



## مقایسه اثربخشی ذکر درمانی در اسلام با درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران  
دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران  
استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران  
استادیار گروه معارف، دانشکده علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

معصومه اسمعیلی ده خواجه <sup>id</sup>

محمد حسین فلاح\* <sup>id</sup>

سعید وزیری <sup>id</sup>

ابوالقاسم عاصی مذنب <sup>id</sup>

fallahyazd@iauyazd.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۴

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۲

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۳ پیاپی ۱۱۷ | ۵۰۸-۵۲۴

(مجموعه مقالات حوزه فرزند و خانواده)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(اسمعیلی ده خواجه و همکاران، ۱۴۰۲)

### در فهرست منابع:

اسمعیلی ده خواجه، معصومه، فلاح، محمد حسین، وزیری، سعید، و عاصی مذنب، ابوالقاسم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی ذکر درمانی در اسلام با درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۳)، ۵۰۸-۵۲۴.

### چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی ذکر درمانی در اسلام با درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی شهرستان میند بود. روش پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی شهرستان میند است. از بین جامعه آماری به صورت هدفمند و در دسترس تعداد ۴۵ مادر دارای فرزند ناتوان ذهنی انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه در قالب دو گروه ۱۵ نفر آزمایش (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای گردآوری و سنجش اضطراب مادران از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد و امید به زندگی مادران با پرسشنامه اسنایدر و همکاران سنجیده شد. سپس پروتکل‌های تمرینی (ذکر درمانی و ذهن آگاهی) اجرا شد. در طول دوره تمرینی مشوق‌های لازم در نظر گرفته شد. پس از اجرای پروتکل‌های تمرینی، کلیه آزمون‌ها در شرایط مشابه به عنوان پس‌آزمون از مادران گرفته شد. در نهایت به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی پروتکل ذکر درمانی و پروتکل ذهن آگاهی بر روی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی از تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و نمودارهای آماری و در سطح استنباطی برای پاسخ به فرضیات تحقیق از آزمون کوواریانس آزمون‌ها در سطح خطای پنج درصد و با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس برای درمان ذهن آگاهی نشان داد ۶۲/۲ درصد نمرات امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. همچنین ۵۵/۶ درصد نمرات اضطراب مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بر اساس الگوی ذهن آگاهی تبیین می‌شود. همچنین ۵۹/۹ درصد نمرات پروتکل ذکر درمانی بر روی متغیر امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. در نهایت باتوجه به مقدار مجذور اتا (۰/۷۴۶) ۷۴/۶ درصد نمرات پروتکل ذکر درمانی بر روی متغیر اضطراب مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. از تحلیل آزمون تعقیبی شفه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اضطراب در گروه ذکر درمانی و ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است ولی دوگروه تجربی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $\alpha = 0/05$ ). همچنین می‌توان نتیجه گرفت که میانگین امید به زندگی در گروه ذکر درمانی و ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. ولی دوگروه تجربی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $\alpha = 0/05$ ). نتیجه‌گیری نتایج به دست آمده حاکی از مؤثر بودن هر دو دوره درمانی مذکور در کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی به طور یکسان بود.

کلیدواژه‌ها: ذکر درمانی، ذهن آگاهی، اضطراب، امید به زندگی، مادران، فرزند ناتوان ذهنی.

## مقدمه

بر اساس جهان بینی الهی، عوامل تأثیرگذار در جهان هستی همگی تحت تأثیر عوامل مادی و عوامل غیر مادی (معنوی) قرار دارند و علی رغم پیشرفت‌ها و دستاوردهای علمی و صنعتی در همه زمینه‌ها و علوم به ویژه پزشکی و روانشناسی، آدمی از وجود بسیاری از آنها بی‌خبر است و نتوانسته مشکلات درونی و روانی خود را همانند: فشارهای روانی و عصبی، پوچ‌گرایی و نداشتن معنا در زندگی، اضطراب، استرس، افسردگی، امید به زندگی، ناامیدی و... را درمان بخشد و هویت اصلی خود را بدست آورد (نصرتی و همکاران، ۱۴۰۰). به همین دلیل می‌توان گفت یکی از مسایل مهمی که روان‌شناسان و جامعه‌شناسان درگیر آن هستند پیشگیری از بحران‌های روحی و روانی و رفتارهای انحرافی جامعه انسانی است، به طوری که برخی از روانشناسان و روانکاوان معاصرین عصر را "عصر اضطراب" نامیده‌اند، اضطرابی که هسته مرکزی بسیاری از بیماری‌های روحی و روانی تلقی می‌شود و هر روز آمار بیماری‌های روانی و جنون و مصرف دارو و قرص‌های اعصاب را بالا می‌برد (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۵؛ نصرتی و همکاران، ۱۴۰۰). در این میان امید به زندگی توانایی باور داشتن به احساسی بهتر در آینده است که جهت گذر از گذرگاه‌ها و موانع موجود در این مسیر، یک روند انگیزشی که فرد از خود انتظار دارد به هدفی که تعیین کرده و مطلوب خودش می‌باشد، برسد (هلمن و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از شایع‌ترین اختلالات هیجانی در زندگی روزمره، اضطراب است. به گو نه‌ای که در چند دهه اخیر، اضطراب گسترده‌ترین قلمروهای تحقیق حوزه هیجان را به خود معطوف کرده است. در سالهای اخیر، توجه به عوامل شناختی در ایجاد و یا تشدید اضطراب مدنظر محققان بوده است (امینیان و همکاران، ۲۰۱۳). اضطراب به عنوان یک احساس منتشر، ناخوشایند، با هراس مبهم و دلواپسی با منشاء ناشناخته تعریف شده است که اغلب با عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی همراه است (ستوده، ۱۳۸۵). از آن جایی که میزانی از اضطراب، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، به همین دلیل زمانی که اضطراب عملکرد فرد را در زندگی روزمره مختل می‌کند و واکنش‌های جسمانی و روانی شدیدی را موجب می‌شود، مایه نگرانی بالینی می‌گردد (زارع برگ آبادی و همکاران، ۱۳۹۵؛ ۱۳۹۶). اضطراب در تمام جوامع شیوع بالایی دارد، در حالی که در این میان فقط کمتر از ۳۰ درصد از مبتلایان، به مراکز درمان مراجعه می‌کنند. در طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۹۵ میانگین نمره اضطراب در زنان ایرانی ۲۵/۹۶ بود. میانگین نمره اضطراب آشکار، ۴۵/۸۱ و اضطراب پنهان، ۴۵/۱۳ بوده که بیانگر بالا بودن میانگین نمره اضطراب در ایران می‌باشد (مدارا و همکاران، ۱۳۹۷). در یک مطالعه انجام شده در ایران نشان داده شده که در حدود ۲۰ درصد افراد جامعه از مشکلات روان‌شناختی از جمله؛ اضطراب و استرس رنج می‌برند (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، امید می‌تواند به عنوان درون مایه روانشناختی مثبت، به عنوان یک سپر حفاظتی، در همه جوانب انسانی (جسمی، عاطفی، روانشناختی، معنوی و اجتماعی) مفید واقع گردد که این امر در پژوهش‌ها مورد تأکید قرار گرفته است (ستوده و همکاران، ۲۰۱۰). امید، حالتی انگیزشی است که از دوران کودکی آموخته می‌شود به همین دلیل، اکثر مردم ناامید، کسانی هستند که آموزش‌های امیدوارانه ندیده‌اند یا از امیدوار بودن منع شده‌اند (حسینی، ۱۳۸۸). امید به زندگی توانایی امیدوار بودن و حس بهتر داشتن به آینده است. عبور از گذرگاه‌هایی است برغم موانع موجود یا نداشتن

انگیزه لازم، یک روند انگیزشی به سوی هدفی مطلوب (هلمن و همکاران، ۲۰۱۸) و کسانی که از امید به زندگی برخوردار هستند دارای تاب آوری بیشتری نیز می‌باشند (گراس و همکاران، ۲۰۱۹).

امید از نظریهٔ امید "اشنایدر" و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان و درمان داستانی یا روایتی راه حل مدار مشتق شده است (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰) و براین هدف استوار است که درمان جویان موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه، از نو بازسازی مجدد کنند (کار، ۱۳۸۵). تأکید بیش از حد بر تقدیر و سرنوشت، باعث می‌شود انسان ناامیدانه دست از تلاش در شرایطی که ممکن است قابل تغییر نباشد بردارد یا خود را از محیط جدا نکند و آن چه را که به هر دلیلی پیش آمده است، با احساس جبر و التزام بپذیرد بدون توجه به این که قادر است هم شرایط و هم محیط را تغییر دهد و اختیار را نا دیده می‌گیرد. در چنین فضایی هر آن چه که بر اختیار انسان‌ها تأکید می‌کند، کمتر مورد پذیرش واقع می‌شود (میرمحمد صادقی، ۱۳۸۴). تحقیقات نشان می‌دهند که سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمانی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطه مستقیمی دارد (گریفن، ۲۰۱۳). امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار شود، بلکه فرایندی شناختی است، که افراد به وسیله آن، فعالانه اهداف خود را دنبال می‌کنند (پیترسون، ۲۰۰۰). از نظر جهان بینی توحیدی امید تحفه الهی است که چرخ زندگی را به گردش در می‌آورد و موتور تلاش و انگیزه را شتاب می‌بخشد به همین می‌توان گفت بحران‌های معنوی همراه با بیماری‌های مزمن، می‌توانند اعتماد بنفس و ارتباطات فردی را به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل گرداند و مکانیسم‌های ناسازگاری ناکافی ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کرده و او را ناامید نمایند (وفایی و همکاران، ۲۰۱۲).

در این میان، مادران کودکان ناتوان ذهنی به دلیل ناراحتی‌ها و تنش‌هایی که به واسطه وجود این کودکان در زندگی با آن روبرو هستند اکثراً دچار بهزیستی‌های روان شناختی ضعیفی می‌باشند به طوری که اضطراب، وسواس، پرخاشگری و حتی مشکلات ارتباطی و تعاملی بسیاری از مادران را آزار می‌دهد (بیات و همکاران، ۲۰۱۱). لذا، یکی از راه‌های اساسی که می‌تواند به انسان با این شدت از درماندگی کمک کند توجه خاص به منبع و منشاء انگیزه‌های اساسی در بروز این گونه رفتارها، ماهیت تهدید آمیز آن‌ها و سهمشان در ایجاد بیماری‌های روانی و عقلانی است تا بتوان با شناخت آن‌ها از بروزشان جلوگیری کرد (شیرازی و مصری، ۱۴۰۱). در ذکرگویی، ادای ذکر باید از روی شوق، توجه روح، میل و علاقه باشد، نه از روی عادت و لازم است ذاکر به معنا و محتوای ذکر توجه داشته باشد (علامه مجلسی، ۱۴۰۰). این کارکرد ذکر سبب می‌شود یک پیوند ذهنی و عاطفی با باورهای دینی فرد ایجاد گردد و با تعلق خاطر عمیق به اندیشه‌هایی فطری پایبند بماند (خانی، ۱۳۹۴). هر گاه ذکر با تفکر و تعقل همراه باشد، آثار عجیبی دارد. هنگامی که انسان نام خدا را به بزرگی و شکوه می‌برد و صفات وجودی او را همچون؛ جمال و جلال، علم، قدرت، سمع، بصر، مقام رحمانیت، رحیمیت و مراقبت او را نسبت به خودش بر می‌شمرد جهل، نادانی و غفلت از مقابل چشم دلش کنار می‌رود و حق را به خوبی می‌بیند. بلوای هوا و هوس فروکش می‌کند و صدای رهبران الهی و داعیان الی الله را با گوش جان می‌شنود و نتیجه آن انقیاد کامل در برابر فرمان خداست (مکارم شیرازی، ۱۳۸۵؛ ۱۳۸۶).

از سویی دیگر، یک از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمان روانشناختی، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است (مک کارنی و همکاران، ۲۰۱۲). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر وجود عوامل مختل کننده و در اضطراب، به عنوان یک عامل درونی- فکری بدون واقعیت خارجی تأکید دارند (دانینگ و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان داده است که سطح بالاتری از ذهن آگاهی به وضع موجود، منجر به بهبود بهزیستی از جمله علائم افسردگی می‌شود و مقادیر بیشتری از تمرین مراقبه خانگی نیز، منجر به افزایش ذهن آگاهی و کاهش رفتارهای ناسالم و خلق و خوی پایین از جمله استرس ادراک شده، بهزیستی، افسردگی و اضطراب شده‌اند (کروشه و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی، به هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد اطلاق می‌گردد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانوسکی و لوجان، ۲۰۱۲). بنابراین ذهن آگاهی حالتی از توصیف ذهن است که بر کاهش درگیری ذهنی با موضوع خاص استوار است (کابات و زین، ۲۰۰۵). پژوهش در حیطه ذهن آگاهی، بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی فرد تأکید دارد. هم چنین پژوهش‌ها تأثیر این روش درمانی در جامعه بزرگسالان، هم چون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان را نیز، به اثبات رسانده‌اند (پوتک، ۲۰۱۲). هم چنین با آموزش دادن ذهن آگاهی می‌توان به افراد کمک کرد تا افکار و احساساتشان را همان گونه که متجلی می‌شوند، بپذیرند. بدین شیوه می‌توان بر روش‌های اجتناب به طور کارآمدی مقابله کرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴)، به طوری که افکار نشخوار شونده را می‌کاهد و در نتیجه اضطراب و خلق منفی را تقلیل می‌بخشد. چنان چه تحقیقات نشان می‌دهد بین افزایش سطح ذهن آگاهی و بهبود عملکرد روان شناختی، ارتباط وجود دارد (تنی و همکاران، ۲۰۱۲). بسیاری از مطالعات، نتایج امیدوارکننده‌ای از ذهن آگاهی در کاهش فشارهای روانی افراد و بهبود واکنش‌های هیجانی، تنظیم رفتاری، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی در بزرگسالان جوان را نشان می‌دهند (چی و همکاران، ۲۰۱۸). با بررسی پیشینه موجود، مشخص می‌گردد ذکر در جایگاه خودش دارای مراتب و مقاماتی است که تا این مسیر و مقامات طی نشود شخص نمی‌تواند به جایگاه خود در رابطه با حضورش در جهان هستی پی ببرد و پیروزمندانه از گذرگاه‌های مصائب و مشکلات مادی و روانی عبور کند تا در این راه بتواند رسالت خلقت خویش را به انجام رساند. بر این اساس محقق با توجه به پیشینه موجود به دنبال مشخص ساختن آن بود که الگوی ذهن آگاهی و مراتب ذکر به لحاظ ماهیت و سطح دشواری متفاوت آیا می‌توانند بر اضطراب و امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی تأثیرگذار باشند؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی شهرستان میبد است. از بین جامعه آماری به صورت هدفمند و در دسترس تعداد ۴۵ مادر دارای فرزند ناتوان ذهنی انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه در قالب دو گروه ۱۵ نفر آزمایش (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. لازم به ذکر است که تعداد نمونه آزمودنی از طریق نرم‌افزار

G\*Power مشخص شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار آماری G\*Power مبتنی بر آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، برای انجام آزمون در سطح معناداری ۱ درصد ( $\alpha=0/01$ )، با توان آزمون ۸۰ درصد ( $\beta=0/2$ )، و اندازه اثر متوسط ( $d=0/3$ ) و تعداد تکرار ۲، برابر ۴۵ مورد (۱۵ مورد در هر گروه آزمایشی) بدست آمد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۷). برای گردآوری و سنجش اضطراب مادران از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد. این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر اساس مقیاس لیکرت (نمره‌های صفر تا سه برای هر پرسش)، که نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰-۶۳ قرار می‌گیرد (ستیر و بک، ۱۹۹۷). نقطه برش در این آزمون با درجه اضطراب تعریف می‌شود، به طوری که نمره ۰-۷، ۸-۱۵، ۱۶-۲۵ و ۲۶-۶۳ به ترتیب حالت کمترین، خفیف، متوسط و شدید اضطراب را نشان می‌دهد. در ایران، روایی این پرسشنامه ۰/۷۲ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است (عباسی آقایی و ابراهیم مقدم: ۱۳۹۹؛ کریم زاده، ۱۴۰۱).

۲. پرسشنامه امید اسنایدر. امید به زندگی مادران با پرسشنامه اسنایدر و همکاران سنجیده شد. این آزمون مشتمل بر ۱۲ ماده است که آزمودنی بر اساس یک مقیاس چهار گزینه‌ای (کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۴) به آن پاسخ می‌گوید. دامنه نمرات بین ۰ تا ۴۸ بوده و درصد (یا نمره) بالاتر بیانگر امید بیشتر است و از اراده برای دستیابی به هدف و آگاهی فرد بر مسیرهای موفقیت خبر می‌دهد. در واقع نمرات بیشتر از ۳۰ نشان‌دهنده امید به زندگی بالا و نمره کمتر از ۳۰ بازگوکننده امید به زندگی پایین است. به منظور سنجش اعتبار پرسشنامه امید به زندگی، اسنایدر و لویز نیز روایی و پایایی آن را اندازه گرفته‌اند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱).

۳. ذکر درمانی. پروتکل ذکر درمانی در پژوهش حاضر در ۱۴ جلسه توسط پژوهش‌گر تهیه و تدوین شد و مطابق جدول زیر اجرا گردید.

### جدول ۱. خلاصه پروتکل ذکر درمانی در قالب آموزش و تکلیف

جلسه	اهداف جلسات	محتوای آموزشی و تکلیف
اول	ایجاد رابطه درمانی و تبیین تجرب سرزنش و انزوای اجتماعی با همدلی و ارتباط مؤثر	آموزش همدلی؛ درک مشکلی مشترک که از حالت خاص بودن برای مادر خارج گردد. تکلیف: آیا تاکنون با کسی یا موقعیتی همدلی داشته‌اند؟ اگر بوده است چگونه؟ اگر هم نبوده، علت را چه می‌دانند؟
دوم	تبیین و تصحیح خطای ذهنی مادران (دارای فرزند ناتوان ذهنی) درباره رنج و مصائب دنیا، از بین بردن مفهوم خاص بودن این مصائب برای فرد، ایجاد معنا در سختی‌ها و کمک به رشد معنوی با استفاده از اذکار	آموزش: بیان مصلحت حضور انسان در دنیا با استفاده از داستانهای قرآنی درباره خلقت انسان و دلیل حضور آدم و حوا روی زمین، موقتی بودن زندگی در دنیا وجود رنج در حیطه‌های مختلف زندگی است که هدف رشد روحی و معنوی انسان است. برای عبور از این رنج آیات و دستوراتی در قرآن و روایات آمده است که تحت عنوان ذکر از آنها نام برده شده است. تکلیف: دفترچه‌ای را تهیه نموده و تا پایان دوره نگه دارند و یادداشت کنند تاکنون برداشت من مادر از ذکر چه بوده است؟ و چگونه این عمل را انجام داده ام؟
سوم	پالایش اعمال مادران با مراقبت از انتخاب، اختیار و جایگاه ذکر در تسهیل انجام عمل	آموزش: توضیح حقیقت عالم ماده و عالم معنا. حضور شیطان، همنشینی با نفس اماره یا عمل صالح و نتیجه مسیر. تکلیف: در چه موقعیت‌ها و اتفاقاتی،

دوست داشته اند از ذکر و دعا استفاده کنند؟ و برای این امر چه مکانهایی را انتخاب کرده اند؟	آگاهانه و مورد رضایت خداوند در دنیا در قالب آموزش جایگاه و نقش ذکر در زندگی
آموزش: گام اول ذکر درمانی؛ بررسی تجربه زیسته مادران از خواندن اذکار در موقعیت‌هایی که داشته اند؛ لازمه وجود ذکر در زندگی انسان و آگاهی از نقش و تأثیر دعاها و ذکرهای برگرفته شده از قرآن، احادیث، روایات و سنت در زندگی. تکلیف: تا کنون از چه اذکار خاصی استفاده کرده اند؟ و چه آدابی را در زمان ذکر گفتن مهم دانسته اند؟	پنجم پالایش فکری مادران در رابطه با جایگاه ذکر در رشد معنویات مبتنی بر تمرکز و توجه به ذکر به عنوان منبع اصلی در زمان سختی و نحوه ارتباط با آن
آموزش: راه‌های جلوگیری از سوء استفاده شیطان از انسان، با آگاهی پیدا کردن از ابعاد و نیروهای وجودی خودش همچون؛ (روح، قلب، عقل، تفکر، احساس، معرفت النفس) وجود نقطه ضعف مشترکی به نام نفس اماره که در غیبت از یاد خداوند قوی می‌گردد. تکلیف: تشویق به خواندن چند آیه از قرآن در روز و تدبیر در معانی آنها، اهمیت دادن به زمان نماز خواندن که حتی الامکان اول وقت باشد، روزی ده دقیقه به دلخواه خود یک یا دو ذکر را از چهار ذکر لا اله الا الله – استغفرالله – صلوات و آیت الکرسی (که در مصاحبه کیفی جزء اذکار پرتکرار قرار داشتند) به تعداد مشخص انتخاب نموده و این اذکار به صورت مستمر و متداوم در زمان و مکان واحد (سحرگاه یا شامگاه) بر زبان آورده شود.	پنجم آموزش موانع ذکر، تبیین نگرانی، ترس و ناامیدی به عنوان یکی از موانع درونی ذکر و تأثیرات مادی و فرامادی آن در زندگی به صورت غفلت از خداوند و توجه دادن مخاطب به بیان این اذکار به صورت لفظی در سحرگاه و شامگاه
آموزش: برداشتن گام دوم ذکر درمانی؛ بیان مفهوم ذکر و تأثیر اذکار و معرفی شیوه‌های خواندن انواع ذکرها و دعاها قرآنی؛ (خواندن قرآن و دعا با صدای بلند، زمزمه کردن، تمرکز داشتن در مفهوم ذکر، رو به قبله نشستن در حالت تضرع، با خلوص نیت خواندن و...) تکلیف: مادر در چه موقعیت‌هایی ناامید شده و خود را تنها احساس کرده است؟ ادامه استفاده از خواندن چند آیه از قرآن، با تدبیر در مفهوم آن و حتی الامکان نماز اول وقت، ادامه همان اذکار انتخاب شده از چهار ذکر لا اله الا الله – استغفرالله – صلوات و آیت الکرسی با همان تعداد مشخص به صورت مستمر و متداوم در زمان و مکان واحد (سحرگاه یا شامگاه) و زمزمه کردن این اذکار.	ششم استفاده از ذکر به عنوان تکیه گاهی مطمئن در تجارب ناخوشایند زندگی با فرزندان توان ذهنی، شناساندن مفهوم توکل برای انگیزه دادن به ادامه راه در زندگی
آموزش: بیان انواع ذکر: (ذکر قلبی و ذکر زبانی) و تفاوت ذکر قلبی و زبانی و دلیل لقلقه شدن ذکر بر زبان، کدام یک از این دو ذکر می‌تواند تأثیرات عمیقی در روح و روان بگذارد. تکلیف: بررسی تکالیف و تجارب مادران در رابطه با حال و هوای درونی آنها از ابتدا تا کنون - آیا در زمان ذکر گویی آداب خاصی را رعایت کرده اند؟ مثل: توجه به معانی ذکر، با وضو بودن، رو به قبله بودن، خلوص نیت و توجه قلبی به خدا داشتن، صحبت نکردن وسط ذکر و نظم دهی به زمان و مکان ذکر گفتن و توجه به ظاهر و حس خوب داشتن و... ادامه تکلیف جلسات قبل مبنی بر ادامه خواندن آیات قرآنی و نماز و هم چنین زمزمه کردن چهار ذکر لا اله الا الله – استغفرالله – صلوات و آیت الکرسی با بیشتر کردن تعداد آن به دلخواه و به صورت مستمر و متداوم در زمان و مکان واحد (سحرگاه یا شامگاه) و منتهی لازم است در زمان ذکر، با تمرکز بر مفهوم، این اذکار را زمزمه کنند.	هفتم آموزش اسباب مادی و فرامادی ذکر با استفاده از معرفی مراحل و مراتب ذکر با توجه به مرحله ذکر لفظی و گذر از آن
آموزش: استفاده از انواع ذکر (قرآن، دعا، اذکار و...) هر مناسبی می‌تواند ما را به یاد خدا اندازد. تکلیف: برای چه منظوری به ذکر و دعا روی آورده اند؟ و چه فایده و آثاری به همراه داشته است؟ ادامه تکلیف همراه است با اضافه شدن اذکار باقی مانده از چهار ذکر لا اله الا الله – استغفرالله – صلوات و آیت الکرسی به اذکار قبلی با همان شرایط منتها با این پیش شرط که اذکار را تا جایی که امکان دارد آهسته تر از قبل زمزمه کنند و بر مفهوم ذکر متمرکز شوند. تا ذکر کم کم از قالب لفظ خارج شود.	هشتم توجه به ویژگی‌های فرا مادی ذکر در قالب نزدیک شدن به ذکر قلبی در همه احوالات زندگی با استفاده از دستاوردهای مثبت مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی
آموزش: برداشتن گام سوم ذکر درمانی؛ بیان راه کارهای عملی برای تقویت	نهم آموزش راهکارهای عملی تقویت ذکر در

<p>ذکر همانند؛ استعانت از خداوند، خدا را ناظر دیدن در همه احوال، میزان رضایت خداوند و نیت‌مندی در آن چه انجام می‌شود؛ تکلیف: برای بدست آوردن حال خوب چه کارهایی و در چه مکانهایی انجام گرفته است؟ ادامه تکلیف قبل (قرآن و نماز) و تکرار اذکار؛ لا اله الا الله - استغفرالله - صلوات و آیت الکرسی با همان شرایط قلبی منحصر به فرد برای هر کس، منتها با حالت نجوای قلبی اذکار بیان شود. یعنی به صورت آگاهانه با تمرکز بر مفهوم ذکر، با زبان دلشان زمزمه کنند.</p>	<p>موقعیت‌های زمانی و مکانی متفاوت به جهت پالایش ذهن و مقابله با تجارب ناخوشایند(موانع ذکر)،(سرزنش‌های بدست آمده از مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی)</p>
<p>آموزش: مفهوم شفقت به خود تکلیف: آیا تاکنون در مراحل زندگی و رنج‌های ناشی از بزرگ کردن فرزندشان شفقت به خود داشته‌اند؟ تکلیف ادامه و تکرار همان تکالیف قبل است.</p>	<p>تبیین و تصحیح نگرش به خود و خانواده با استفاده از دستاوردهای خانوادگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی و اجتناب از موانع ذکر و احساس لذت درونی</p>
<p>آموزش: تأثیر اذکار در کم کردن اضطراب آموزش مفهوم تاب آوری روانی و بیان نتایج آن؛ بالا رفتن توجه قلبی به خدا، کمک به کنترل خود و شرایط پیرامون، بالا رفتن توکل به خدا و.. تکلیف: بازخوردهای رفتاری، روانی و ذهنی آنها در زمانی که دچار اضطراب شده اند چه فرقی کرده؟ تکلیف اذکار نیز تکرار همان روند قلبی در نجوای قلبی تا ذکر تبدیل به یک رفتار عملی قوی شود.</p>	<p>ارزیابی تجارب گذشته و استفاده از مواجهه در روبرو شدن با دستاوردهای کنونی و تبیین نتایج ذکر در ذهن و رفتار به صورت صبر و توکل به خداوند... (پاکسازی دستاوردهای منفی از زندگیشان و پالایش آن)</p>
<p>آموزش: گام آخر ذکر درمانی؛ استفاده از تکلیف ذکر در همه اوقات در هر حال و هوایی که اشتیاق درونی دارند. تکلیف: بررسی دریافت‌های تجربه شده در رابطه با حالات قلبی و میزان تفاوت در اضطراب ادراک شده در طول دوازده هفته. آیا در کیفیت اضطرابشان، نگرششان به موقعیت فرزند و زندگی فردی و خانوادگی، اقامه نماز، پرداخت زکات و صدقات، پاکدامنی، خشوع و تواضعشان و.. تغییری ایجاد شده است؟ در گذشته چگونه بوده است اکنون چگونه است؟ از مادران خواسته شد با احساس درونی خودشان ارتباط بگیرند و این حس را تمرین کنند. ادامه تکلیف اذکار به همان شکل</p>	<p>آموزش لذت بردن از فرآیند ذکر به عنوان یک دستاورد قوی معنوی در زندگی و قدم برداشتن در مسیر اهداف ذکر (با استفاده از دستاوردهای نگرانی از آینده فرزندانشان)</p>
<p>آموزش: معرفی ذکرهای آرام بخش دیگر و نمود خارجی آنها؛ مراقبت از زبان سر هر چند تجربه مادران حاوی این مورد است که میلی به غیبت کردن یا تهمت زدن و رفتارهای زبانی مثل گذشته ندارند ولی باید مراقبت از زبان در همه حالی در نظر گرفته شود. تکلیف: از مادران خواسته می‌شود تجارب زیسته خودشان را درباره حال و هوای کنونی و سال‌های قبل را به تبادل نظر بگذارند. خود کنترلی آگاهانه در موقعیت‌هایی که پیش بینی نشده است، مراقبت از زبانشان در اعمالی که سبب نارضایتی خداوند می‌شود، مراقبت از واکنش‌های بیرونی خودشان. تکالیف ذکر جدا از زمان و مکان سحرگاه و شامگاه و چهار ذکر؛ لا اله الا الله - استغفرالله - صلوات و آیت الکرسی به صورت نجوای درونی نه لسانی.</p>	<p>تصحیح تجارب مادران در رابطه با دستاوردهای ذکر قلبی و سودمندی آثار ذکر قلبی ذکر در تعیین اهداف جدید</p>
<p>جمع بندی و مرور دوره درمانی و مقایسه اضطراب درونی مادران از اولین جلسه حضور تا آخرین جلسه، بررسی پیشرفت مادران در استفاده از آموزش‌ها و تکالیف انجام شده.</p>	<p>تبیین شناختی و رفتاری با استفاده از تجارب زیسته مادران در گذشته و اکنون مبتنی بر دستاوردهای ذهنی و عینی و عملی در رسیدن به اهداف و آثار ذکر در آینده</p>

۴. درمان ذهن آگاهی. پروتکل درمان ذهن آگاهی در این پژوهش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مطابق جدول زیر اجرا شد.

## جدول ۲. پروتکل ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای

جلسات	برنامه و سر فصل جلسات ذهن آگاهی
اول	ابتدای جلسه به معارفه و آشنایی با قوانین و اهداف کلاس پرداخته شد و در ادامه توضیح مختصری در رابطه با ذهن آگاهی و تاریخچه و هدف از شکل گیری این رویکرد به آزمودنی‌ها ارائه شد و تکنیک اول ذهن آگاهی که همان توجه آگاهانه به خوردن کشمش است آموزش داده شد و قرار شد تا جلسه بعد این تکنیک را اجرا کنند.
دوم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / آموزش و توضیح کامل: تکنیک توجه آگاهانه به فعالیت‌های روزمره / تکنیک توجه آگاهانه به نفس کشیدن دم و بازدم / توجه آگاهانه به افکار / پاسخ دهی به سوالات مراجعین و رفع اشکال / از مراجعین خواسته شد تا تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
سوم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه و بررسی تمرینات انجام شده در طول هفته / آموزش و توضیح کامل و اجرای عملی تکنیک اسکن بدنی (به دلیل وقت گیر بودن و سخت بودن تکنیک اسکن بدنی در این جلسه فقط همین یک تکنیک آموزش داده شد) / از مراجعین خواسته شد تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
چهارم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / آموزش و توضیح کامل: تکنیک توجه آگاهانه به بخش‌هایی از بدن / توجه آگاهانه به تنفس در حالت خوابیده / توجه آگاهانه به تنفس در حین راه رفتن / از مراجعین خواسته شد تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
پنجم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / صحبت درباره ذهن سرگردان و اینکه چگونه با تمرین‌های ذهن آگاهی می‌توان به ذهن آگاه تبدیل کرد / آموزش و توضیح کامل: توجه آگاهانه به راه رفتن / تکنیک تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی به تنفس، جمع حواس در حین تنفس، وسعت یافتن) / همراهی با تنفس در لحظه و چند ثانیه‌ای / از مراجعین خواسته شد تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
ششم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / آموزش و توضیح کامل: تکنیک آگاهی از استرس‌های درونی و بیرونی و توجه آگاهانه به آنها / تکنیک توجه آگاهانه به تجارب خوشایند و ناخوشایند / از مراجعین خواسته شد تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
هفتم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / آموزش و توضیح کامل: تکنیک توجه آگاهانه به احساسات در بدن و قسمت‌هایی از بدن که این هیجان را نشان می‌دهد و تمرکز روی آن عضو از بدن و همراهی با تنفس / تکنیک توجه انتخابی افکار بصورت ارادی و همراهی با تنفس / از مراجعین خواسته شد تا تمرینات آموزش داده شده در منزل اجرا شود.
هشتم	پاسخ به سوالات مراجعین در ابتدای جلسه / آموزش و توضیح کامل: توجه آگاهانه به فعالیت‌های تسلط بخش و لذت بخش و قرار دادن آن در برنامه روزانه / تمرین ریلکسیشن و تن آرامی

**شیوه اجرا.** جهت بررسی تأثیر پروتکل ذکر درمانی و ذهن آگاهی بر روی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی از روش نیمه‌آزمایشی استفاده شد. ابتدا آزمودنی‌ها به مرکز مشاوره ضیایی شهرستان میبید دعوت شدند. و روش تحقیق اجرای کار به اطلاع آنها رسید. سپس افرادی که مایل بودند در پژوهش شرکت کنند فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. در مرحله بعد مادران شرکت کننده به مرکز دعوت شده و راجع به نحوه اجرای کار توضیحات لازم به آنها داده شد و مادرانی که موافقت شفاهی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند به عنوان آزمودنی وارد پژوهش شدند. در شروع کار آزمون‌های مورد نظر (آزمون اضطراب و آزمون امید به زندگی) به عنوان پیش‌آزمون با رعایت شرایط اخلاقی از مادران گرفته شد. سپس پروتکل‌های تمرینی (ذکر درمانی و ذهن آگاهی) اجرا شد. در طول دوره تمرینی مشوق‌های لازم در نظر گرفته شد. پس از اجرای پروتکل‌های تمرینی، کلیه آزمون‌ها در شرایط مشابه به عنوان پس‌آزمون از مادران گرفته شد. در نهایت به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی پروتکل ذکر درمانی و پروتکل ذهن آگاهی بر روی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی از تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح



توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و نمودارهای آماری و در سطح استنباطی برای پاسخ به فرضیات تحقیق از آزمون کواریانس آزمون‌ها در سطح خطای پنج درصد و با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

### یافته‌ها

جهت بررسی داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و برای تحلیل و مقایسه‌ی نمرات در مراحل دو گانه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول ۳. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	گروه ذکر درمانی	پیش‌آزمون	۱۷/۷۳	۱/۸۷
		پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۱/۶۳
	گروه ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۰	۲/۹۲
		پس‌آزمون	۱۰/۱۳	۲/۹۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳	۲/۱۲
		پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۲۶
امید	گروه ذکر درمانی	پیش‌آزمون	۱۱۳/۴۰	۳۴/۷۱
		پس‌آزمون	۱۶۶/۸۷	۲۴/۹۴
	گروه ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۱۵/۴۳	۳۶/۳۸
		پس‌آزمون	۱۶۱/۰۳	۱۹/۲۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۱۰/۱۸	۲۴/۲۶
		پس‌آزمون	۱۱۳/۲۳	۲۴/۹۰

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب آزمودنی‌های گروه ذکر درمانی، در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر ۱۷/۷۳ و ۱/۸۱ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۱/۶۷ و ۱/۶۳ است. این شاخص‌های آماری برای گروه ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۳/۶۰ و ۲/۹۲ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۰/۱۳ و ۲/۹۳ است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۵/۳۳ و ۲/۱۲ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۵/۵۳ و ۲/۲۶ است. بدین ترتیب در دو گروه ذکر درمانی و گروه ذهن آگاهی نمرات اضطراب آزمودنی‌ها کاهش داشته و وضعیت اضطراب آزمودنی‌ها بهبود یافته ولی در گروه کنترل تفاوت آشکاری در این متغیر مشاهده نمی‌شود.

میانگین و انحراف معیار نمره‌های امید به زندگی آزمودنی‌های گروه ذکر درمانی، در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱۳/۴۰ و ۳۴/۷۱ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۶۶/۸۷ و ۲۴/۹۴ است. این شاخص‌های آماری برای گروه ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۱۵/۴۳ و ۳۶/۳۸ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۶۱/۰۳ و ۱۹/۲۵ است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های امید به زندگی برای گروه کنترل در

مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۱۰/۱۸ و ۲۴/۲۶ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱۳/۲۳ و ۲۴/۹۰ است. بدین ترتیب در دو گروه ذکر درمانی و گروه ذهن آگاهی نمرات امید به زندگی آزمودنی‌ها افزایش داشته و وضعیت آزمودنی‌ها در امید به زندگی بهبود یافته ولی در گروه کنترل تفاوت آشکاری در این متغیر مشاهده نمی‌شود. با توجه به این که سطح معناداری آزمون کولموگروف بیش از ۰/۰۵ شده است، توزیع نمرات نرمال است. لذا مفروضه نرمال بودن برای انجام آزمون برقرار است. نتایج آزمون لوین در متغیرهای امید به زندگی و اضطراب معنی‌دار نیست ( $p > 0/05$ ). بر این اساس، واریانس گروه ذکر درمانی، گروه ذهن آگاهی و کنترل در متغیرهای امید به زندگی و اضطراب به طور معنی‌داری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. سطح معنی‌داری در آزمون باکس کمتر از ۰/۰۵ است لذا فرض تساوی کواریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته تأیید می‌شود. در نتیجه مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس برقرار است و می‌توان از این آزمون استفاده کرد.

#### جدول ۴. تحلیل کواریانس بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر روی بر روی امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

متغیر	منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
امید	پیش آزمون	۴/۳۴۶	۱	۴/۳۴۶	۴/۵۷۵	۰/۰۴	۰/۱۲۵
	گروه	۴۹/۹۴۵	۱	۴۹/۹۴۵	۵۲/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲
	خطا	۳۰/۴۰۲	۲۷	۰/۹۵			
اضطراب	پیش آزمون	۶/۱۳۴	۱	۶/۱۳۴	۵/۸۸۴	۰/۰۲۱	۰/۱۵۵
	گروه	۴۱/۷۱۱	۱	۴۱/۷۱۱	۴۰/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۶
	خطا	۳۳/۳۶	۲۷	۱/۰۴۲			

باتوجه به مقدار مجذور اتا (۰/۶۲۲) رابطه قوی نشان داده می‌شود. یعنی ۶۲/۲ درصد نمرات امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. در ضمن توان آزمون برابر با ۱ است. همچنین باتوجه به مقدار مجذور اتا (۰/۵۵۶) رابطه قوی نشان داده می‌شود. یعنی ۵۵/۶ درصد نمرات اضطراب مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بر اساس الگوی ذهن آگاهی تبیین می‌شود. در ضمن توان آزمون برابر با ۱ است.

#### جدول ۵. تحلیل کواریانس بررسی تأثیر پروتکل ذکر درمانی بر روی متغیر امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

متغیر	منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
امید	پیش آزمون	۲/۶۷۹	۱	۲/۶۷۹	۶/۸۱۶	۰/۰۱۴	۰/۱۷۶
	گروه	۱۰۸/۹۸۹	۱	۱۰۸/۹۸۹	۵۳/۹۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۹
	خطا	۶۲/۵۸۸	۲۷	۲/۲۹۹			
اضطراب	پیش آزمون	۱۵۵/۱۵۰	۱	۱۵۵/۱۵۰	۲۱/۷۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۵
	گروه	۶۷۱/۸۸۸	۱	۶۷۱/۸۸۸	۹۴/۱۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
	خطا	۲۲۸/۳۹۲	۲۷	۸/۴۷۵			

باتوجه به مقدار مجذور اتا (۰/۵۹۹) رابطه قوی نشان داده می‌شود. یعنی ۵۹/۹ درصد نمرات پروتکل ذکر درمانی بر روی متغیر امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. در ضمن توان آزمون برابر با ۱ است. همچنین باتوجه به مقدار مجذور اتا (۰/۷۴۶) رابطه قوی نشان داده می‌شود. یعنی ۷۴/۶ درصد نمرات پروتکل ذکر درمانی بر روی متغیر اضطراب مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تبیین می‌شود. در ضمن توان آزمون برابر با ۱ است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی شفه مربوط به اضطراب در گروه‌های تجربی و کنترل

متغیر	گروه‌ها	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	خطای انحراف	معناداری
اضطراب	ذکر درمانی	ذکر درمانی	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۳۳۲
	کنترل	کنترل	-۲/۳۰	۰/۶۷	۰/۰۰۲
	ذهن آگاهی	ذهن آگاهی	-۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۳۳۲
	کنترل	کنترل	-۳/۱۲	۰/۶۷	۰/۰۰۰
امید به زندگی	ذکر درمانی	ذکر درمانی	۰/۵۲۳	۲/۰۱	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۶/۱۹۱	۲/۰۳	۰/۰۱۵
	ذهن آگاهی	ذهن آگاهی	-۰/۵۲۳	۲/۰۱	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۶/۷۱۴	۰/۰۲	۰/۰۰۷

همچنین طبق نتایج جدول فوق از تحلیل آزمون تعقیبی شفه می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اضطراب در گروه ذکر درمانی و ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. ولی دو گروه تجربی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $\alpha = 0/05$ ). همچنین می‌توان نتیجه گرفت که میانگین امید به زندگی در گروه ذکر درمانی و ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. ولی دو گروه تجربی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $\alpha = 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر پروتکل ذهن آگاهی، بر افزایش امید به زندگی و کاهش اضطراب مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش پرداخته است. هر دو گروه آزمایش و کنترل، طی دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به پرسشنامه اضطراب و امید به زندگی پاسخ دادند. نتایج به دست آمده حاکی از مؤثر بودن دوره درمانی مذکور در کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی می‌باشد. مادران گروه آزمایش طی مشاهدات محقق و مصاحبه‌های غیر رسمی به مفید بودن دوره درمانی اذعان داشتند. این نتایج هم به لحاظ آماری و هم به لحاظ بالینی با نتایج پژوهش‌های هدایتی و همکاران (۱۴۰۲)، مارچ (۲۰۲۳)، هوگ و همکاران (۲۰۲۲)، ولف و همکاران (۲۰۲۲)، مالک و همکاران (۲۰۲۲)، یوهانسن و همکاران (۲۰۲۲)، امیری و همکاران (۱۳۹۸) و دشتی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. از آن جایی که از جمله علائم مهم اضطراب، علائم ذهنی و ترس می‌باشد، دوره درمانی حاضر بر این جنبه‌ها تمرکز بیشتری داشته است. بدین ترتیب بر اساس نتایج حاضر می‌توان گفت: تفاوت معناداری بین میانگین تغییرات اضطراب و امید به زندگی در سه گروه ذکر درمانی،

ذهن آگاهی و کنترل پس از دوره‌ی تمرینی مشاهده می‌شود یعنی رویکرد ذهن آگاهی هم، توانست بر کنترل علائم اضطراب و بالا رفتن امید به زندگی مؤثر بوده باشد. تحقیقاتی وجود دارد که نتایج فوق را در این رابطه تأیید می‌کند از جمله؛ مؤمنی و همکاران (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری در کاهش اجتناب شناختی، بهبود تنظیم هیجانی و حل مسئله داشته، و این در حالی است که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توجه ذهن آگاهانه و خود شفقت ورزی بیشتر بوده است.

در پژوهش حاضر می‌توان گفت که استفاده از پروتکل ذهن آگاهی نیز، سبب کم شدن افکار خود آیند مزاحم و منفی و تغییر باورهای مادران در ارتباط با رنجی که با آن روبرو هستند شد به گونه‌ای که در کنار این نگرش به وجود آمده بدنبال بررسی راه حل‌های جایگزین، راه حل‌های جدید و کم کردن حساسیت خود به حضور فرزند خود و نگرانی از آینده او بودند، بدون توجه به قضاوت خود و دیگران به گونه‌ای که زندگی حال، اکنون و اینجا را در نظر بگیرند. تیزدل (۲۰۰۴) معتقد است رویکرد ذهن آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب مؤثر بوده که این امر منجر به پایین آمدن اضطراب و افزایش امیدواری می‌گردد. با توجه به این که گروه نمونه راه مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی، تشکیل دادند و هم چنین به دلیل اندازه‌ی کوچک نمونه، تعمیم نتایج به تمامی اقشار و گروه‌ها باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به فقدان پژوهش داخلی در ارتباط با موضوع پژوهش، نتایج غنی و نوآورانه و کاربردی، جهت گیری پژوهش‌های آینده می‌تواند به سمت بعضی از اجزا تشکیل دهنده این پژوهش که در تحقیقات گذشته به آن اشاره نشده است، باشد. ویژگی‌های فرهنگی نمونه پژوهش حاضر، یکی از عوامل بسیار مهمی است که تعمیم این نتایج را در جامعه‌ی ایرانی محدود می‌سازد. بنابراین تحقیق بیشتری برای بررسی درونمایه‌های مشابهی با نمونه‌های متفاوت فرهنگی - مذهبی و جایگاه اجتماعی لازم خواهد بود. پیشنهاد می‌گردد تحقیقاتی مشابه در ارتباط با سایر متغیرها همچون مشکلات روانشناختی و اجتماعی انجام گیرد. با عنایت به تأثیرگذاری پروتکل ذکر درمانی طراحی شده در این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد با ترتیب دادن جلسات دوره‌ای، یافته‌های این پژوهش به اطلاع سایر مادران برسد. با توجه به تأثیرگذاری آگاهی مدیران در برنامه‌ریزی‌های مفید و مناسب، پیشنهاد می‌گردد یافته‌های این پژوهش به اطلاع مسئولین و دست‌اندرکاران سازمان بهزیستی، مدارس استثنایی و سایر سازمان‌های مربوطه برسد. با توجه به مقرون به صرفه بودن روش‌های ذکر درمانی و ذهن آگاهی، پیشنهاد می‌شود این راهبردها در کنار درمان توانبخشی اجرا شود.

### موازین اخلاقی

تمامی موازین و اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شد.

### سپاسگزاری

در انتها از تمامی شرکت‌کنندگان کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- حبیبی، سلمان، بیگی، آرزو، رضایی حصار، حبیبیه، ممیز، شیوا، عاشوری، جمال، و هویدا فاطمه. (۱۳۹۵). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و گرایش‌های مذهبی با سلامت روانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع دو به منظور ارائه راهکارهای مراقبت و پرستاری، فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت. ۴ (۲)، ۶۸-۷۸.
- حسینی، سیده مونس. (۱۳۸۸). رابطه امید به زندگی و سرسختی روانشناختی. اندیشه و رفتار، ۳ (۱۲)، ۶۵-۵۷.
- خانی، حامد. (۱۳۹۴). تاریخ‌نگاره ذکر در فرهنگ اسلامی، دوفصلنامه علمی پژوهشی مطالعات قرآن و حدیث، ۹ (۱)، ۴۳-۷۸.
- دشتی، نقی، حاجلو، نادر، صادقی، گودرز، نریمانی، محمد، و شریفی نیا، محمدحسین. (۱۳۹۷). مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن آگاهی بیماران قلبی در دو گروه با ذکر زیاد خدا و ذکر کم خدا، مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۲ (۳)، ۱۲۳-۱۲۹.
- زارع برگ آبادی، معصومه، تقی لو، صادق، و کاکاوند علیرضا. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با میانجیگری تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی: روش معادلات ساختاری، مجله مبانی سلامت روان، ۱۸ (۶)، ۴۶۴-۴۵۵.
- زارع برگ آبادی، معصومه. (۱۳۹۵). رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجیگری تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی، مجله اصول بهداشت روانی، ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی. ۴۴-۴۵۵.
- ستوده اصل نعمت، نشاط دوست، حمیدطاهر، کلانتری، مهرداد، طالبی، هوشنگ، و خسروی، علیرضا. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو روش امید‌درمانی و دارودرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون ضروری. مجله روانشناسی بالینی، ۲ (۱)، ۲۷-۳۴.
- شیرازی، اسکندر، و مصری، مهران. (۱۴۰۱). طراحی مدل بومی فشار روانی کارکنان بخش دولتی بعد از شیوع کرونا (مطالعه موردی: بیمارستان‌های دولتی تبریز)، فصلنامه علمی مدیریت سازمان‌های دولتی. ۱۱ (۱)، ۷۷-۹۰.
- علامه مجلسی، محمدباقر. (۱۴۰۰). حلیه المتقین، قم: انتشارات جمکران.
- کار، آلان. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان، ترجمه پاشاشریفی، حسن و همکاران، تهران: انتشارات سخن.

مدارا، فرهاد، ساروخانی، دیانا، ولی زاده، رضا، و ساروخانی، ماندانا. (۱۳۹۵). بررسی میانگین نمره اضطراب در ایران: مرور سیستماتیک و متاآنالیز. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۵(۲)، ۲۰۶-۱۸۱.

مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۸۶). پیام امام امیر المومنین علیه السلام، تهران، دار الکتب الاسلامیه.  
 مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۸۵). اخلاق اسلامی در نهج البلاغه (خطبه متقین)، قم: انتشارات نسل جوان.  
 مؤمنی، فرشته، شهیدی، شهریار، موتایی، فرشته، و حیدری، محمود. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر، مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۸(۱)، ۴۹-۶۶.  
 میرمحمدصادقی، مهدی. (۱۳۸۴). ازدواج (آموزش پیش از ازدواج) (ویراست دوم). تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.  
 نصرتی، فاطمه، غباری بناب، باقر، زندی، سعید، و قربانی، میلاد. (۱۴۰۰). اثرگذاری ذکرهای مذهبی در بهبود فشار روانی، مرور نظام‌مند. پژوهش در دین و سلامت، ۷(۳)، ۱۵۷-۱۷۱.  
 هدایتی، دانا، صابری، هایده، و نصرالهی، بیتا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر تاب‌آوری، تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۱)، ۱-۱۰.

## References

- Allameh Majlesi, M. B. (2021). *Hilyat Al-Muttaqin*, Jomeh Karamat Publications, 2nd Edition. (In Persian)
- Aminia, R., Soltani, M. A. T., & Bagherian-Sararoudi, R. (2013). Prediction of Elders; General Based on Positive and Negative Perfectionism and Type-D Personality. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(6), 641.
- Bayat, M., Salehi, M., Bozorgnezhad, A., & Asghari, A. (2011). The comparison of psychological problems between parents of intellectual disabilities children and parents of normal children. *World Applied Sciences Journal*, 12(4), 471-475.
- Carr, A. (2006). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. Translated by Pashasharifi, H., Tehran: Sokhan Publications. (In Persian)
- Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 1034.
- Dashti, N., Hajloo, N., Sadeghi, G., Narimani, M., & Sharifi Nia, M. H. (2018). Comparison of quality of life, depression, anxiety, stress and mindfulness in two groups of heart patients who mention god more and less. *Islamic Lifestyle Journal with Health Approach*, 2(3), 123-129. (In Persian)
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258.
- Gras Pérez, M. E., Font-Mayolas, S., Baltasar Bagué, A., Patiño Masó, J., Sullman, M. J., & Planes Pedra, M. (2019). The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) amongst young Spanish adults= La escala de resiliencia de Connor-Davidson en adultos españoles jóvenes. *Clínica y Salud: Investigación Empírica en Psicología*, 30(2), 1-7.
- Griffin, B., Loh, V., & Hesketh, B. (2013). A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Social Science & Medicine*, 82(5), 79-86.

- Habibi, S., Bigi, A., Rezaei Hasar, H., Mamiz, S., Ashouri, J., & Houda Fatemeh. (2016). The relationship between personality traits, religious orientations and mental health in adolescents with type 2 diabetes for providing care strategies and nursing, *Journal of Diabetes Nursing*, 4(2), 68-78. (In Persian)
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hedayati, D., Saberi, H., & Nasralahi, B. (2023). Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and spiritual therapy on resilience. *Behavioral Sciences Research*, 21(1), 1-10. (In Persian)
- Hellman, C. M., Worley, J. A., & Munoz, R. T. (2018). Hope as a coping resource for caregiver resilience and well-being. *Family Caregiving*, 81-98.
- Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2023). Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 13-21.
- Hoseini, S. M. (2009). The relationship between hope for life and psychological endurance. *Andisheh va Raftar*, 3(12), 57-65. (In Persian)
- Janowski, K., & Łucjan, P. (2012). Worry and mindfulness: The role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27, Supplement 1, 133.
- Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102156.
- Kabat-Zinn, J. (2002). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Khani, H. (2015). The history of mentioning in Islamic culture. *Quarterly Journal of Quran and Hadith Studies*, 9(1), 43-78. (In Persian)
- Krusche, A., Jack, C., Blunt, C., et al. (2020). Mindfulness-Based Organisational Education: An evaluation of a mindfulness course delivered to employees at the Royal Orthopaedic Hospital. *Mindfulness*, 11, 362-373.
- Madara, F., Sarukhani, D., Valizadeh, R., & Sarukhani, M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the mean score of anxiety in Iran. *Ilam University of Medical Sciences Research Journal*, 25(2), 181-206. (In Persian)
- Makarem Shirazi, M. (2006). *Islamic ethics in Nahj Al-Balaghah (Sermon of the pious)*, Qom: Nasle Javan Publications. (In Persian)
- Makarem Shirazi, M. (2007). *Imam Ali's message*, Tehran: Dar Al-Kitab Al-Islamiyah Publications. (In Persian)
- Malik, S., & Perveen, A. (2023). Mindfulness and anxiety among university students: Moderating role of cognitive emotion regulation. *Current Psychology*, 42(7), 5621-5628.
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- Mir Mohammad Sadeghi, M. (2005). *Marriage (pre-marriage education) (2nd edition)*. Tehran: Country Welfare Organization, Cultural and Prevention Affairs Department, Office of Prevention of Social Harms. (In Persian)
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Mostafavi, S. A., Kamali, K., & Rahgozar, M. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 1.

- Momeni, F., Shahidi, Sh., Motabi, F., & Heydari, M. (2017). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the mediators of generalized anxiety disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 8(1), 49-66. (In Persian)
- Murch, H. (2023). Mindfulness to reduce math anxiety and improve math performance.
- Nasrati, F., Ghabari Bonab, B., Zandi, S., & Ghorbani, M. (2021). The systematic effect of religious mentions in improving mental pressure. *Journal of Research in Religion and Health*, 7(3), 157-171. (In Persian)
- Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J. Gillham (Ed.), *The Science of Optimism and Hope* (pp. 241-248). Templeton Foundation Press.
- Potek, R. (2012). Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation (Unpublished master's thesis). New York University, New York.
- Shirazi, E., & Mosari, M. (2022). Designing a native model of psychological stress among employees of government sector after COVID-19 outbreak (a case study: Tabriz public hospitals), *Journal of Management of Government Organizations*, 11(1), 77-90. (In Persian)
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Stodde Eslam Ne'mat, N., Nashat Dost, H., Kalantari, M., Talebi, H., & Khosravi, A. R. (2006). Comparison of the effectiveness of two hope therapies and daru-therapy on the quality of life of patients with essential hypertension. *Clinical Psychology Journal*, 2(1), 27-34. (In Persian)
- Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012). Salutary proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: A pilot preventive intervention. *Behavior Therapy*, 43(3), 492-505.
- Vafaei, M., Azad, M., Shiargar, P., & Kazemi Haki, B. (2015). Quality of life in patients with thalassemia major referred to Ardabil Buali Hospital in 2012-13. *Medical Sciences*, 25(4).
- Wolfe, E. C., Thompson, A. G., Brunyé, T. T., Davis, F. C., Grover, D., Haga, Z.,... & Urry, H. L. (2023). Ultra-brief training in cognitive reappraisal or mindfulness reduces anxiety and improves motor performance efficiency under stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 1-22.
- Zare Barg Abadi, M. (2016). The relationship between anxiety and depression with mediating of rumination and perfectionism. *Journal of Fundamental of Mental Health, Special Issue of Third International Conference on Psychology and Educational Sciences*, 64-455. (In Persian)
- Zare Barg Abadi, M., Taghilou, S., & Kakavand, A. (2017). The relationship of anxiety and depression with mediating of rumination and perfectionism: Structural equation modeling approach. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(6), 455-464. (In Persian)



## Comparing the effectiveness of Zekr therapy in Islam with mindfulness therapy on anxiety and life expectancy of mothers with mentally disabled children

Masoumeh. Esmaili Deh Khajeh<sup>1</sup>, *Mohammad Hossein. Fallah*<sup>2\*</sup>, Saeed. Vaziri<sup>3</sup> & Abolghasem. Asi Mozneb<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** The purpose of this research was to compare the effectiveness of Zekr therapy in Islam with mindfulness therapy on anxiety and life expectancy of mothers with mentally disabled children in Meybod city. **Method:** The design of the present research was applied in terms of its purpose and the method of conducting it was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with two experimental groups and one control group. The statistical population of the research is all mothers with mentally disabled children in Meybod city. Among the statistical population, 45 mothers with intellectually disabled children were selected in a targeted and available manner and randomly divided into three groups in the form of two groups of 15 experimental people (30 people) and control group (15 people). Beck's anxiety questionnaire was used to collect and measure mothers' anxiety, and mothers' life expectancy was measured with Snyder et al.'s questionnaire. Then exercise protocols (remembering therapy and mindfulness) were implemented. To answer the research hypotheses, the covariance tests were performed at the five percent error level using SPSS software version 26. **Results:** The results of covariance analysis for mindfulness treatment showed that 62.2% of life expectancy scores of mothers with intellectually disabled children are explained. Also, 55.6% of the anxiety scores of mothers with mentally retarded children are explained based on the mindfulness model. Also, 59.9% of Zekr therapy protocol scores are explained on the variable of life expectancy of mothers with mentally retarded children. Finally, according to the eta squared value (0.746), 74.6% of the scores of the Zekr therapy protocol are explained on the variable of anxiety of mothers with mentally retarded children. From the analysis of Shefe's follow-up test, it can be concluded that the mean of anxiety in the dhikr therapy and mindfulness group has decreased significantly compared to the control group, but the two experimental groups have no significant difference from each other ( $\alpha=0.05$ ). It can also be concluded that the average life expectancy in the Zekr therapy and mindfulness group has decreased significantly compared to the control group, but the two experimental groups have no significant difference from each other ( $\alpha=0.05$ ). **Conclusion:** The obtained results indicated that both the mentioned treatment courses were equally effective in reducing anxiety and increasing the life expectancy of mothers with mentally disabled children.

**Keywords:** Zekr therapy, mindfulness, anxiety, life expectancy, mothers, mentally disabled child.

1. PhD Student in Counseling, Faculty of Humanities, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

2. \*Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran  
Email: fallahyazd@iauyazd.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

4. Assistant Professor, Department of Education, Faculty of Humanities, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran