



## Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Resilience and Quality of Life in Mothers with Children with Learning Disabilities

Lida Malekzadeh<sup>1</sup>, Fatemeh Nikkhoo<sup>2\*</sup>, Reza Ali Tarkhan<sup>3</sup>, Masoumeh Najafi Pazoki<sup>4</sup>

1. Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: [l.malekzade@ut.ac.ir](mailto:l.malekzade@ut.ac.ir)
2. Corresponding Author, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: [fnikkhoo@atu.ac.ir](mailto:fnikkhoo@atu.ac.ir)
3. Department of Educational Science, Humanities Faculty, University of Shahed, Tehran, Iran. Email: [r.tarkhan@shahed.ac.ir](mailto:r.tarkhan@shahed.ac.ir)
4. Organization for Education and Research Planning, Higher Education Council, Tehran, Iran. Email: [najafi@oerp.ir](mailto:najafi@oerp.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 2 May 2022  
Revised: 26 Jun 2022  
Accepted: 9 Oct 2022  
Published Online: 10 Jan 2024

**Keywords:**  
*Mindfulness Based Cognitive Therapy, Quality of Life, Resilience.*

### ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the efficacy of cognitive therapy based on mindfulness in relation to the resilience and quality of life of mothers who have children who have learning disabilities. The research employed an applied, semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up, as intended. The study's statistical cohort comprised mothers of children diagnosed with learning disabilities residing in Tehran during the initial half of 2020. As the final sample, forty mothers were chosen using the method of purposive sampling and were divided at random into two groups—one experimental and the other—consisting of twenty mothers each. The Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the Beach Center Family Quality of Life Scale (BCFQLS) were utilized as research instruments. The control group did not receive mindfulness-based cognitive therapy, whereas the experimental group participated in eight sessions of such treatment. After a post-test at the conclusion of the session and two months later, follow-up was conducted. Utilizing SPSS-24 software and the statistical procedure of analysis of covariance, the data were analyzed. The findings from the covariance analysis indicated that the experimental group exhibited a statistically significant increase in both resilience and quality of life. Additionally, the beneficial effects of cognitive treatment based on mindfulness were maintained. Therefore, mothers of children with learning disabilities may benefit from an effective method of enhancing their children's resilience and quality of life through the implementation of mindfulness-based cognitive treatment.

**Cite this article:** Malekzadeh, L., Nikkhoo, F., Tarkhan, R. A., & Najafi Pazoki, M. (2024). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Resilience and Quality of Life in Mothers with Children with Learning Disabilities. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 223-238. doi: 10.22059/japr.2023.341919.644242.



**Publisher:** University of Tehran Press  
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.341919.644242>

© The Author(s).



## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری

لیدا ملک زاده<sup>۱</sup>، فاطمه نیک خو<sup>۲\*</sup>، رضاعلی طرخان<sup>۳</sup>، معصومه نجفی پازکی<sup>۴</sup>

۱. دکتری روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران رایانامه:

[L.malekzade@ut.ac.ir](mailto:L.malekzade@ut.ac.ir)

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه:

[fnikkhoo@atu.ac.ir](mailto:fnikkhoo@atu.ac.ir)

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. رایانامه: [r.tarkhan@shahed.ac.ir](mailto:r.tarkhan@shahed.ac.ir)

۴. دانشیار، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، شورای عالی آموزش و پرورش، تهران، ایران. رایانامه: [najafi@oerp.ir](mailto:najafi@oerp.ir)

### اطلاعات مقاله

### چکیده

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۴/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

#### کلیدواژه ها:

تاب آوری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی.

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری است. این پژوهش از نظر هدف کاربردی با طرح نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری شهر تهران در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از این مادران بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بیچ ستر (BCFQLS) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) بود. گروه آزمایش ده جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان، جلسات پس آزمون اجرا شد و با فاصله دو ماه به منظور بررسی ماندگاری آموزش، پیگیری انجام گرفت. برای تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد تاب آوری و کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور معناداری از گروه گواه بیشتر است. همچنین در زمان پیگیری، تغییرات مثبت ناشی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی حفظ شده بود؛ بنابراین می توان گفت رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند برای ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به کار گرفته شود.

استناد: ملک زاده، ل.، نیک خو، ف.، طرخان، ر. ع. و نجفی پازکی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۴)، ۲۲۳-۲۳۸. doi: 10.22059/japr.2023.341919.644242

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.341919.644242>

© نویسندگان.



## ۱. مقدمه

اختلال یادگیری خاص<sup>۱</sup> (SLD) به عنوان یک اختلال ناهمگن با مشخصه‌های متفاوت شناختی معرفی می‌شود و به افرادی نسبت داده می‌شود که با داشتن هوش طبیعی و علی‌رغم وجود هیچ‌گونه عوامل بیرونی از جمله معلولیت‌های حسی، حرکتی و ذهنی در خواندن، نوشتن و ریاضیات، عملکرد ضعیفی از خود نشان می‌دهند. از این رو، اختلال یادگیری خاص، سه حوزه مختلف تحصیلی را شامل می‌شود: ۱. اختلال یادگیری خاص که روی خواندن تأثیر می‌گذارد<sup>۲</sup>؛ ۲. اختلال یادگیری خاص که روی نوشتن اثرگذار است<sup>۳</sup>؛ و ۳. اختلال یادگیری خاص که بر ریاضیات تأثیر می‌گذارد<sup>۴</sup> (بیشارا و کاپلان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). میزان شیوع در ایران نیز برای دانش‌آموزان ابتدایی، ۴/۵۸ درصد گزارش شده است. تعداد دانش‌آموزان دارای این اختلال رفته‌رفته از سن ۶ تا ۱۱ سالگی افزایش می‌یابد که بیشتر آن‌ها پسران ۱۰ تا ۱۵ ساله هستند (علیزاده‌فرد، محتشمی و تبریزی، ۱۳۹۵). اختلال یادگیری به معنای نقص در هوش یا انگیزه نیست. همچنین کودکان دچار اختلال یادگیری تنبل یا کودن نیستند. در حقیقت اغلب آن‌ها به اندازه سایرین باهوش هستند و فقط مغزشان به طریقی متفاوت عمل می‌کند. این تفاوت‌ها در مغز، در نحوه دریافت و تجزیه و تحلیل اطلاعات در این کودکان اثر دارد (پادهی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). در فراتحلیلی روی پژوهش‌های ایران، میزان شیوع اختلال‌های یادگیری در مقطع ابتدایی ۴/۵۸ درصد گزارش شده است و پسرها ۱/۱ تا ۲/۲ درصد بیش از دخترها مبتلا به این اختلال‌ها هستند (علیزاده‌فرد، محتشمی و تبریزی، ۱۳۹۵). اختلالات یادگیری در هر کودک به شکل خاصی خود را نشان می‌دهد. یک کودک ممکن است برای خواندن و هجی کردن مشکل داشته باشد. دیگری عاشق کتاب است، اما در درک ریاضیات مشکل دارد. کودکی دیگر هم ممکن است برای درک آنچه دیگران می‌گویند یا مکالمه‌ها مشکل داشته باشد. مشکلات یادگیری تفاوت بسیاری با هم دارند، اما همگی جزئی از اختلالات یادگیری هستند. تشخیص اختلال یادگیری همیشه هم کار ساده‌ای نیست و به علت گستردگی انواع آن، هیچ نشانه یا علامت واضحی که دال بر اختلال باشد نمی‌توان معرفی کرد (تامیای<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴).

مواجه شدن والدین با این احتمال که فرزندشان دچار اختلال یادگیری باشد دشوار است. ممکن است فکر کنند که با وجود این مشکل آینده او چگونه خواهد بود یا چطور باید از عهده مدرسه برآید. ممکن است نگران باشند که به علت این اختلال به فرزندشان برچسب کندذهن بخورد یا به مدارس کودکان استثنایی معرفی شود (مانسون و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). علاوه بر این، والدین کودکان دارای اختلال یادگیری ملزم به مقابله با استرس، استفاده از منابع کافی و درعین حال فرزندپروری باکیفیت هستند (جونز و فینچ<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰؛ گاویدیا-راینه و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵؛ بکت، جانسون و ژوزینسکی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). با این حال، نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهد والدین کودکان دارای اختلال یادگیری در مقایسه با والدین کودکانی که معمولاً در حال رشد هستند، استرس و مشکلات بیشتری را در موقعیت‌های نامطلوب تجربه می‌کنند (موختار و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸؛ سوزوکی و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳). ناتوانی کودکان در یادگیری، گستره‌ای از اثرات منفی مثل استرس خانوادگی، اختلاف والدین، بروز واکنش‌های منفی در اعضای خانواده و مشکل برقراری ارتباط با مدرسه ایجاد می‌کند (دایسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰). همچنین در پژوهشی نشان داده شد مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، فشار روانی زیادی تحمل می‌کنند و سلامت عمومی کمتری دارند (کاراند و کولکارنی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹).

1. specific learning disability (SLD)
2. dyslexia
3. dysgraphia
4. dyscalculia
5. Bishara & Kaplan
6. Padhy et al
7. Tamiya
8. Månsson et al
9. Jones & Finch
10. Gavidia-Payne et al
11. Bekhet, Johnson, & Zauszniewski
12. Mukhtar et al
13. Suzuki et al
14. Dyson
15. Karande & Kulkarni

تاب‌آوری<sup>۱</sup> فرایند سازگاری والدین در موقعیت‌های دشوار خانوادگی و نحوه تقویت، تدبیر و اعتمادبه‌نفس آن‌ها در برخورد با موقعیت‌های دشوار است (سوزوکی و همکاران، ۲۰۱۳). والدین انعطاف‌پذیر بهتر می‌توانند استرس را مدیریت کنند و با مشکلاتی که در رابطه با فرزندانشان تأثیر دارد کنار بیایند (گاویدیا-راینه و همکاران، ۲۰۱۵) و این مسئله برای خانواده‌هایی که کودکان دارای اختلال یادگیری دارند بیشتر است. جنبه‌های تاب‌آوری از نظر سوزوکی و همکاران (۲۰۱۵) عبارت‌اند از: ۱. شناخت ویژگی‌های کودک که مربوط به درک داشتن دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای تربیت کودکان دارای اختلال یادگیری است. چنین دانشی والدین را قادر می‌سازد تا حس کنترل بر رفتار فرزندان خود را به دست آورند؛ ۲. نشان دادن حس کنترل که می‌تواند مشکل رفتاری کودکان را کاهش دهد؛ ۳. کاهش استرس والدین؛ به عبارت دیگر، زمانی که والدین رفتار کودکان خود را درک کنند، ممکن است در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات رفتاری با‌انگیزه‌تر، خون‌سردتر و انعطاف‌پذیرتر باشند. در کنار درک افزایش یافته از ناتوانی فرزندان، جنبه دیگر تاب‌آوری والدین، حمایت اجتماعی درک شده است. میزان حمایت اجتماعی که به والدین کودکان دارای اختلال یادگیری ارائه می‌شود، فرصت‌هایی برای بحث در مورد نگرانی‌های خود با دیگران و دریافت نصیحت در برخورد با رفتار چالش‌برانگیز فرزندانشان فراهم می‌کند (بوید<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). در واقع اکاس، لیکنبراک و ویتمن<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند حمایت اجتماعی زیاد ارتباط مثبتی با افزایش خوش‌بینی و کاهش استرس مادر دارد.

والدین کودکان با اختلال یادگیری بیشتر از والدین کودکان عادی، برای مراقبت و آموزش کودک خود زمان صرف می‌کنند. در نتیجه برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان می‌شوند و زندگی اجتماعی آن‌ها محدودتر می‌شود که این روند با کاهش کیفیت زندگی<sup>۴</sup> همراه است (ویلاویسنسیو و لویز-لاروسا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی را شرایطی تعریف می‌کنند که براساس آن، نیازهای خانواده تأمین می‌شود و اعضای آن از کنارهم‌بودن احساس رضایت می‌کنند و فعالیت‌هایی را که برایشان مهم است به‌خوبی انجام می‌دهند. کیفیت زندگی، عرصه‌های متنوع زندگی همچون شرایط مالی، شغل، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۶</sup>، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی است که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان (کیم و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). کنود و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۶) معتقدند کیفیت زندگی بهتر به افراد امکان می‌دهد در جهت دستیابی به اهداف خود حرکت کنند و خوش‌بینی، خودکارآمدی، انرژی و بهزیستی جسمی بیشتری را تجربه کنند؛ بنابراین می‌توان گفت خانواده‌ای که کیفیت زندگی بهتری را فراهم کرده است، در حیطه‌های مختلف زندگی خانوادگی عملکرد بهتری دارد و توان بیشتری برای مقابله مؤثر با معضلات و استرس‌ها خواهد داشت (براون و براون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای مشکلات روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و خانوادگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی این افراد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۰</sup> (MBCT) است. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نوعی مداخله‌اند که در آن به‌جای اینکه فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن را به چالش بکشد، در ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را در خود ایجاد می‌کند. این امر سبب می‌شود فرد از احساسات، هیجانات و افکار خودش، آگاهی بیشتری به‌دست آورد. ویژگی‌هایی مثل کمک به رشد مهارت‌های فراشناختی، افزایش کنترل و انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری و همچنین ارائه طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت اجرایی (سیگل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹)، الگوی ذهن‌آگاهی را در مقایسه

1. resilience

2. Boyd

3. Ekas, Lickenbrock, &amp; Whitman

4. quality of life

5. Villavicencio &amp; López-Larrosa

6. the world health organization

7. Kim et al

8. Knod et al

9. Brown &amp; Brown

10. mindfulness-based cognitive therapy

11. Siegel

با سایر مداخلات شناختی متمایز ساخته است (کرین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌عنوان یک درمان سازمان‌یافته برای مرتبط‌ساختن سازه‌های درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی-رفتاری کلاسیک<sup>۲</sup> برنامه‌ریزی شده است (کائو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مثل تکنیک بررسی بدن برای افزایش آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذاخوردن و حس‌های غیرارادی بدن مانند تنفس برنامه‌ریزی شده است تا با به‌کارگیری آن‌ها مهار بیشتری بر پاسخ‌های غیرارادی مثل تنش‌های روانی و هیجانی اعمال شود (بارنهوفر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). مهم‌ترین هدف این درمان، به‌کارگیری و سازمان‌دهی یک دیدگاه یا رابطه‌ی تغییر یافته با افکار، احساس و هیجان‌های افراد است که دربرگیرنده‌ی ایجاد توجه کامل و در لحظه و همچنین وجود دیدگاه همسو با پذیرش و جدای از قضاوت است (کوکاوسکی و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). همچنین رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دربرگیرنده‌ی مؤلفه‌های شناختی، ارتباطات بین افکار و هیجان‌های بسیاری است که در آن، سازوکارهایی برای تمرکززدایی نسبت به تفکرات فردی انتقال می‌یابد (لاموت و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰).

این نوع شناخت‌درمانی<sup>۷</sup> شامل هشت جلسه‌ی گروهی از مراقبه‌های مختلف، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و احساسات بدنی را نشان می‌دهد. در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مراجعان یاد می‌گیرند چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌هایشان را ببینند (ویلیامز و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). به بیانی دیگر موضوع اصلی در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، عدم تحکیم باورهای نادرست است که رویکردی بی‌نهایت سودمند و فوق‌العاده اثرگذار در توجه غیرقضاوتی و انعطاف‌پذیر به مشکلات است (مهری نژاد، ۱۳۹۶)؛ بنابراین ذهن‌آگاهی<sup>۹</sup> به‌عنوان یک حالت روان‌شناختی، با ارتقای سلامت روانی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مرتبط است (براون و رایان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳؛ ناظمی هرندی و نامداری، ۱۳۹۴). به این ترتیب این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی انجام شده و در پی پاسخ به این سؤالات است:

- الف) آیا آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری ویژه اثر دارد؟  
 ب) آیا آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری ویژه اثر دارد؟

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری دوماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری شهر تهران در شش‌ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بود که فرزندان آن‌ها در مدارس استثنایی دوره‌ی ابتدایی حضور داشتند. دلیل نمونه‌گیری هدفمند، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش بود که عبارت بودند از: سن ۲۵ تا ۴۵، داشتن فرزند مبتلا به اختلال یادگیری، حداقل سواد سیکل، عدم ابتلا به مشکل جسمانی مزمن، عدم دریافت مداخله‌ی روان‌شناختی هم‌زمان و تمایل به شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت

1. crane  
 2. classical cognitive-behavioral therapy  
 3. Kuo et al  
 4. Barnhofer  
 5. Kocovski et al  
 6. Lamothe et al  
 7. cognitive therapy  
 8. Williams  
 9. mindfulness  
 10. Brown & Ryan

در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود.

## ۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

با توجه به اینکه نمونه پژوهش مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بودند و فرزندان آن‌ها در مدارس استثنایی دوره ابتدایی حضور داشتند، از بین مدارس ابتدایی شهر تهران سه مدرسه انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب شده، فرم شرکت داوطلبانه در پژوهش طی جلسه‌ای حضوری و با رعایت پروتکل بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی، در بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری توزیع شد و پس از جمع‌آوری، مادران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. از بین مادران داوطلب، ۴۰ مادر براساس ملاک‌های ورود و خروج و به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در این مرحله پرسشنامه‌های تاب‌آوری والدین و کیفیت زندگی برای تکمیل در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. سپس این ۴۰ مادر به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ مادر در گروه آزمایش و ۲۰ مادر در گروه گواه). در گام بعد، مادران گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی دو ماه دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه از دریافت این مداخله طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از پایان دوره مداخله، مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌های مذکور را پاسخ دادند. پس از چهار هفته مرحله پیگیری اجرا شد و نتایج دو گروه با روش‌های آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. شرح این جلسات در جدول ۱ آمده است.

## ۲-۳. ابزارهای پژوهش

### ۲-۳-۱. پرسشنامه کیفیت زندگی خانواده بیچ سنتر<sup>۱</sup> (BCFQLS)

پرسشنامه کیفیت زندگی یک ابزار خودگزارش دهی ۲۵ سؤالی است که توسط بیچ سنتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ارائه شد و پنج حیطه تعاملات خانوادگی (سؤال‌های ۱، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۷ و ۱۸)، والدگری (سؤال‌های ۲، ۵، ۸، ۱۴، ۱۷ و ۱۹)، بهزیستی هیجانی (سؤال‌های ۳، ۴، ۹ و ۱۳)، بهزیستی جسمی (سؤال‌های ۶، ۱۵، ۱۶، ۲۰ و ۲۱) و حمایت از عضو ناتوان خانواده (سؤال‌های ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) را می‌سنجد. این پرسشنامه نمراتی را در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱: خیلی ناراضی تا ۵: خیلی راضی) به خود اختصاص می‌دهد و تمامی سؤال‌ها به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات پرسشنامه ۱ تا ۱۲۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. هافمن و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) روایی این ابزار را به روش تحلیل‌عاملی تأییدی به‌دست آوردند و نتایج نشان‌دهنده برازش مناسب مدل بود. همچنین هافمن و همکاران (۲۰۰۶) میزان پایایی پرسشنامه را برای حیطه‌های پنج‌گانه ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ به‌دست آوردند. در ایران پرسشنامه کیفیت زندگی توسط قدمی، سیاح و آزادی (۱۳۹۷) هنجاریابی شد. نتایج تحلیل‌عاملی نشان‌دهنده تأیید پنج عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده بود. همچنین قدمی، سیاح و آزادی (۱۳۹۷) میزان پایایی پنج عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ۰/۷۲ محاسبه شد.

### ۲-۳-۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۴</sup> (CD-RISC)

این ابزار توسط کانر و دیویدسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) طراحی شد و از ۲۵ گویهٔ مدرج پنج‌گزینه‌ای از هرگز تا همیشه تشکیل شده است و در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ و همبستگی‌های گویه با کل مقیاس را ۰/۳۰ تا ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین کانر و دیویدسون با بررسی ارتباط مقیاس تاب‌آوری با ابزار سرسختی کوباسا<sup>۶</sup> (r=۰/۸۳) و مقیاس استرس ادراک‌شده<sup>۱</sup> (r=۰/۷۶) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیپان<sup>۲</sup> (r=۰/۳۲)،

1. Beach Center Family Quality OF Life Scale (BCFQLS)
2. Beach Center
3. Hoffman et al
4. conner-davidson resilience scale (CD-RISC)
5. Connor & Davidson
6. Kubasa Hardiness Tool

روایی این ابزار را مطلوب گزارش کردند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). بیگدلی، نجفی و رستمی (۱۳۹۲) همسانی درونی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آوردند. همچنین کیهانی و همکاران (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۶۹ و با روش دونیمه سازی ۰/۶۶۵ محاسبه کردند.

## ۲-۴. روند اجرای مداخله درمانی

پس از دریافت مجوزهای لازم و انجام نمونه گیری، ۴۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (گروه آزمایش و گروه گواه هر کدام ۲۰ مادر). گروه آزمایش دو ماه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند؛ در حالی که مادران گروه گواه از دریافت این مداخله درمانی در طول اجرای پژوهش بی بهره بودند و مقرر شد آن ها نیز پس از اتمام پژوهش، این مداخله درمانی را در صورت تمایل به صورت رایگان دریافت کنند. در پژوهش حاضر از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کائو و همکاران، ۲۰۲۱) استفاده شد که در پژوهش مهری نژاد (۱۳۹۶) استفاده شده و کارایی آن تأیید شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	خلاصه جلسات
اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر، تشریح قوانین گروه برای اعضا، اجرای دو پرسشنامه (پیش آزمون) برای دو گروه کنترل و آزمایش
دوم	ارائه موضوعات کلی هریک از جلسات، معرفی اجمالی روش MBCT، مروری بر علائم تاب آوری و مهارت های داشتن کیفیت زندگی مطلوب
سوم	آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به اضطراب، آگاهی کامل از افکار و احساسات فراشناختی، با تأکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تأکید بر اضطراب
چهارم	پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک واریسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین واریسی بدن
پنجم	آموزش ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه
ششم	آموزش تنفس سه دقیقه ای (آگاهی، یکپارچه سازی و گسترش دادن) ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن تجربه) با روش مراقبه شنیدن
هفتم	ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش
هشتم	آموزش روش های متفاوت دیدن افکار، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
نهم	مروری بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، یکپارچه سازی فعال رفتاری در آموزش برنامه ریزی فعالیت، تمرین منظم حضور ذهن برای کمک به حفظ تعادل در زندگی، تمرین تقویت نیت، تمرین واریسی بدنی، بازنگری کل برنامه
دهم	مروری بر جلسات گذشته و اجرای پس آزمون برای دو گروه آزمایش و گواه

## ۲-۵. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۳</sup> برای بررسی نرمال بودن متغیرها، از آزمون لوین<sup>۴</sup> به منظور بررسی برابری واریانس ها و از آزمون موچلی<sup>۵</sup> برای بررسی پیش فرض کرویت داده ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته<sup>۶</sup> به منظور بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. داده ها با نرم افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند.

## ۳. یافته ها

### ۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

یافته های مرتبط با متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد از ۴۰ نفر شرکت کننده در این پژوهش، میانگین سن مادران گروه آزمایش ۳۲ سال و گروه گواه ۳۴ سال بود.

1. Perceived Stress Scale
2. Sheehan Perceived Stress Vulnerability Scale
3. Shapiro-Wilk test
4. Levine test
5. Mochli's test
6. Mixed variance analysis

## ۳-۲. توصیف شاخص‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
تاب‌آوری	گروه آزمایش	۵/۸۲	۳۲/۵۱	۵/۰۶	۳۸/۹۵	۵/۷۲
	گروه گواه	۵/۸۴	۳۰/۸۴	۵/۹۱	۳۲	۵/۵۵
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۹/۷۲	۶۲/۷۲	۱۲/۳۱	۷۰/۵۴	۱۲/۰۳
	گروه گواه	۱۰/۶۵	۵۹/۲۱	۱۰/۴۰	۵۸/۱۰	۱۰/۴۱

نتایج جدول ۲ توصیفی حاکی از آن است که میزان تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی بررسی می‌شود.

## ۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس

قبل از گزارش نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌ها سنجش شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای تاب‌آوری ( $F=0/14$ ;  $P=20$ )، و کیفیت زندگی ( $F=0/15$ ;  $P=17$ ) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین اندازه‌گیری شد که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر تاب‌آوری ( $F=0/47$ ;  $P=0/47$ ) و کیفیت زندگی ( $F=0/21$ ;  $P=0/61$ ) رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون  $t$  مشخص کرد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و کیفیت زندگی) معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این در حالی است که نتایج آزمون موجلی نشان داد پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای تاب‌آوری ( $Mauchlys W=0/96$ ;  $P=59$ ) و کیفیت زندگی ( $Mauchlys W=0/93$ ;  $P=47$ ) رعایت شده است.

## ۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	مراحل	۲	۱۴۴/۹۰	۳۶/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۱۷۲/۲۸	۱۷/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۷۱/۵۳	۴۲/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
	خطا	۷۰	۲۸۰/۱۳				
کیفیت زندگی	مراحل	۲	۱۶۵/۹۰	۲۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۵۸۸/۰۵	۱۵/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱	۲۶۲/۸۷	۳۳/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۷۰	۵۲۵/۷۵				

نتایج آزمون واریانس آمیخته و ضرایب  $F$  محاسبه شده در جدول ۳ نشان داد عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری داشته است ( $P < 0/001$ ). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۵۶ و ۵۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. علاوه بر این، براساس ضریب  $F$  محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) هم بر نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری معنادار است ( $p < 0/001$ ); بنابراین می‌توان نتیجه گرفت عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی نیز بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک



مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) به ترتیب ۴۴ و ۴۶ درصد از تفاوت در نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. در نهایت نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان نیز بر نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری معنادار است ( $p < 0/001$ )؛ بنابراین نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری به میزان ۶۸ و ۶۷ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری نیز حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۵۴	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۳۰	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۵۴	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۴	۰/۳۲	۰/۷۸
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۹۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۳۶	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۹۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۵	۰/۳۱	۰/۲۹

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معنا است که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول مشخص کرد بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در مادران دارای کودک مبتلا به یادگیری تأثیر معنادار دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری با یافته آکاس، لیکنبراک و ویتمن (۲۰۱۰) و بوید (۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل مشکلات مزمن کودک، نوعی آزرده‌گی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی ایجاد شده است که مانع از پردازش عاطفی و هیجانی سازنده می‌شود (توفیقی محمدی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با به‌کاربردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن‌آگاهانه موجب افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در طی درمان به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی خود را بهتر درک کنند و ذهنشان را برای فهمیدن احساس‌های خود بگشایند.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری با یافته مطالعات زیر همسو است: محمدی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی، بشرپور و عینی (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر

ذهن آگاهی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، استنمایر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود عملکرد ذهن‌خوانی افراد و مالبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک رابطه عاطفی مشترک بین بیمار و همچنین درمانگر، تجربه بیمار در مورد اینکه او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویابودن مفید باشد (باتمن و فوناگی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)؛ بنابراین این درمان می‌تواند موجب کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده برقرار و براین اساس کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. همچنین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سبب می‌شود تا افراد آموزش‌دیده به ذهنیت‌سازی موفق در جهت درگیرشدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز دست یابند (استنمایر و همکاران، ۲۰۲۱). با این توانایی، مادران می‌آموزند از موقعیت‌های چالش‌برانگیز فرار نکنند و با تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در این مادران نیز با ادراک بالاتر کیفیت زندگی همراه است. در تبیینی دیگر باید به نقش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره کرد؛ چرا که این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم کند و سبب شود تا کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی بهبود در کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری می‌توان به چند نکته اشاره کرد. در این درمان، شرکت‌کنندگان با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابند هیجانات مثبت از قبیل شادی، وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون نیستند (گاوو و ژا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). هیجانات خوشایند، زمانی تجربه می‌شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند، رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت لذت آور یا فرار از موقعیت دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به نوعی رهایی برسد. تمرینات ذهن آگاهی موجب می‌شود تا مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری نسبت به افکار و احساسات خود هوشیارتر شوند و آن‌ها را به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه‌هایی از خود. درنهایت، نحوه ارتباط آن‌ها با افکارشان تغییر می‌کند و سبب می‌شود به مسائل منفی و رویدادهای ناخوشایند که موجب اثرات منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود، واقع‌بینانه‌تر و با حالتی از پذیرش و به دور از قضاوت پاسخ دهند. همچنین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری در طی تمرینات ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که افکار واقعیت خارجی ندارد و ساخته و پرداخته ذهن آن‌ها است. در نتیجه در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا این تغییر را کسب می‌کنند که با اتخاذ موضع غیرقضاوتی و مشاهده‌گرانه از کنار افکار خود رد شوند و صرفاً به تماشای آن‌ها بپردازند، بدون اینکه الزاماً طبق آنچه افکارشان دستور می‌دهد، رفتار کنند. این روند آنان را از درآمیختگی با افکار می‌رهاند و سبب می‌شود آرامش روانی، هیجانی و شناختی بیشتری را تجربه و کیفیت زندگی بالاتری را ادراک کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودبودن پژوهش به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری در شهر تهران، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم کنترل متغیرهای اثرگذار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش روی سایر گروه‌ها از جمله خانواده‌های کودکان با سایر اختلالات رایج عصب‌شناختی مانند اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلالات طیف اوتیسم نیز انجام گیرد. با توجه به اثربخشی

1. Steinmair  
2. Malberg  
3. Batman & Fonagy  
4. Gu & Zhu

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری، پیشنهاد می‌شود. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی مرتبط با کودکان با اختلال یادگیری معرفی تا آن‌ها با به‌کارگیری این درمان، برای بهبود وضعیت شناختی و روان‌شناختی مادران این کودکان گامی عملی بردارند. آموزش این تکنیک‌ها به والدین کمک می‌کند تا با پذیرش خود و وقایع بیرونی، تاب‌آوری بیشتر و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند؛ بنابراین در مجموع به‌کارگیری تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی والدین اثرگذار است. براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای ارتقا تاب‌آوری و کیفیت زندگی والدین در مراکز مشاوره مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به خودآموز بودن برخی از تکنیک‌ها می‌توان آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و شناختی رفتاری را به‌صورت دفترچه‌های فیزیکی و الکترونیکی برای والدین محقق ساخت.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، آزمودنی‌ها کاملاً به‌صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و آزمودنی‌ها می‌توانستند در صورت عدم تمایل به همکاری از پژوهش خارج شوند. هدف پژوهش و مشخصات پژوهشگران برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. همچنین هیچ‌گونه اطلاعاتی که موجب فاش شدن هویت آزمودنی‌ها شود از افراد خواسته نشد.

## ۶. حمایت مالی و سپاسگزاری

این پژوهش به‌صورت مستقل انجام شده و از سازمانی حمایت مالی دریافت نکرده است. از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند به‌خصوص مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ کمال تقدیر و تشکر را داریم.

## ۷. تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع نداشته و نتایج به‌صورت شفاف بیان شده است.

## منابع

- بشرپور، س.، و عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۱۳(۳)، ۵۲-۴۱. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.10.41-52>
- بیگدلی، ا.، نجفی، م.، و رستمی، م. (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۹)، ۷۲۹-۷۲۱. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-fa.html>
- توفیقی محمدی، م.، باباخانی، و.، قمری، م.، و پویامنش، ج. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۰)، ۶۶-۵۹. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5>
- علیزاده‌فرد، س.، محتشمی، ط.، و تدریس تبریزی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۳)، ۱۰۷-۸۹. [https://jld.uma.ac.ir/article\\_415.html](https://jld.uma.ac.ir/article_415.html)
- قدمی، ا.، سیاح، س.، و آزادی، ف. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی خانواده (FQOL) براساس نظریه سؤال-پاسخ (IRT). *روان‌سنجی*، ۷(۲۵)، ۳۷-۲۳. [https://jpsy.roudehen.iau.ir/article\\_1494.html?lang=fa](https://jpsy.roudehen.iau.ir/article_1494.html?lang=fa)
- کیهانی، م.، تقوایی، د.، رجبی، ا.، و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل‌عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانز-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-fa.html>
- محمدی، ع.، تاجری، ب.، سوداگر، ش.، بهرامی‌هیدجی، م.، و عطادخت، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان

- رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*. ۱۸(۳)، ۷۷-۶۹.  
<http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.39>
- مهروی‌نژاد، ا. ق. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمروبی و افزایش ابراز وجود دختران دوره بلوغ. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۸(۲۹)، ۹۷-۱۱۱.  
<https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8316>
- ناظمی‌هرندی، ج.، و نامداری، ک. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و کیفیت خواب دانشجویان. *دستاوردهای روان‌شناسی بالینی*. ۱(۴)، ۸۶-۶۷.  
<https://doi.org/10.22055/jacp.2017.12530>

## References

- Alizadehfard, S., Mohtashami, T., & Tadriz Tabrizi, M. (2016). The Effectiveness of Parents Training Program on Social Skills of Children with Learning Disability. *Journal of Learning Disabilities*, 5(3), 89-107. [https://jld.uma.ac.ir/article\\_415.html?lang=en](https://jld.uma.ac.ir/article_415.html?lang=en) (In Persian)
- Alsadat Khalili, M., Emadian, S., & Hasanzadeh, R. (2021). Effectiveness of attention training based on fletcher's program, delacato's neuropsychological treatment, and computerized cognitive rehabilitation on executive functions in children with special learning disability. *International Clinical Neuroscience Journal*, 8(1), 30-36. <https://doi.org/10.34172/icnj.2021.07>
- Barnhofer, T. (2019). Mindfulness training in the treatment of persistent depression: can it help to reverse maladaptive plasticity? *Current Opinion in Psychology*, 28, 262-267.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.02.007>
- Basharpoor, S., & Einy, S. (2020). The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Shefaye Khatam*, 8(3), 10-19. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.10> (In Persian)
- Batman, P., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1 st ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Beach Center on Disability (2005). *The Beach Center Family Quality of Life Scale*. Lawrence: University of Kansas.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Mental Health Nurse*, 33(10), 650-656.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441>
- Bigdeli, I., Najafy, M., & Rostami, M. (2013). The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*, 13(9), 721-729. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-en.html> (In Persian)
- Bishara, S., & Kaplan, S. (2016). Executive functioning and figurative language comprehension in learning disabilities. *World Journal of Education*, 6, 20-32.  
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1158286.pdf>
- Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4), 208-215.  
<https://doi.org/10.1177/10883576020170040301>
- 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, 822-848.  
<https://psycnet.apa.org/record/2003-02410-012>
- Brown, R. I., & Brown, I. (2014). Family quality of life. In: Michalos A.C., editor. *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 2194-2201). Springer, Dordrecht.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.  
<https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features*. Taylor & Francis.
- Dyson, L. (2010). Unanticipated effects of children with learning disabilities on their families. *Learning Disability Quarterly*, 33(1), 43–55. <https://doi.org/10.1177/073194871003300104>
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1274-1284. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0986-y>
- Gavidia-Payne, S., Denny, B., Davis, K., Francis, A., & Jackson, M. (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *The Clinical Psychologist*, 19(3), 111–121. <https://doi.org/10.1111/cp.12053>
- Ghadami, A., Sayah, S., & Azadi, F. (2018). Psychometric properties of family quality of life questionnaire (FQOL) based on Item-Response Theory (IRT). *Journal of Psychometry*, 7(25), 23-37. [https://jpsy.roudehen.iau.ir/article\\_1494.html?lang=en](https://jpsy.roudehen.iau.ir/article_1494.html?lang=en) (In Persian)
- Gu, Y., & Zhu, Y. (2018). TCTAP A-138 effects of mindfulness-based stress reduction on components of the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Journal of The American College of Cardiology*, 71(16), 38-41. <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2018.03.125>
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1069-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x>
- Jones, S. A., & Finch, M. (2020). A group intervention incorporating mindfulness-informed techniques and relaxation strategies for individuals with learning disabilities. *Learning Disabilities*, 48(3), 175-189. <https://doi.org/10.1111/bld.12337>
- Karande, S., & Kulkarni, S. (2009). Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(2), 97. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.52839>
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., & Amirpour, B. (2015). Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(10), 857-865. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-en.htm> (In Persian)
- Kim, C., Park, H., Schlenk, E. A., Kang, S., & Se, E. W.J. (2019). The moderating role of acculturation mode on the relationship between depressive symptoms and health-related quality of life among international students in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(6), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.003>
- Knod, J. L., Holder, M., Cortez, A. Z., Martinez-Leo, B., Kern, P., Saeed, S., Warner, B., Dickie, B., Falcone, R. A., Allmen, D., & Frischer, J. S. (2016). Surgical outcomes, bowel habits and quality of life in young patients after ileoanal anastomosis for ulcerative colitis. *Journal of Pediatric Surgery*, 51(8), 1246-1250. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.03.002>
- Kocovski, N. L., Rebecca, J. E. F., Meagan, A. B., MacKenzie, B., & Rose, A. L. (2019). Self-Help for social anxiety: randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behavior Therapy*, 50(4), 696-709. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.007>
- Kuo, J. R., Zeifman, R. J., Morrison, A. S., Heimberg, R. J., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 285, 127-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.022>
- Lamothe, M., Rondeau, E., Duval, M., McDuff, P., Pastore, Y. D., & Sultan, S. (2020). Changes in hair cortisol and self-reported stress measures following mindfulness-based stress reduction

- (MBSR): A proof-of-concept study in pediatric hematology-oncology professionals. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 1012-1016. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101249>
- Malberg, N. T. (2021). Working with autistic children and their families from a mentalization based therapy for children (MBT-C) *Approach. Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033>
- Månsson, K. N. T., Frick, A., Boraxbekk, C. J., Marquand, A. F., Williams, S. C. R., Carlbring, P., Andersson, G., & Furmark, T. (2015). Predicting long-term outcome of internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Translational Psychiatry*, 5(3), e530. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.22>
- Mehri Nejad, S. A. (2018). Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to reduce shyness and increase the assertiveness puberty girls. *Clinical Psychology Studies*, 8(29), 97-111. <https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8316> (In Persian)
- Mohammadi, I., Tajeri, B., Sodager, S., Bahrami Heidaji, M., & Atadokht, A. (2020). The effect of mentalization-based therapy on the amount of health promoting behaviors in people with coronary heart disease. *Shefaye Khatam*, 8(3), 39-48. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.39> (In Persian)
- Mukhtar, D. Y., Kumara, A., Hastjarjo, T. D., & Adiyanti, M. (2018). Beban pengasuhan yang dialami oleh orang tua yang memiliki anak dengan gangguan spektrumautis. *Paper Presented at the Talenta Conference Series: Tropical Medicine (TM)*. <https://doi.org/10.32734/tm.v1i1.42>
- Nazemi harandi, J., & Namdari, K. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on depression and quality of sleep in students. *Clinical Psychology Achievements*, 1(4), 67-86. <https://doi.org/10.22055/jacp.2017.12530> (In Persian)
- Padhy, S. K., Sarkar, S., Panigrahi, M., & Paul, S. (2015). Mental health effects of climate change. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 19(1), 3. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.156997>
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness solution, everyday practices for everyday problem*. New York: Guilford press.
- Steinmair, D., Horn, R., Richter, F., Wong, G., & Löffler-Stastka, H. (2021). Mind reading improvements in mentalization-based therapy training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(1), 128-133. <https://doi.org/10.1521/bumc.2021.85.1.59>
- Suzuki, K., Kobayashi, T., Moriyama, K., Kaga, M., Hiratani, M., Watanabe, K., & Inagaki, M. (2015). Development and evaluation of a parenting resilience elements questionnaire (PREQ) measuring resiliency in rearing children with developmental disorders. *PloS One*, 10(12), Article e0143946. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t49284-000>
- Suzuki, K., Kobayashi, T., Moriyama, K., Kaga, M., & Inagaki, M. (2013). A framework for resilience research in parents of children with developmental disorders. *Asian Journal of Human Services*, 5(0), 104-111. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/ajhs/5/0/5\\_104/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/ajhs/5/0/5_104/_pdf)
- Tamiya, S. (2014). Multilingualism and child psychiatry: on differential diagnoses of language disorder, specific learning disorder, and selective mutism. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 116(11), 907-920. <https://europepmc.org/article/med/25702497>
- Tofighi Mohamadi, M., Babakhani, V., Gambari, M., & Pouyamanesh, J. (2020). Comparing the effects of dialectical behavior therapy and reality therapy on affective control of mothers of children with intellectual disability. *Rooyesh*, 9(10), 59-66. <http://frooyesh.ir/article-1-2347-en.html> (In Persian)
- Villavicencio, C.E., & López-Larrosa, S. (2020). Ecuadorian mothers of preschool children with and without intellectual disabilities: Individual and family dimensions. *Research in Developmental Disabilities*, 105, 1037-1041. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103735>

Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210. <https://doi.org/10.1002/jclp.20223>