۲۰۰۲ به‌صـورت ۱۰ سـؤالی تدویـن شـده، ویـژه ی شناسـایی اختـلالات روانـی در جمعیـت عمومـی اسـت و وضعیـت روانـی را طـی یـک مـاه اخیـر بررسـی می‌کنـد. پاسـخ بـه سـؤالات ایـن پرسشـنامه، به‌صـورت ۵ گزینـه‌ای (همیشـه تـا هرگـز) اسـت و بیـن صفـر تـا چهـار نمره‌گـذاری می‌شـود. نمـرهٔ بـرش ۸ را بـرای تمایـز سـالم از بیمـارو آلفـای کرونبـاخ کل پرسشـنامه ۰/۹۳ برآورد شـده اسـت و روایـی محتوایـی و صـوری ان نیـز مطلـوب گـزارش شـد (۱۹). وزیـری و همـکاران در یـک مطالعـه، پایایـی پرسشـنامه را بـا روش آلفـای کرونبـاخ (۰/۹۰) و بـا روش دو نیمـه سـازی ۰/۸۶ بدسـت آوردنـد. آن‌هـا بـا بدسـت آوردن همبسـتگی نمـرات ایـن پرسشـنامه بـا پرسشـنامه‌ی سـلامت عمومـی اعتبـار ایـن آزمـون را ۰/۸۰۳ گـزارش کرده‌انـد (۲۰). در ایـن پژوهـش میـزان ضریـب پایایـی بـا روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۷ بـه دسـت آمـد.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای، هفتـه‌ای یکبـار بـر روی گـروه آزمایـش بـه صـورت گروهـی توسـط متخصـص روانشناسـی کـه دوره آموزشـی لازم در خصـوص شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی را دیـده بـود در مرکـز مشـاوره گام طلایـی شـهر بابـل اجـرا شـد. در ایـن مـدت گـروه کنتـرل هیـچ گونـه مداخلـه ای دریافـت نکردنـد. خلاصـه جلسـات درمانـی در جـدول ۱ آمـده اسـت (۲۱،۲۰).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

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

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

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از معلولین جسمی-حرکتی با پریشانی روان شناختی شهر بابل شرکت داشته اند که به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۸/۰۴ سال و در گروه کنترل ۴۰/۲۱ سال بود. در گروه آزمایش ۴۰ درصد (۶ نفر) مجرد و ۶۰ درصد (۹ نفر) متاهل و همچنین در گروه کنترل ۳۳/۳۳ درصد (۵ نفر) مجرد و ۶۶/۶۶ درصد (۱۰ نفر) متأهل بودند. برای تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه های آن مورد بررسی قرارگرفت. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد که توزیع داده ها در مورد همه متغیرها نرمال می باشد. آزمون لوین نیز نشان داد که برابری واریانس ها در مورد تمام متغیرها در دو گروه رعایت شده است. نتایج شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در جدول ۲ ارائه شده است.

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

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

بر اساس اطلاعات جدول ۲، بررسی میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای عملکرد اجرایی و بهزیستی روانی در دوره‌های پس آزمون نسبت به پیش آزمون این متغیرها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

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

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

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

بحث

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

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت، عملکردهای اجرایی، ساختارهای شناختی بوده و از آن ها برای توضیح رفتارهایی استفاده می شود که ظاهراً وابسته به عملکرد لوب پیشانی هستند. در مداخله ذهن آگاهی هدف از تأکید بر فرآیندهای عالی روانشناختی این است چگونه افراد به مهار ارادی رفتار و افکار و هیجان بپردازند. در این روش درمانی افراد یاد می گیرند چگونه بر توجه مداوم تمرکز کنند. توجه تأثیر چشم گیری در حافظه فعال دارد. پس تمرینات ذهن آگاهی که شامل تمرین ها و مهارتهایی جهت بهبود توجه است می تواند باعث بهبود حافظه فعال شود. همچنین تلاش های مداوم جهت حفظ توجه به یکی از جنبه های تجربه کنونی، می تواند مانع حواس پرتی و در نتیجه بهبود توانایی های شناختی از جمله بهبود حافظه فعال و توانایی برنامه ریزی شود (۱۳). در حین انجام تمرینات ذهن آگاهی تغییراتی در اتصالات فعالیت مناطق مختلف مغزی به ویژه در قشر پیشانی صورت می گیرد. تغییرات لوب پیشانی در اثر انجام تمرینات ذهن آگاهی می تواند باعث بهبود عملکردهای اجرایی که وابسته به عملکرد لوب پیشانی بوده، شود. همچنین از آنجا که عملکردهای اجرایی به نوعی به فرآیند کنترل ذهن و توانایی کنترل جسم و شناخت و هیجان برای هدایت رفتار اشاره دارد کسب توانایی کنترل ذهن و جسم می تواند بر بهبود عملکردهای اجرایی اثربخش باشد. ذهن آگاهی تمرینی برای آگاه شدن از زمان حال و حضور در لحظه است؛ بدون قضاوت و با تمامیت؛ بدون چرخه زدن در گذشته یا موکول کردن به آینده؛ از این رو معلولین جسمی- حرکتی دارای پریشانی روان‌شناختی در این درمان یاد می گیرند که چگونه در موقعیت های مختلف ذهن آگاه باشند و هیجانات خود را کنترل کنند. آن ها می توانند این مهارت آموخته شده را بارها و بارها در طول روز و در حین انجام کارها و فعالیت های مختلف، تمرین و اجرا کنند (۱۴).

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

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

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

در تبیین این فرضیه باید گفت که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتار منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می کند و با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی روانشناختی فرد ایجاد نماید. در واقع ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی، که می تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و زندگی را غنا بخشد و معنادار کند. در واقع درمان شناخت درمانی مبتنی برذهن- آگاهی به معلولین جسمی حرکتی دارای پریشانی روان‌شناختی کمک می کند تا یاد بگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه ای به علائم هشدار دهنده نشان دهند (۱۵)، از طرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پردازش کنترل شده و توجه لحظه به لحظه تاکید می کند و به افراد کمک می کند تا به این توانمندی برسند که بدون سوگیری و قضاوت با محرک های درونی و بیرونی مواجه شوند و ارزیابی مناسبی در مقابل مشکلات داشته باشند که داشتن ارزیابی مناسب برای حل مشکلات باعث بهبود بهزیستی روانی و کاهش آثار آسیب و ضربه های روحی و روانی می گردد و فرد بعد از رویارویی با این مشکلات در مدت کوتاهی می تواند به سازگاری و تعادل مجدد دست پیدا کند. این درمان سبب می شود افراد با اتخاذ روش های مناسب برای ارتباط بهتر با مشکلات زندگی بر غنای زندگی خود بیفزایند و خود مشاهده گری را در خود افزایش دهند و با ترس و اضطراب خود کنار بیایند و با کنار گذاشتن پردازش خودکار سعی در کنترل پردازش ها و درک حالاتی مثل اضطراب ،ترس، استرس و افسردگی داشته باشند. در واقع انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توام با هوشیاری و در نهایت رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه های روانشناختی می شود. در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت هایی مثل اضطراب افزایش می یابد، در نتیجه فرد می تواند خود را از الگوهای رفتاری ناکارآمد اتوماتیک وار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد آن ها، دیگر با حالت هایی مثل اضطراب و ترس با آن ها مواجه نشود، بلکه می تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت ها استفاده کند که معمولا با هیجانات مثبت همراه است و در نتیجه بدین صورت می تواند بهزیستی روانشناختی خود را افزایش دهد (۱۶).

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

نتیجه گیری

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

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

مرتبـط بـا بهداشـت روان معلولیـن بـر اهمیـت مداخـلات و آمـوزش هـای روان شـناختی در افزایـش سـلامتی ایـن افـراد مـی باشـد.

سپاسگزاری

ایـن مقالـه برگرفتـه از رسـاله دکتـرای نویسـنده اول و دارای کـد اخلاقـی IR.IAU.SARI.REC.1401.003 از دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد سـاری مـی باشـد. بدیـن وسـیله از کلیـه معلولیـن جسـمی-حرکتی دارای پریشـانی روان شـناختی شـهر بابـل کـه در انجـام ایـن پژوهـش مـا را یـاری کردنـد قدردانـی می‌شـود.

تعارض منافع

نویسـندگان اعـلام مـی دارنـد کـه هیـچ گونـه تعـارض منافعـی در ایـن پژوهـش وجـود نـدارد.

Refrences

1. Panuccio F, Berardi A, Marquez MA, Messina MP, Valente D, Tofani M, Galeoto G. Development of the Pregnancy and Motherhood Evaluation Questionnaire (PMEQ) for evaluating and measuring the impact of physical disability on pregnancy and the management of motherhood: a pilot study. Disability and Rehabilitation. 2022; 44(8):1474-80. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1802520
2. Sabzmanesh Jafari S, Amraei K, Hasanzadeh N. The Effectiveness of Family Resilience Training on Psychological Hardiness of Mothers of children with Disability. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2021; 7 (4) :29-37.
3. Baruch L, Bilitzky-Kopit A, Rosen K, Adler L. Cervical Cancer Screening Among Patients with Physical Disability. Journal of Women's Health. 2022; 31 (8):1173-8. https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0447
4. Sharifi M, Kakabaraei K, Afshariniya K. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on cognitive emotion regulation in individuals with physical and motor disabilities. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2022; (): -.
5. Fidler DJ, Lanfranchi S. Executive function and intellectual disability: Innovations, methods and treatment. Journal of Intellectual Disability Research. 2022; 66 (1-2):1-8. https://doi.org/10.1111/jir.12906
6. Cordova M, Shada K, Demeter DV, Doyle O, Miranda-Dominguez O, Perrone A, Schifsky E, Graham A, Fombonne E, Langhorst B, Nigg J. Heterogeneity of executive function revealed by a functional random forest approach across ADHD and ASD. NeuroImage: Clinical. 2020;26 (4):1022-45. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102245
7. Hain L. Exploration of specific learning disability subtypes differentiated across cognitive,achievement, and emotional/ behavioral variables. Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia. 2019.
8. Soga K, Masaki H, Gerber M, Ludyga S. Acute and long-term effects of resistance training on executive function. Journal of Cognitive Enhancement. 2018; 2 (2):200-7. https://doi.org/10.1007/s41465-018-0079-y
9. Moore S, Satel J, Pontes HM. Investigating the role of health factors and psychological well-being in Gaming Disorder. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2022; 25 (2):94-100. https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0050
10. Taziki T, Momeni KM, Karami J, Afrooz A. The Effect of a Mindfulness-based Intervention on Quality of Life and Psychological Well-being of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2022; 12 (45): 1-26.
11. Kozlov E, McDarby M, Pagano I, Llaneza D, Owen J, Duberstein P. The feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an mHealth mindfulness therapy for caregivers of adults with cognitive impairment. Aging & Mental Health. 2022; 26 (10): 1963-70. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1963949
12. Sedighi K, Saffarian Toosi M, Khadivi G. Effectiveness of Mindfulness based Cognitive Therapy on Anxiety and Depression of Divorce Women. RBS. 2021; 19 (1) :149-160. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1090-en.html https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.149
13. Toreyfi Hosseini H, Shehni yailagh M, Haji Yakhchali AR, Allipour S. Effectiveness of Empowerment Program Based on Self Regulation Executive Functions on Reading Performance of Dyslexic Primary School

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]

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

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.2]