

# The Effectiveness of Group Mindfulness Training on the Psychological Well-Being, Emotion Regulation, and Resiliency of Mothers of Primary-School Children with Intellectual Disability in Isfahan

Ziba Sadeghi, M.A.<sup>1</sup>, Zohreh Latifi, Ph.D.<sup>2</sup>,  
Sara Aghababaei, Ph.D.<sup>3</sup>

Received: 08.06.2017      Revised: 01.28.2018  
Accepted: 10.31.2018

## Abstract

**Objective:** The aim of this research was to investigate the effectiveness of group mindfulness training on the psychological well-being, emotion regulation, and resiliency of mothers of children with intellectual disability in Isfahan. **Method:** This was an applied quasi-experimental research with pre-test and post-test. The sample included 60 mothers of children with intellectual disability randomly assigned to experimental and control groups (20 mothers each). The experimental group received mindfulness training. Research tools consisted of the Resiliency Questionnaire, Emotion Regulation Questionnaire, and Psychological Well-Being Questionnaire, and data were analyzed using the analysis of covariance. **Results:** Results indicated that mindfulness training has significant effects on the psychological well-being, emotion regulation, and resiliency of mothers of children with intellectual disability ( $p \leq 0.001$ ). **Conclusion:** The findings of the study revealed that mindfulness training affects the psychological well-being, emotion regulation, and resiliency of mothers and can thus be used to enhance mothers' well-being and mental health.

**Keywords:** *Mindfulness, psychological well-being, emotion regulation, resiliency, mothers of children with intellectual disability*

# اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی مقطع دبستان شهر اصفهان

زیبا صادقی<sup>۱</sup>، دکتر زهره لطیفی<sup>۲</sup>،  
دکتر سارا آقابابایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۱۵      تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۱۱/۸  
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۸/۹

## چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی شهر اصفهان انجام شد. **روش:** این پژوهش دارای رویکردی کاربردی با روش پیش آزمون-پس آزمون بود. ۶۰ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی به طور تصادفی انتخاب و به سه گروه آزمایش، کنترل و خنثی (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند و گروه آزمایش مداخله آموزش ذهن آگاهی را دریافت نمودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان شناختی بود. **یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر این بود که آموزش ذهن آگاهی بر کلیه ابعاد بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی از لحاظ آماری معنی دار است. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته های پژوهش می توان گفت که آموزش گروهی ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تأثیر داشته و می توان از این شیوه برای کمک به بهداشت و سلامت روانی والدین استفاده نمود.

**واژه های کلیدی:** *ذهن آگاهی، بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان، تاب آوری، مادران کودکان کم توان ذهنی*

1. M.A. in Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Iran.  
2. Assistant Professor, Payame Noor University, Isfahan, Iran.  
3. **Corresponding Author:** Ph.D. in Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. **Email:** sara.aghababaei@ymail.com

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد سلامی، واحد یزد، ایران.  
۲. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران.  
۳. **نویسنده مسئول:** دکتری روان شناسی دانشگاه اصفهان و مدرس دانشگاه اصفهان، ایران.

## مقدمه

فرایند تولد کودک برای والدین لذت‌آور است، گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی‌های فراوانی همراه است. به رغم این مشکلات، باید گفت که سالم بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در والدین ایجاد کرده و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی از نقص جسمی یا ذهنی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود (سودانی و همکاران، ۱۳۹۰). مادری که در بارداری، در انتظار تولد کودکی سالم، برنامه‌ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد، طبیعی است که با متولد شدن کودکی کم‌توان ذهنی<sup>۱</sup>، نابینا<sup>۲</sup> یا ناشنوا<sup>۳</sup> دچار شوک و ناباوری شود و احساس خشم و پرخاشگری کند (تونگا و داگر، ۲۰۰۸). از طرف دیگر، اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند، مادر است. مادر وقتی با فرزند کم‌توان ذهنی روبه‌رو می‌شود، به علت نگهداری دائم، نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان و رویارویی با استرس‌هایی از جمله رفتارهای کلیشه‌ای، مشکلات زبانی و نداشتن مهارت مراقبت از خویشان، دچار ضعف در کارکرد طبیعی خود می‌شود. به همین دلیل میانگین اختلالات روانی در مادران دارای فرزندان با نیازهای خاص بالاتر از مادران کودکان عادی است (مپسی، ۲۰۰۶).

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، از جمله روان‌شناسان با رویکرد مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه سلامت روان برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی<sup>۴</sup> مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت، تعامل کارآمد و مؤثر، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع از مشخصه‌های فرد سالم است (واینفیلد و

## همکاران، ۲۰۱۲).

تنظیم هیجان نیز به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (جاکوبس و همکاران، ۲۰۰۸). گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) با مرور و بازنگری انتقادی پیشینه پژوهشی در زمینه راهبردهای مقابله‌شناختی، ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را مطرح کرده‌اند که به صورت زیر تقسیم‌بندی می‌شوند: الف) راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان: ۱- خود سرزنش‌گری<sup>۵</sup>: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود، ۲- نشخوارفکری<sup>۶</sup>: اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی، ۳- فاجعه انگاری<sup>۷</sup>: تفکر با محتوای وحشت از حادثه، ۴- دیگر سرزنش‌گری<sup>۸</sup>: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران، و ب) راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان: ۱- پذیرش<sup>۹</sup>: تفکر با محتوای پذیرش رخداد، ۲- تمرکز مجدد مثبت<sup>۱۰</sup>: فکر کردن به موضوعات لذت بخش و شاد به جای تفکر درباره حادثه واقع شده، ۳- تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۱۱</sup>: فکر کردن در باره مراحل فایق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن، ۴- ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۲</sup>: تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی، ۵- اتخاذ دیدگاه<sup>۱۳</sup>: تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبیت آن در مقایسه با سایر وقایع.

واضح است که پاسخ‌های هیجانی به رویدادهای استرس‌زا را می‌توان با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شناختی مثبت تنظیم نمود. اگر چه مفهوم‌سازی تنظیم هیجان ممکن است متفاوت باشد، اما بسیاری از مؤلفان در ملاحظه آن به صورت ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی توافق دارند که فرد را قادر می‌سازد تا تجربه و ابراز هیجانات

منفی و مثبت را تعدیل نماید (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

از طرف دیگر مؤلفه تاب‌آوری<sup>۱۴</sup> در مادران کودکان کم‌توان ذهنی یک متغیر مورد توجه و مهم است. تاب‌آوری روان‌شناختی توانایی فردی، خانوادگی و اجتماعی برای مقابله با استرس‌ها و موقعیت‌های سخت زندگی و برگشت به سرزندگی و نشاط است و منجر به افزایش توانایی برای پاسخ به مشکلات و سختی‌های آینده می‌شود. تاب‌آوری روان‌شناختی فراتر از جان سالم به در بردن از استرس‌ها، گرفتاری‌ها و ناملایمات زندگی است (بونانو، ۲۰۰۴). افراد تاب‌آور، سازگاری فردی زیادی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگی‌شان دارند (ماستن و رید، ۲۰۰۴). کار (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان داد که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. همچنین وی اظهار داشت به نظر می‌رسد که تاب‌آوری به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌گرا، ارتباط زیادی با بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد (کار، ۲۰۰۴).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان مادران کودکان با نیازهای خاص از جمله کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش باشد، آموزش ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون و ریان، ۲۰۰۳؛ نیف، ۲۰۰۳). آموزش ذهن‌آگاهی یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان‌درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس عمیق و فکر کردن، به افراد آموزش داده می‌شود. در واقع این روش درمانی

تلفیقی از تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی است (گراتر و گاندرسون، ۲۰۰۶).

براون و ریان (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به بررسی نقش ذهن‌آگاهی در بهزیستی روان‌شناختی پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه است. احمدوند و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و با توجه به یافته‌های سایر مؤلفان در مورد تأثیر بهزیستی روان‌شناختی در کاهش استرس و تنیدگی اظهار داشتند که با افزایش مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی افزایش و از میزان استرس و بیماری‌های جسمانی و روانی مرتبط کاسته می‌شود. دوگار و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی بهزیستی و وضعیت روان‌پزشکی والدین کودکان کم‌توان ذهنی را در پاکستان بررسی کردند. هر چند برخی مطالعات قبلی بین استرس والدین و مراقبت از کودکان با تأخیر هوشی همبستگی را نشان داده بودند، اما اطلاعات موجود در کشورهای در حال توسعه مانند پاکستان، در ارتباط با پرورش‌دادن کودک با کم‌توانی ذهنی بر کیفیت عملکرد والدین و خطر برای آسیب‌شناسی روانی آنها بسیار کم بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی خطر بیشتری برای آسیب‌شناسی روانی داشته و به ارزیابی سلامت روان احتیاج دارند.

در راستای موضوع این پژوهش، مطالعات دیگری اثربخشی ذهن‌آگاهی یا درمان‌های دیگر را بر سلامت روان والدین کودکان با نیازهای خاص تأیید کرده‌اند. برای مثال، تقی‌پور جوان، نتاج، و شوشتری (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان مقایسه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، تیزهوش و عادی اظهار داشتند که حضور یک کودک کم‌توان ذهنی و تیزهوش با توجه به منابع حمایتی، سبک‌های تعاملی و ارتباطی، انتظارات دیگران، شیوه‌های

مقابله با تنش، می‌تواند بر سطح بهزیستی روان‌شناختی مادران تأثیرگذار باشد.

آقاجانی، افروز، نریمانی، غباری بناب و محسن‌پور (۱۳۹۴) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ارتقای تعامل مادر-کودک در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، بیان داشتند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ارتقای تعامل مادر-کودک مؤثر است.

تحقیقات اولیه که در زمینه استفاده از ذهن‌آگاهی بر افراد اتیسم و مراقبان آنها از جمله والدین، مربیان و معلمان بودند، بیانگر مناسب بودن این درمان برای این افراد است (سینگ و همکاران، ۲۰۱۱). مداخلات ذهن‌آگاهی با والدین می‌تواند منجر به کاهش استرس و اضطراب و افزایش تعاملات والد-کودک در والدین کودکان اتیسمی شود (دی بروین و همکاران، ۲۰۱۴؛ سینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

کینان-مانت، آلبرچ و واترز (۲۰۱۶) نیز با بررسی مطالعات انجام‌شده در زمینه ذهن‌آگاهی در افراد اتیسم و مراقبان آنها، بیان کردند که این درمان می‌تواند علاوه بر والدین بر معلمان و مربیان این کودکان نیز مؤثر باشد. لیلی و تانگل (۲۰۱۵) اثربخشی برنامه روانی-آموزشی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش استرس در والدین کودکان اتیسم نشان دادند. آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در والدین کودکان با تأخیر رشدی استرس را کاهش و سلامت روانی را افزایش دهد. همچنین به دنبال آن می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان نیز شود (نیس، ۲۰۱۴).

با توجه به موارد فوق و با توجه به اینکه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی استرس و فشاری زیادی را تحمل می‌کنند، در این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری مادران این کودکان در

مقطع دبستان شهر اصفهان پرداخته شد. همچنین تحقیقات بیانگر این است که عمده مطالعات انجام شده در زمینه ذهن‌آگاهی بر مراقبان از جمله مادران کودکان اتیسم بوده است (اگر چه کم‌توانی ذهنی در اغلب کودکان اتیسم دیده می‌شود) و مطالعات کم‌تری در رابطه با این روش درمانی بر مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است. بنابراین بررسی در رابطه با این موضوع با توجه به محدودیت‌های آن ضروری به نظر می‌رسد.

به این ترتیب فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱. آموزش ذهن‌آگاهی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است.

۲. آموزش ذهن‌آگاهی گروهی بر تنظیم هیجان مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است.

۳. آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است.

### روش

مطالعه حاضر از نظر ساختار یک پژوهش شبه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان دختر کم‌توان ذهنی مقطع دبستان شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ به تحصیل اشتغال داشتند و ۳۹۰ دانش‌آموز دختر بودند. برای انتخاب نمونه از ۱۵۰ نفر از مادرانی که فرزند دختر آنها در مدارس استثنایی مقطع دبستان شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند، دعوت به عمل آمد. سپس از بین این افراد ۶۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و به سه گروه آزمایش، کنترل و خنثی (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. در این پژوهش شرایط ورود و خروج به این ترتیب بود. شرایط ورود: ۱. مادرانی که دارای کودک کم‌توان ذهنی هستند و فرزند آنها در مدارس

استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده است. در پژوهش قاسم و حسین چاری (۱۳۹۱) نیز اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به دست آمد.

## ۲. پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی: آزمون

تنظیم شناختی هیجانی، پرسشنامه خودسنجی است که در سال ۲۰۰۱ توسط گرانفسکی، کرایچ و اسپین هاوون طراحی شده است. ساختار این پرسشنامه چند بعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، بازآزمایی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است. این پرسشنامه توان ارزیابی سبک‌های شناختی عمومی افراد و بالاخص کسانی را که تجربه منفی داشته‌اند، دارد (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). سازندگان این پرسشنامه، اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۸، راهبردهای منفی ۰/۸۷، و برای کل پرسشنامه ۰/۶۳ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش امین آبادی و همکاران (۱۳۹۰) این پرسشنامه بر دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۷ ساله مورد اعتباریابی و تحلیل عاملی قرار گرفت و تنها ۲۶ سؤال و ۴ عامل آن باقی ماند که عبارتند از: مثبت اندیشی، سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری، کنار آمدن و پذیرش و در نهایت سرزنش دیگران. در این تحقیق از فرم ۲۶ سئوالی این پرسشنامه استفاده شده است.

## ۳. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱۵</sup>: مقیاس

بهزیستی روان‌شناختی در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. فرم اصلی آن ۱۲۰ سوال بود ولی در بررسی‌های بعدی، فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. این آزمون ۱۸ سؤال و ۶ عامل را

استثنایی مشغول به تحصیل باشند، ۲. مادرانی که تمایل به شرکت در این برنامه آموزشی دارند. شرایط خروج: ۱. غیبت بیشتر از دو جلسه از دوره آموزش، ۲. شرکت همزمان در دوره‌های دیگر و عدم تمایل به ادامه حضور در گروه.

همچنین ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت عبارتند از: ۱. شرط گمنامی برای تک تک پاسخگویان، ۲. موافقت و تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش، و ۳. استفاده از داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش صرفاً در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش.

## ابزارها

برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده به عمل آمد:

### ۱. پرسشنامه تاب‌آوری: این مقیاس توسط کانر

و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس برای سنجش ابعاد مختلف تاب‌آوری گسترش یافته است. این مقیاس دارای هفت خرده‌مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، اعتماد به **غرایز** شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف، روابط ایمن، مهار و معنویت است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مقیاس برای سنجش میزان تاب‌آوری افراد بزرگسال مناسب است. ماده‌های این مقیاس به روش پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست تا همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس افزون بر نمره‌های ابعاد مختلف تاب‌آوری، یک نمره کل نیز ارائه می‌دهد. روایی این مقیاس با روش تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا و اعتبار آن با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در گروه‌های مختلف (عادی و در معرض خطر) مطلوب گزارش شده است. جوکار (۱۳۸۶) در پژوهش خود با بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در فرهنگ ایرانی، با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی آن را مورد تأیید قرار داد و ضریب اعتبار مقیاس مذکور را با

است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). این مقیاس در ایران توسط سفیدی و فرزاد (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رواسازی آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشگاه قزوین هنجاریابی گردیده است و آلفای کرونباخ به دست آمده برابر ۰/۷۳ گزارش شده است.

#### شیوه اجرا

پس از مراجعه به مدارس استثنایی و انتخاب سه گروه آزمایش و کنترل و خنثی پرسشنامه‌های اولیه در میان این سه گروه اجرا شد. در این پژوهش پرسشنامه‌ها دو بار (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) اجرا شد. اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش به صورت خود گزارش‌دهی بوده است. جلسات آموزشی گروهی ذهن‌آگاهی به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش (مادران کودکان) اجرا شد و بر گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. برای گروه سوم یعنی گروه خنثی نیز ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش پیرامون مسائل روز از جمله آشپزی، خانه‌داری و کامپیوتر اجرا شد. عناوین جلسات آموزشی در جدول ارائه شده است

در بر دارد. سؤالات ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال، سؤالات ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط، سؤالات ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد شخصی، سؤالات ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل ارتباط با دیگران، سؤالات ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل هدف‌مندی در زندگی، و سؤالات ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود را می‌سنجند. مجموع نمره‌های این ۶ عامل نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۶) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. نمره بیشتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. ریف (۱۹۸۹) در پژوهشی برای بررسی پایایی مقیاس اصلی، از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به دست آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مستقیم با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدف‌مندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می‌رود. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده

جدول ۱. عناوین جلسات ذهن‌آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰)

| ردیف       | عنوان                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | معرفی اعضا به یکدیگر و دعوت شرکت‌کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد نظر/ لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و معرفی کلی برنامه و ... |
| جلسه دوم   | مرور تکلیف جلسه گذشته/ تمرین مجدد <b>وارسی بدن</b> / دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین و ...                                     |
| جلسه سوم   | انجام نشست هوشیارانه با آگاهی از تنفس/ انجام تمرینات یوگا/ تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و ...                                     |
| جلسه چهارم | انجام مجدد تمرین واریسی بدن/ انجام تمرینات مربوط به یوگای هوشیارانه/ تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن و ...                      |
| جلسه پنجم  | تمرین تنفس/ تمرین مجدد نشست هوشیارانه/ بررسی آگاهی از وقایع خوشایند یا ناخوشایند و ...                                           |
| جلسه ششم   | انجام یوگای هوشیارانه/ انجام مراقبه نشسته و ...                                                                                  |
| جلسه هفتم  | انجام مراقبه کوهستان/ بهداشت خواب/ تکرار تمرینات جلسات قبل و ...                                                                 |
| جلسه هشتم  | جمع بندی و نتیجه‌گیری کلی/ واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها/ انجام مراقبه سنگ، مهره و تپله                                         |

#### یافته‌ها

کوواریانس، شرط نرمال بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌های گروه‌ها است. نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف و لوین نشان دادند که شرط نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین در این پژوهش نمره‌های پیش‌آزمون کنترل شده است.

در این پژوهش جهت تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که از مفروضه‌های آزمون تحلیل

## یافته‌های توصیفی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سه گروه آزمایش، کنترل و خنثی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری

| گروه آزمایش     |           | گروه کنترل   |         | گروه خنثی    |         |              |       |
|-----------------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|-------|
| موقعیت          | میانگین   | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |       |
| بهزیستی         | پیش‌آزمون | ۶۱/۸۵        | ۱۲/۳۶   | ۶۰/۳۵        | ۱۳/۱۵   | ۶۳/۰۵        | ۱۲/۷۱ |
| روان‌شناختی     | پس‌آزمون  | ۷۵/۷۰        | ۱۱/۳۹   | ۶۱/۹۵        | ۱۲/۰۱   | ۶۰/۴۰        | ۱۱/۸۰ |
| تنظیم هیجان:    | پیش‌آزمون | ۲۱/۷۵        | ۵/۵۰    | ۱۷/۹۰        | ۵/۷۳    | ۱۸/۶۰        | ۵/۸۴  |
| ۱. سرزنش خود    | پس‌آزمون  | ۱۷/۰۰        | ۶/۶۳    | ۲۰/۳۵        | ۶/۱۷    | ۱۹/۲۰        | ۶/۸۴  |
| ۲. کنار آمدن    | پیش‌آزمون | ۲۰/۳۵        | ۶/۵۱    | ۱۸/۱۰        | ۷/۵۰    | ۱۷/۲۵        | ۷/۴۶  |
|                 | پس‌آزمون  | ۲۴/۹۵        | ۶/۲۷    | ۱۹/۹۵        | ۶/۳۱    | ۱۹/۶۰        | ۷/۱۰  |
| ۳. مثبت اندیشی  | پیش‌آزمون | ۳۷/۴۰        | ۱۰/۰۵   | ۴۱/۵۵        | ۹/۷۰    | ۳۸/۱۵        | ۹/۵۳  |
|                 | پس‌آزمون  | ۴۳/۱۰        | ۹/۰۵    | ۳۷/۰۰        | ۸/۸۶    | ۳۹/۲۰        | ۱۱/۲۷ |
| ۴. سرزنش دیگران | پیش‌آزمون | ۲۲/۴۰        | ۴/۰۴    | ۲۰/۸۵        | ۶/۴۶    | ۲۴/۰۰        | ۵/۲۵  |
|                 | پس‌آزمون  | ۱۸/۳۰        | ۴/۲۳    | ۲۴/۰۵        | ۸/۰۹    | ۲۳/۹۰        | ۹/۰۰  |
| تاب‌آوری        | پیش‌آزمون | ۷۶/۳۰        | ۱۹/۴۳   | ۸۹/۳۵        | ۱۷/۹۷   | ۸۴/۰۵        | ۲۱/۹۵ |
|                 | پس‌آزمون  | ۸۹/۷۵        | ۱۷/۹۸   | ۸۵/۱۰        | ۱۲/۶۴   | ۸۲/۸۵        | ۲۳/۸۴ |

نتایج جدول ۲، میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش، کنترل و خنثی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها

| متغیرهای وابسته     | F    | df 1 | df 2 | سطح معنی‌داری |
|---------------------|------|------|------|---------------|
| بهزیستی روان‌شناختی | ۱/۸۷ | ۲    | ۵۷   | ۰/۱۶          |
| سرزنش خود           | ۰/۲۷ | ۲    | ۵۷   | ۰/۷۵          |
| کنار آمدن           | ۰/۸۰ | ۲    | ۵۷   | ۰/۴۵          |
| مثبت اندیشی         | ۰/۳۸ | ۲    | ۵۷   | ۰/۶۸          |
| سرزنش دیگران        | ۰/۱۳ | ۲    | ۵۷   | ۰/۸۷          |
| تاب‌آوری            | ۲/۹۸ | ۲    | ۵۷   | ۰/۰۶          |

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود شرط همسانی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. آزمون لامبدای ویکلز برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌ها

| مقدار ویژه   | F    | درجه آزادی | سطح معنی‌داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------|------|------------|---------------|-------------|------------|
| لامبدا ویکلز | ۶/۸۸ | ۶          | ۰/۰۱          | ۰/۳۴        | ۰/۹۶       |

با توجه به جدول ۴ با حذف اثر متغیر همپراش، آموزش ذهن‌آگاهی حداقل در یکی از متغیرها در سطح ( $P < 0.01$ ) معنی‌دار است. در جدول ۵ به تحلیل کوواریانس یک‌راهه ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری پرداخته شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس تفاوت سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه

| منبع                | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F    | سطح معنی داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|---------------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|-------------|------------|
| بهزیستی روان شناختی | ۱۴/۴۲         | ۱          | ۱۴/۴۲           | ۰/۳۷ | ۰/۵۴          | ۰/۰۱        | ۰/۰۹       |
| گروه                | ۱۹۷۴/۱۰       | ۲          | ۳۸۵/۷۰          | ۵/۰۸ | ۰/۰۳          | ۰/۴۷        | ۰/۷۸       |
| خطا                 | ۱۶/۹۲         | ۵۱         | ۸/۴۶            | ---  | ---           | ---         | ---        |
| سرزنش خود           | ۲۵۴/۷۶        | ۱          | ۲۵۴/۷۶          | ۵/۹۶ | ۰/۰۲          | ۰/۱۰        | ۰/۶۷       |
| گروه                | ۲۱۸۰/۰۳       | ۲          | ۸۴۲/۷۴          | ۷/۸۷ | ۰/۰۱          | ۰/۵۲        | ۰/۸۵       |
| خطا                 | ۶۲/۵۵         | ۵۱         | ۳۱/۲۷           | ---  | ---           | ---         | ---        |
| کنار آمدن           | ۱۲/۲۹         | ۱          | ۱۲/۲۹           | ۰/۲۸ | ۰/۵۹          | ۰/۰۱        | ۰/۰۸       |
| گروه                | ۲۱۹۳/۹۱       | ۲          | ۹۴۳/۰۱          | ۶/۶۹ | ۰/۰۲          | ۰/۳۹        | ۰/۸۴       |
| خطا                 | ۱۵/۶۳         | ۵۱         | ۷/۸۱            | ---  | ---           | ---         | ---        |
| مثبت اندیشی         | ۸۳/۷۳         | ۱          | ۸۳/۷۳           | ۰/۸۸ | ۰/۳۵          | ۰/۰۱        | ۰/۱۵       |
| گروه                | ۴۸۵۰/۱۲       | ۲          | ۹۹۵/۱۰          | ۵/۹۸ | ۰/۰۳          | ۰/۴۱        | ۰/۹۰       |
| خطا                 | ۳۰۱/۸۹        | ۵۱         | ۱۵۰/۹۴          | ---  | ---           | ---         | ---        |
| سرزنش دیگران        | ۲۲/۳۸         | ۱          | ۲۲/۳۸           | ۰/۳۱ | ۰/۵۷          | ۰/۰۱        | ۰/۰۸       |
| گروه                | ۳۶۶۴/۱۱       | ۲          | ۸۷۱/۸۴          | ۶/۷۸ | ۰/۰۲          | ۰/۲۸        | ۰/۹۱       |
| خطا                 | ۱۲/۱۷         | ۵۱         | ۶/۰۸            | ---  | ---           | ---         | ---        |
| تاب آوری            | ۳۷۹/۰۲        | ۱          | ۳۷۹/۰۲          | ۱/۲۸ | ۰/۲۶          | ۰/۰۲        | ۰/۲۰       |
| گروه                | ۱۵۰۲/۴۰       | ۲          | ۱۲۹۴/۵۹         | ۸/۲۴ | ۰/۰۱          | ۰/۴۳        | ۰/۹۸       |
| خطا                 | ۲۱۶/۲۶        | ۵۱         | ۱۰۸/۱۳          | ---  | ---           | ---         | ---        |

$p < ۰/۰۰۱$

۰/۵۲، ۰/۳۹، ۰/۴۱، ۰/۲۸ و ۰/۴۳ است، یعنی ۴۷، ۵۲، ۳۹، ۴۱، ۲۸ و ۴۳ درصد از واریانس پس آزمون مربوط به آموزش ذهن آگاهی می باشد. همچنین توان آماری در این متغیر ها ۷۸، ۸۵، ۸۴، ۹۰، ۹۱ و ۹۸ درصد است.

با توجه به جدول ۵ دوره درمانی ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی، سرزنش خود، کنار آمدن، مثبت اندیشی، سرزنش دیگران و تاب آوری اثربخش بوده است. میزان تأثیر به ترتیب در متغیرهای بهزیستی روان شناختی، سرزنش خود، کنار آمدن، مثبت اندیشی، سرزنش دیگران و تاب آوری ۰/۴۷،

جدول ۶. آزمون تعقیبی LSD برای مقیاس های بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجانی و تاب آوری

| مقیاس               | گروه A    | گروه B | اختلاف میانگین A-B | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|---------------------|-----------|--------|--------------------|----------------|---------------|
| بهزیستی روان شناختی | ذهن آگاهی | خنثی   | ۱۵/۳۰              | ۳/۹۱           | ۰/۰۱          |
|                     |           | کنترل  | ۱۳/۸۵              | ۴/۵۵           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | ۰/۵۱               | ۰/۲۷           | ۰/۹۹          |
| سرزنش خود           | ذهن آگاهی | خنثی   | ۲/۲۰               | ۱/۶۰           | ۰/۰۱          |
|                     |           | کنترل  | ۳/۳۵               | ۱/۸۳           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | -۱/۶۲              | ۰/۳۸           | ۰/۹۹          |
| کنار آمدن           | ذهن آگاهی | خنثی   | ۴/۳۵               | ۱/۹۱           | ۰/۰۱          |
|                     |           | کنترل  | ۵/۰۰               | ۲/۵۵           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | ۱/۳۸               | ۰/۳۹           | ۱/۰۰          |
| مثبت اندیشی         | ذهن آگاهی | خنثی   | ۳/۹۰               | ۱/۶۰           | ۰/۰۱          |
|                     |           | کنترل  | ۶/۱۰               | ۲/۸۳           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | ۲/۴۵               | ۱/۵۶           | ۰/۹۸          |
| سرزنش دیگران        | ذهن آگاهی | خنثی   | ۵/۲۰               | ۲/۴۸           | ۰/۰۳          |
|                     |           | کنترل  | ۵/۵۰               | ۲/۶۴           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | ۰/۵۹               | ۰/۰۹           | ۰/۹۹          |
| تاب آوری            | ذهن آگاهی | خنثی   | ۹/۹۰               | ۲/۴۸           | ۰/۰۳          |
|                     |           | کنترل  | ۷/۶۵               | ۲/۶۴           | ۰/۰۱          |
|                     | خنثی      | کنترل  | -۵/۱۸              | ۲/۲۶           | ۰/۹۸          |

با توجه به جدول ۶ و معنی‌دار بودن تفاوت مقیاس‌های مورد مطالعه بین گروه ذهن آگاهی و گروه‌های خنثی و کنترل گفته می‌شود، ذهن آگاهی بر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، سرزنش خود، کنار آمدن، مثبت اندیشی، سرزنش دیگران و تاب‌آوری اثربخشی معنی‌داری در سطح  $P < 0.05$  داشته است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های گروه خنثی و کنترل وجود نداشته است ( $P > 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اصفهان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، سرزنش خود، کنار آمدن، مثبت‌اندیشی، سرزنش دیگران و تاب‌آوری بعد از آموزش ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین دو گروه کنترل و خنثی در متغیرهای مورد بررسی تفاوتی مشاهده نشد.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر انجام گرفته در این حوزه از جمله پژوهش‌های نریمانی و همکاران (۱۳۹۰)، بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۲)، عبدالقادی و همکاران (۱۳۹۲)، وهابی همابادی (۱۳۹۳)، براون و ریان (۲۰۰۳)، گروسمن و همکاران (۲۰۰۷)، مورونه و همکاران (۲۰۰۸)، هوول و همکاران (۲۰۱۰)، بنسون (۲۰۱۰)، ناکومورا و همکاران (۲۰۱۱)، بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۰)، بوالی (۱۳۹۰)، کار (۲۰۰۴)، دی بروین و همکاران (۲۰۱۴)، وانگ و همکاران (۲۰۱۵)، سینگ و همکاران (۲۰۰۷)، نیس (۲۰۱۴) و ارک و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

در پژوهش‌های زیادی اثربخشی ذهن آگاهی بر افزایش ذهن آگاهی و کاهش استرس در والدین کودکان اوتیسم نشان داده شده است (لیلی و تانگل،

۲۰۱۵). همچنین نیس (۲۰۱۴) اذعان داشت که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در والدین کودکان با تأخیر رشدی استرس را کاهش و سلامت روانی را افزایش دهد. علاوه بر این می‌تواند مشکلات رفتاری را در این کودکان کاهش دهد (نیس، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی بر روی والدین می‌تواند نشانه‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی را در کودک کاهش دهد (مولن، ۲۰۱۳). آموزش ذهن آگاهی بر روی مادران کودکان اوتیسم نیز چون منجر به افزایش توانایی آنها برای برخورد با چالش‌های رفتاری در این کودکان می‌شود، بر کاهش استرس این مادران دارای تأثیر است (سینگ و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین آقاجانی و همکاران (۱۳۹۴) اثربخشی آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای تعامل مادر-کودک را در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بررسی کردند. آنها اظهار داشتند که می‌توان از روش‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای ارتقای تعامل مادر-کودک در مادران کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کرد.

ذهن آگاهی به عنوان نوعی ظرفیت یا توانایی ذاتی بشر در نظر گرفته می‌شود، گرچه می‌توان آن را از طریق طیفی از تمرین‌ها افزایش داد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش‌یافته در بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است. چرا که در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و به‌طور کلی نشانه‌های منفی روان‌شناختی کاهش و عزت‌نفس، خوش‌بینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می‌بخشد و به افراد می‌آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند. همین امر باعث کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (براون و ریان، ۲۰۰۳). کارموردی و بیر (۲۰۰۷) معتقدند که انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیر

واکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های مثبت روان‌شناختی می‌شود.

مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مشکلات متعددی دارند. آنها در حین رشد و تحصیل کودک دچار مسائل مختلفی در حیطه تربیت و آموزش فرزند خود می‌شوند. این مشکلات سبب می‌شود که این مادران از نظر سلامت روانی آسیب ببینند. آنها برخی اوقات واکنش‌هایی از قبیل غم و اندوه تا احساس درماندگی را از خود نشان می‌دهند. داشتن فرزند با نیازهای خاص بر عقاید، باورها، افکار و احساسات آنها تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد، تا جایی که مادران چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ‌کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان تاب‌آوری و رفتار سرسختانه آنها تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی کمتر مادران این کودکان نسبت به مادران کودکان عادی می‌گردد.

آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان یک روش درمانی با تعدیل هیجانات، عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است. در برخی از مادران کودکان کم‌توان ذهنی که کمتر به حضور در جمع و فعالیت‌های جمعی به علت داشتن فرزند با کم‌توانی ذهنی تمایل دارند، با ترویج علاقه به فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌توان در جهت ارتقای سلامت روان آنها گام برداشت.

در حقیقت آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند منشاء تغییر در نگرش و باورها باشد و حتی موجب افزایش تاب‌آوری در برابر مشکلات و سختی‌های زندگی شود. آموزش باعث می‌شود که افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کرده و ضمن نیل به سلامت روان، میزان خودپذیری در آنها افزایش یابد.

با توجه به اجرای آموزش به صورت گروهی در این پژوهش، می‌توان گفت که ماهیت آموزش گروهی قادر است تأثیر مثبت در کاهش فشار روانی داشته باشد، زیرا جمع‌شدن افراد در گروه و اینکه تک تک افراد احساس کنند که دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آنها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش روحیه مثبت و تاب‌آوری مؤثر است.

اگر چه اجرای پرسشنامه‌ها در فضای صمیمانه و همراه با پذیرایی صورت گرفت اما با توجه به تعداد زیاد سوالات خستگی شرکت‌کنندگان را به همراه داشت. همچنین کم بودن باور و اعتماد مادران به مفیدبودن مداخله در جلسات اول و انجام مداخله فقط در مورد مادران کودکان کم‌توان ذهنی از محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شوند. پیشنهاد می‌گردد با توجه به سطح بالای استرس والدین، مداخله ذهن‌آگاهی در مورد هر دو والد و به تفکیک مشکلات کودکان انجام گیرد. از آن جا که عوامل بسیاری بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری تأثیر گذارند که پژوهشگران قادر به کنترل و ارزیابی آنها نبوده‌اند، از قبیل شرایط خانوادگی، الگوی زندگی و ... پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی این متغیرها در نظر گرفته شوند.

#### پی‌نوشت‌ها

1. Mentally retarded
2. Blind
3. Hearing impaired
4. Well-being
5. Self-blame
6. Rumination
7. Catastrophizing
8. Other- blaming
9. Acceptance
10. Positive refocusing
11. Refocus on planning
12. Positive reappraisal
13. Putting into perspective
14. Resiliency
15. Psychological Well-being Scale Ryff

## منابع

- نریمانی، م.، آریاپوران، س.، ابوالقاسمی، ع.، و احدی، ب. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان شناختی جانبازان شیمیایی. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵ (۵).
- وهابی همابادی، ا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اضطراب، افسردگی و وسواس زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).
- Arce, E., Simmons, A. W., Stein, M. B., Winkielman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M. P. (2008). Association between in dividable differences in self – reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 2(4), 120-131.
- Benson P.R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*, (40), 312-325.
- Bonanno G.A. (2004). Loos. Trauma, and human resilience. *Journal of American Psychologist*, 59, 20-28.
- Brown K.W, Ryan R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48.
- Carmody, J., & Bear, R. A. (2007). Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program. *Behavioral Medicine*, 31, 23- 33.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. London: Routledge.
- Connor, M. K., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- De Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., Steensel, V., & Bögels, S. M. (2014). MYmind: mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19, 906–911.
- Dogar IA., Azeem M.W., Haider I., Wudarsky M., Asmat A., Akbar M., & Kousar S. (2011). Well-being and psychiatric status of parent's children with mental retardation in Pakistan. *Journal of European Psychiatry*. 26(1):278-286.
- Garnefski, N., & Kraaij, V.(2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045–1053.
- Gross, J.J., & Thomson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross(Ed), *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- احمدوند، ز.، حیدری نسب، ل.، و شعیری، م. ر. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روان شناختی بر اساس مولفه های ذهن آگاهی. *فصل نامه روان شناسی سلامت*، ۲، ۱۵-۲۵.
- امین آبادی، ز.، دهقانی، م. و خداپناهی، م. ک. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۴).
- آقاجانی، س.، افروز، غ.، نریمانی، م.، غباری بناب، م. ب.، و محسن پور، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای تعامل مادر-کودک در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۵ (۱).
- بساکنزاد، س.، آقاجانی افجادی، ا و زرگری، ی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *مجله دستاوردهای روان شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۴ (۲).
- بولی، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی با رویکرد معنادرمانی بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری مادران کودکان عقب مانده ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان).
- بهداری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت آباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی*، ۶ (۲۲).
- تقی پور جوان، ع.، حسن نتاج، ف.، و شوشتری، م. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد بهزیستی روان شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی، تیزهوش و عادی. *پژوهش علوم شناختی و رفتاری*، ۴ (۲).
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روان شناسی معاصر*، ۱۷، ۳-۴.
- سفیدی، ف.، و فرزاد، و. (۱۳۹۱). رواسازی آزمون بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶ (۱).
- سودانی، م.، مهرانی زاده هنرمند، م.، و ضرغامیان، ض. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش کسب معنا بر کیفیت زندگی و حیطه های آن در مادران دارای فرزند با نیاز ویژه. همایش ملی رویکردهای نوین در حفظ و ارتقای سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا.
- عبدالقادری، م.، کافی، م.، صابری، ع.، و آریا پوران، س. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۱ (۶).
- محمدی، ز.، سلیمانی، ع. ا.، فتحی آشتیانی، ع.، و جاویدی، ن. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بهزیستی روان شناختی و تاب آوری در مادران کودکان اختلال کمبود توجه و فزون کنشی و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار. *نسیم تندرستی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، ۲ (۳).

- Grossman P., Tiefenthaler-Gilmer U., Raysz A., Kesper U. (2007). Mindfulness Training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of post intervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Journal of Psychotherapy and psychosomatics*, 76:226-233.
- Gunderson J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavioral Therapy*, (37): 25-35.
- Howell, A. J., Digdon, N., & Buro, K. (2010), "Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being", *Personality and Individual Differences*, 48, 419-424.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Meena Vythilingam, M., Blair, R.J., Charney, D.S., Pine, D.S., & Blair, K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 87, 9-24.
- Keenan-Mount, R., Albrecht, N. J., & Waters, L. (2016). Mindfulness-based approaches for Young People with Autism Spectrum Disorder and their Caregivers: Do these Approaches Hold Benefits for Teachers? *Australian Journal of Teacher Education*, 41(6), 68-86.
- Lilly, J., & Tungol, J. R. (2015). Effectiveness of mindfulness based psycho-educational program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 52-56.
- Mapsea, A. J. (2006). *Teachers' views on providing for children with special needs in inclusive classrooms: a Papua New Guinea study (Thesis, Master of Special Education (MSPed))*. The University of Waikato, Hamilton, New Zealand.
- Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). Oxford: Oxford University Press.
- Nakamura, Y., Lipschitz, D.L., Landward, R., Kuna, R., & Wetb, G.(2011). Two sessions of sleep-focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 70, 335-345.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: applications for parental mental health and child behavior. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 27, 174-186.
- Neff K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 6, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonia Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., & Singh, J. (2011). Aggression, tantrums, and other externally driven challenging behaviors. In J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 413-435). New York: Springer.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & McAleavey, K. M. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 31, 749-771.
- Tonga, E., & Duger, T. (2008). Factors affecting low back pain in mothers who have disabled children. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 21, 219-226.
- Winefield, R, Gill, K, Taylor, W, and Pilkington, M.(2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being*, 2 (3), 1-14.