

Effectiveness of mindfulness Group Therapy on resilience of the mothers of children with Physical-motor disabilities

*Mousa Riahi¹, Mahmoud Malekitabar¹, Kiumars Farahbakhsh², Ali Salary Esker³

Author Address

1. MA. of family counseling, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran;

2. Associate Professor, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran;

3. MA in School Counseling, Shahid Rajaei University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Address: Allameh Tabataba'i University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran.

*E-mail: mousariahi@gmail.com

Received: 2015 Dec 31; Accepted: 2016 Mar 15

Abstract

Background & Objective: Considering the fact that a disabled child brings about main problems including reduced resilience of their parents, especially a mother, the present study aimed at studying the effectiveness of mindfulness group therapy on increasing the resilience of mothers with physical-motor disabilities.

Methods: The design of this clinical study was pretest-posttest with control group. Participants were 30 mothers with exceptional children who were selected through convenience method and assigned randomly to experimental and control groups. Subjects in experimental group participated in 8 sessions of mindfulness group therapy (90 minutes session per week). Data was gathered through the resilience scale administered before and after the study treatment. To analyze the data repeated test measurements used.

Results: Mindfulness group therapy could significantly increase the resilience of mothers with disabilities children in experimental group ($p < 0.05$; $F = 4.7$). These results were maintained at follow-up one month ($p > 0.05$; $t = 0.609$).

Conclusion: Mindfulness group therapy could significantly increase the resilience of mothers with physical-motor disabilities.

Keywords: Mindfulness, Resilience, Physical-motor disabilities.

اثربخشی گروه درمانی آگاهی سیال بر تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی

*موسی ریاحی^۱، محمود ملکی تبار^۱، کیومرث فرح‌بخش^۲، علی سالاری اسکر^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران؛

۳. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید رجایی، تهران، ایران.

*آدرس نویسنده مسئول: تهران دهکده النبیک، دانشگاه علامه طباطبائی (ره).

رایانامه: musariahi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۰ دی ۱۳۹۴؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ اسفند ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه وجود کودک معلول موجب بروز مشکلات عمده‌ای از جمله کاهش تاب‌آوری والدین آن‌ها می‌شود، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی آگاهی سیال بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه شبه‌تجربی تعداد سی مادر دارای کودک معلول جسمی حرکتی، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و در هر گروه پانزده مادر جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۴) استفاده شد. مداخله آزمایشی (درمان آگاهی سیال) بر روی گروه آزمایش، به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته اجرا شد و پس از اتمام برنامه آموزشی و یک ماه بعد از آن نیز از هر دو گروه، پس از آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برنامه گروه درمانی آگاهی سیال باعث افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان معلول گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ($F=4/7, p<0/05$) که این نتایج در پیگیری یک ماهه حفظ شد ($t=0/609, p>0/05$).

نتیجه‌گیری: گروه درمانی آگاهی سیال از کارایی لازم برای افزایش تاب‌آوری مادران کودکان معلول جسمی حرکتی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: آگاهی سیال، تاب‌آوری، معلول جسمی حرکتی.

بر اساس آمارهای مختلف بین‌المللی، حدود ۲/۵ درصد از کل کودکان و دانش‌آموزان، دچار کم‌توانی ذهنی هستند و بر اساس جمعیت ۱۴ میلیونی دانش‌آموزان، آمار آن‌ها در کشور ما حدود ۵۰۰ هزار نفر پیش‌بینی می‌شود (۱). مراقبت روزانه از کودک با نیازهای ویژه، انواع مختلف فشارهای روانی را بر والدین وارد می‌آورد که از آن جمله تخصیص وقت به برآوردن نیازهای کودک ناتوان، احساس گناه از کوتاهی‌هایی که در حین مراقبت صورت می‌گیرد و گرفتاری‌های روزانه دیگر، از قبیل رسیدن به نیازهای پزشکی، روانی و بازپروری کودک استثنایی در مدت‌زمان طولانی که سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و شغلی والدین را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲).

تعداد زیادی از خانواده‌ها از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول رنج می‌برند و باید با این واقعیت که کودکشان وضعیت خاصی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار آیند (۳، ۴). مطالعات انجام‌شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم‌توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود؛ چراکه مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند (۵). وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (۶). پژوهش‌های بسیاری به مقایسه ابعاد سلامت روان و رضایت از زندگی مادران کودکان عادی و استثنایی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که میزان سازش‌یافتگی اجتماعی، سلامت روانی و رضایت زناشویی در مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان عادی است (۵، ۷).

مادرانی که فرزند معلول دارند، تحت استرس‌هایی چون نگهداری، کنترل و تربیت کودک معلول، استرس داشتن فرزند با علائم ناتوانی جسمی و ذهنی قرار دارند که این استرس‌ها ممکن است به‌تدریج موجب فرسودگی در آن‌ها شود و به‌تدریج افراد به‌لحاظ عاطفی تحت فشار قرار می‌گیرند و احساس فرسودگی و خستگی می‌کنند (۳). در این میان، یکی از عواملی که ممکن است کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود بخشد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری^۱ است. تاب‌آوری ظرفیت افراد در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی است. «تاب‌آوری در واقع فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم موقعیت چالش‌برانگیز و تهدیدکننده است» (۸، ۹). تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است؛ ولی انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد؛ به‌طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط غلبه کنند (۱۰). استینسما، هیجر و استالن (۱۱) دریافتند که آموزش تاب‌آوری استفاده از راهبردهای کنارآمدن مؤثر مانند راهبردهای فعال، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، خوددل‌گرم‌سازی و افکار مثبت را در بین افراد افزایش و راهبردهای کنارآمدن منفی مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای منفعلانه و

اجتنابی را کاهش می‌دهد و باعث کاهش افسردگی می‌شود. در پژوهش دیگری، استینهارد و دولبی (۱۲) دریافتند که برنامه افزایش تاب‌آوری، باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتمادبه‌نفس و خودرهبری و کاهش عواطف منفی و استرس و افسردگی می‌شود. به‌علاوه در پژوهش کاوه (۱۳) که بر روی مادران دارای فرزندان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی انجام شد، نتایج نشان داد که میزان تاب‌آوری والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند بیشتر و میزان استرس والدینی آن‌ها کمتر بوده است. بنابراین از آنجا که تاب‌آوری مادران کودکان معلول نقش مهمی در کاهش افسردگی، استرس و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف دارد، اجرای برنامه‌ها و مداخلات گوناگون به‌منظور افزایش تاب‌آوری مادران کودکان معلول ضروری به نظر می‌رسد.

درمان مبتنی بر آگاهی سیال^۲ برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده عود افسردگی است که سگال، ویلیامز و تیزدل آن را مطرح کردند (۱۴). بنیان‌گذاران شناخت‌درمانی مبتنی بر آگاهی سیال با بررسی عوامل مؤثر رفتاردرمانی شناختی به این مطلب پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط تمرکززدایی‌شده^۳ و توسعه چشم‌اندازی متفاوت با افکار و هیجان‌ها، عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی است و همین عامل است که توانایی رهاسدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌های خلق پایین را از بین می‌برد (۱۵). در واقع آگاهی سیال شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آن چیزی است که اکنون در حال وقوع است. افراد آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند.

تحقیقات نشان داده که درمان آگاهی سیال خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۶). همچنین مطالعات نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر آگاهی سیال در بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی (۱۷)، لذت‌بردن از زندگی و تنش و نشانه‌های فیزیکی پایین مؤثر بوده است. درمان مبتنی بر آگاهی سیال در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و سایر اختلالات مؤثر است (۱۷). بر اساس تحقیقات، آگاهی سیال افراد، توان پیش‌بینی سلامت عمومی و افزایش سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری را دارد (۱۸، ۱۹). با توجه به شیوع تاب‌آوری پایین در میان مادران کودکان معلول و از طرفی با عنایت به موفقیت‌های روش درمانی آگاهی سیال در درمان اختلالات روانی و لزوم درمان یا کاهش این مشکل از طریق به‌کارگیری رویکرد شناختی‌رفتاری زیستی متمرکز بر آگاهی، این پژوهش با هدف تأثیر این روش بر میزان تاب‌آوری در مادران کودکان معلول جسمی-حرکتی^۴ انجام شد.

۳. Decentralized

۴. Physical-motor disabilities

۱. Resilience

۲. Mindfulness

۲ روش بررسی

این مطالعه شبه تجربی پس از تأیید استادان دانشگاه علامه طباطبائی تهران و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان بر روی سی مادر که کودک دارای معلولیت ذهنی داشتند، انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی شهرستان بهارستان در استان تهران بود. معیارهای ورود به نمونه عبارت بود از: داشتن کودک دارای معلولیت جسمی حرکتی، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل، داشتن وضع اقتصادی متوسط و تاب آوری پایین آنان. معیارهای خروج از نمونه عبارت بود از: استفاده از درمان های روان شناختی یا دارودرمانی برای مشکلات روحی و داشتن بیماری جسمی یا روحی دیگر. به منظور انتخاب اعضا، ابتدا از طریق چندین فراخوان، از مادرانی که فرزندان آن ها در مدارس و مراکز دانش آموزان با نیازهای ویژه شهر گلستان (از توابع شهرستان بهارستان در استان تهران) مشغول به تحصیل بودند، دعوت به عمل آمد. از بین داوطلبان، کسانی انتخاب شدند که نمره آن ها یک انحراف معیار پایین تر از میانگین، در مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) بود (هفتاد نفر). از این عده به طور تصادفی سی نفر انتخاب شدند. سپس این سی نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. این تحقیق از نوع کاربردی بود. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. پس از انتخاب تصادفی گروه های آزمایش و کنترل، ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش مورد مداخله آموزش آگاهی سیال قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان آموزش، از دو گروه پس آزمون به عمل آمد. پس از گذشت یک ماه، به منظور بررسی ثبات نتایج پژوهش، آزمون پیگیری از گروه آزمایش گرفته شد و با نتایج قبلی آن ها مقایسه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی، از شاخص های میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به آزمون های اعلام شد که در هر مرحله از روند پژوهش در صورتی که راضی به همکاری نباشند، می توانند در ادامه جلسات شرکت نکنند. همچنین در پایان پژوهش به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مشاوره گروهی بر مبنای نظریه آگاهی سیال در گروه کنترل نیز انجام شد. مداخلات مربوط به جلسات گروه درمانی آگاهی سیال در هشت جلسه نود دقیقه ای و یک هفته در میان صورت گرفت که به اختصار در زیر آمده است.

- جلسه اول: ارائه قوانین اصلی گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر، ارائه توضیحاتی درباره تاب آوری و مشکلات روان شناختی همراه با آن، ارائه توضیحاتی درباره راهبردهای آگاهی سیال و اجرای تمرین آگاهی در لحظه حال، به صورت گروهی.

- جلسه دوم: اجرای تمرین بازبینی بدنی و آگاهی از تنفس و پس از آن توضیح ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار با استفاده از مدل شناختی و ارائه مثال های متنوع، آموزش ثبت وقایع خوشایند و افکار و احساسات و حس های بدنی وابسته به آن.

- جلسه سوم: آموزش دیدن یا شنیدن به صورت آگاهانه، تمرین مراقبه

نشسته (بازبینی بدن)، پاسخ گویی به سؤالات و واکنش های آزمودنی ها بعد از انجام دادن تمرین.

- جلسه چهارم: گرفتن بازخورد و بررسی واکنش های آزمودنی ها، بازنگری تکالیف، آموزش حضور در زمان حال با اجازه ورود افکار خودآیند و مزاحم مرتبط با تجارب آزاردهنده به ذهن، تمرین مواجهه با افکار و تصورات مزاحم با آگاهی سیال و کنترل تنفس.

- جلسه پنجم: تمرین مراقبه بدنی به همراه مواجهه با افکار و تصورات مزاحم، تجارب آزاردهنده با آگاهی سیال و کنترل تنفس.

- جلسه ششم: بحث گروهی، تمرین مراقبه بدنی به همراه مواجهه با افکار و کنترل تنفس، تمرین قدم زدن با آگاهی سیال، بازنگری تمرین، بررسی واکنش های آزمودنی ها.

- جلسه هفتم: ارائه توضیحاتی درباره ارتباط بین فعالیت و خلق، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که به حس تسلط، کفایت، پیشرفت و کنترل می انجامد و برنامه ریزی برای انجام دادن چنین فعالیت هایی.

- جلسه هشتم: بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، تمرین فضای تنفس، ارائه یک طرح نگه دارنده، تمرین مراقبه بدنی.

به منظور سنجش تاب آوری، مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به کار برده شد. کانر و دیویدسون این پرسش نامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۹۷ در زمینه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در گروه های ذیل انجام شده است: جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه بیمارستان سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. پرسش نامه تاب آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس را در ایران، محمدی در سال ۱۳۸۴ ترجمه کرد، انطباق داد و سپس هنجاریابی کرد (۲۰). برای تعیین روایی این مقیاس، نخست هم بستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه هم بستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه سه، ضریب های بین ۰/۴۱ درصد تا ۰/۶۴ درصد را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش مؤلفه های اصلی، تحلیل عاملی شدند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس هم بستگی گویه ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۰۸۷ و مقدار کای دو در آزمون بارتلت برابر با ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام دادن تحلیل عامل را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۰).

۳ یافته ها

میانگین و انحراف معیار تاب آوری آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون ها در جدول (۱) ارائه شده است. بر اساس این نتایج، بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشت؛ در حالی که این تفاوت در پس آزمون معنی دار بود ($p < ۰/۰۵$).

^۱. Connor KM& Davidson JRT

همچنین نتایج آزمون پیگیری نشان داد که این نتایج در مقایسه با پس آزمون تغییر معناداری نکرده و نتایج در آزمون پیگیری حفظ شده است ($p > 0/05$).

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تاب آوری در دو گروه آزمایش و کنترل

اطلاعات توصیفی	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره	حداقل نمره	مقدار p
کنترل ($n=15$)	پیش آزمون	۵۱	۸/۷	۶۶	۴۴
	پس آزمون	۶۰	۱۸/۳	۸۵	۳۳
تاب آوری	پیش آزمون	۵۴	۱۰/۷	۶۶	۳۳
	پس آزمون	۷۲	۱۰/۱	۸۷	۵۵
آزمایش ($n=15$)	پیگیری	۶۸	۱۶/۲	۸۶	۴۳

در پژوهشی به این نتیجه رسید که تمرینات آگاهی سیال باعث بهبود ابعاد خودآگاهی^۱ و تاب آوری می شود. مطالعات ولز (۲۱)، سمپل، لی، رزا و همکاران (۲۲) نیز مؤید استفاده از سطوح بالای فراشناخت در افراد تاب آور است که این یافته با نتایج تحقیقات، زوست (۲۳) و کوهلیک (۱۸)، مبنی بر نقش فراشناخت و آگاهی سیال در افزایش تاب آوری نیز هم سو است. از طرفی چون درمان فراشناختی آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری نقش داشته است، یافته های این پژوهش با نتایج تحقیقات بشارت و عباس پور دویلانی (۲۴) و نارایانان (۲۵) هم سو است که نشان می دهد افراد تاب آور در توضیح رفتارها و انجام دادن تکالیف پیش رو بیشتر از فراشناخت کمک می گیرند و از تفکر فراشناختی^۲ در هنگام تصمیم گیری بهتر بهره می برند که این یافته با نتایج تحقیقات کابات زین (۲۶)، ایسن (۲۷)، جانک، کالامار، ریمن و هفلینگگر (۲۸) هم سو است. بر اساس نتایج، آموزش آگاهی سیال باعث افزایش تاب آوری در مادران دارای کودک معلول می شود. در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه تاب آوری از طریق افزایش سرسختی روان شناختی و توان مقابله با مشکلات به سلامت روانی و جسمی افراد کمک می کند، درمان مبتنی بر آگاهی سیال با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی های تجارب به شیوه های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می شود که به نوبه خود ممکن است بازخوانی اختصاصی تری از حافظه را به همراه داشته باشد. این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتد، کمک می کند و موجب افزایش تاب آوری در فرد می شود.

توجه به پژوهش های صورت گرفته در ایران نشان می دهد مادران دارای کودکان ناشنوا و کم توان ذهنی از سلامت روانی کمتر و همین طور از استرس و افسردگی بیشتری رنج می برند (۵) و تاب آوری به طور معناداری با استرس و افسردگی هم بستگی دارد (۲۹)؛ از این رو از علمی که می توان استرس مادران را ناشی از آن دانست، با توجه به نظریه فولکمن نحوه ارزیابی آن ها از استرس های موجود است. آگاهی سیال از طریق افزایش هوشیاری لحظه حاضر، روشی جدید و شخصی در

به منظور انجام دادن آنالیز کوواریانس، ابتدا از آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه تاب آوری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معناداری ندارد؛ بنابراین این پیش فرض به منظور انجام دادن آزمون کوواریانس برقرار است ($F=7/6$; $p=0/21$).

بعد از کنترل متغیر پیش آزمون، آنالیز کوواریانس مقایسه میانگین های نمرات تاب آوری دو گروه در مرحله پس آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات تاب آوری گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($F=4/7$; $p=0/039$)؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود؛ یعنی روش گروه درمانی آگاهی سیال باعث افزایش میزان تاب آوری در گروه آزمایش شده است.

مقدار اندازه اثر برابر با $0/55$ به دست آمد؛ یعنی 55 درصد از تغییرات نمرات تاب آوری ناشی از اجرای روش درمانی است؛ به بیان دیگر، گروه درمانی آگاهی سیال باعث 55 درصد تغییر در نمرات تاب آوری شده است. در گروه آزمایش به منظور بررسی ماندگاری تأثیر گروه درمانی آگاهی سیال بر میزان تاب آوری مادران دارای فرزند معلول مقایسه ای بین آزمون پی گیری با نتایج پس آزمون با استفاده از آزمون t وابسته انجام شد و تفاوت معناداری ملاحظه نشد ($p=0/552$ ، $t=0/609$)؛ بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که تأثیر گروه درمانی آگاهی سیال بر تاب آوری مادران دارای فرزند معلول در آزمون پیگیری پایدار مانده است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر گروه درمانی آگاهی سیال بر تاب آوری مادران دارای فرزندان معلول جسمی حرکتی بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه پژوهش مبتنی بر تأثیر گروه درمانی آگاهی سیال بر میزان تاب آوری مادران تأیید شد و نتایج پس از یک ماه پیگیری همچنان باقی ماند. بنابراین یافته پژوهش حاضر، مؤثر بودن برنامه آموزش آگاهی سیال را برای مادران دارای کودک معلول تأیید کرد. در تأیید این فرضیه، جان میک لی جان و همکاران (۱۹) در پژوهشی به این نتیجه نائل آمدند که آگاهی سیال نقش مهمی در پرورش تاب آوری معلمان و دانش آموزان دارد. همچنین کوهلیک (۱۸)

². Metacognitive thinking

¹. Consciousness

خود، دنیا و دیگران نیز افزایش پیدا می‌کند و این امر احتمالاً باعث افزایش تاب‌آوری مادران می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از آن جمله می‌توان گفت که ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش، آزمون‌های مداد و کاغذی بوده‌اند و آزمون‌های مذکور در هر سه مرحله اندازه‌گیری استفاده شده‌اند که ممکن است حساسیت آزمودنی‌ها را برانگیخته کند. به همین دلیل، در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود از مشاهده و مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. همین طور با توجه به اینکه باوجود کودک معلول کل اعضای خانواده درگیر هستند، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش آگاهی سیال بر روی پدران دارای فرزند معلول و همین طور خواهران و برادران کودکان معلول انجام گیرد. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله اینکه پژوهش حاضر در مناطق شهری استان تهران انجام گرفت؛ بنابراین تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید با احتیاط انجام پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

همان گونه که مشاهده شد، برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر، اثری معنادار بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول داشت. بنابراین به نظر می‌رسد هدف اصلی و مهم پژوهش که کمک به مادران دارای کودک معلول بود، تحقق یافت.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حضور تمام مادران سپاسگزاریم؛ چراکه بدون همکاری ایشان انجام‌دادن این پروژه مقدور نبود.

مقابله‌کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. انتظار می‌رود با انجام‌دادن تمرینات منظم آگاهی سیال تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت، همان طور که در پژوهش حاضر نشان داده شد، به افزایش تاب‌آوری در مادران دارای فرزند معلول منجر شود. والدینی که نمره بالایی در تاب‌آوری دارند، در مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی موفق عمل می‌کنند و با توانمندی‌ای که دارند، رویدادهای استرس‌زای زندگی را به‌گونه‌ای تفسیر می‌کنند که برایشان قابل تحمل باشد. این نحوه تفسیر و نگاه به مشکلات، موجب مقابله مؤثر با آن می‌شود و از تضعیف سیستم ایمنی و آسیب‌پذیری افراد پیشگیری می‌کند و سلامت روانی و جسمی آنان را به همراه دارد. در پرتوی سلامت روانی، میزان موفقیت آنان در برخورد با مشکلات کودک ناتوان افزایش می‌یابد. این امر از یک طرف سازگاری والدین با وضع موجود را بیشتر می‌کند که خود موجب تأمین بهداشت روانی والدین شده، از طرفی توان آنان را در رویارویی با مسائل مختلف کودک ناتوان افزایش می‌دهد که به‌نوبه خود موجب رشد توانایی‌های بیشتر کودک خواهد شد.

تمرینات آگاهی سیال مثل مراقبه شنیدن، مراقبه خوردن، بازبینی بدن و تمرینات تنفسی باعث آگاهی فرد از دنیای درون خود و همچنین آگاهی از حواس پنج‌گانه‌شان می‌شود. در کنار این آگاهی، مادران یاد گرفتند که به‌عنوان فردی مجزا به مشاهده افکار، احساسات و شرایط در ارتباط با فرزندانشان بپردازند و این افکار را جدای از خود در نظر بگیرند. به این ترتیب در حین مشاهده، حافظه فرد تنها رویدادهای منفی را بازایی نمی‌کند؛ بلکه توجه فرد به سمت رویدادهای خنثی و جنبه‌های مثبت

References

1. Afrouz GA. Psychology and rehabilitation of children in slow-paced. Tehran: Tehran University;2014. [Persian]
2. Esdaile SA, Greenwood KM. A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*. 2003;10:115-26. doi:[10.1002/oti.180](https://doi.org/10.1002/oti.180)
3. Baker BL, Blacher J, Crnic KA, et al. Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*. 2002;107:433-44. doi:[10.1352/0895-8017\(2002\)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2)
4. Abbeduto L, Seltzer MM, Shattuck P, et al. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. 2004;109:237-54. doi:[10.1352/0895-8017\(2004\)109<237:PWACIM>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2004)109<237:PWACIM>2.0.CO;2)
5. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. Maternal mental health and mental health than mothers of normal children of exceptional children. *Journal of Mental Health*. 2007;33(34):15-24. [Persian]
6. Gupta A, Singhal N. Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2004;15:22-35.
7. DiniTurki N, Bahrami H, Davrmnsh A, Biglarian A. The relationship between stress and marital satisfaction among parents of mentally retarded children. *Archives of Rehabilitation*. 2008;7(4):41-6. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-23-fa.html>
8. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men [Thesis of PhD]. Michigan: The University of Michigan; 2011.
9. Garmezy N, Masten AS. The protective role of competence indicators in children at risk. In Cummings EM, Green AL, Karraki KH (Eds), *Lifespan developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ. 1991;151-74.
10. Kordich-Hall D, Pearson J. Resilience-giving children the skills to bounce back *Education and Health*. 2005;23(1):12-5.
11. Steensma H, Heijer MD, Stallen V. Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *International Quarterly of Community Health Education*. 2007;27:145-59. doi:[10.2190/IQ.27.2.e](https://doi.org/10.2190/IQ.27.2.e)
12. Steinhart M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health*. 2008;56:445-53. doi:[10.3200/JACH.56.4.445-454](https://doi.org/10.3200/JACH.56.4.445-454)
13. Kaveh M. Plans to increase resilience to stress and the impact of education on quality of life for parents with children with mild mental retardation [Thesis of PhD]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai; 2009.
14. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press. 2002;121-45.
15. Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy. New York: Rout ledge. 2009;167-80.
16. Zeidan F, Jounson SK, Gordon NS, Goolkasian. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variable. *J Altern Complement Med*. 2010;16(8):867-73. doi:[10.1089/acm.2009.0321](https://doi.org/10.1089/acm.2009.0321)
17. Flugel Colle KF, Cha SS, Loehrer L, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010;16:36-40. doi:[10.1016/j.ctcp.2009.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.008)
18. Coholic DA. Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child & Youth Care Forum*. Vol. 40: Springer, 2011:303-17. doi:[10.1007/s10566-010-9139-x](https://doi.org/10.1007/s10566-010-9139-x)
19. Meiklejohn J, Phillips C, Freedman ML, Griffin ML, Biegel G, Roach A, Saltzman A. Integrating mindfulness training into K-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*. 2012; 3(4): 291-307. doi:[10.1007/s12671-012-0094-5](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0094-5)
20. Mohammadi M. Factors Affecting the resilience of people exposed the risk of drug abuse [thesis of PhD]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2005.
21. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression The Guilford Press. New York, NY. 2009.
22. Semple RJ, Lee J, Rosa D, et al. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*. 2010;19:218-29. doi:[10.1007/s10826-009-9301-y](https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y)
23. Chaplain ZJ. A cognitive path through resiliency: New York: Hyperion, 2010.
24. Besharat MA, Abbaspour dopolani T. The relationship between metacognitive strategies and creativity and resiliency in students. *Quarterly Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2011;5(14):109-22.

25. Narayanan A. The resilient individual: A personality analysis. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2008;34(Special Issue):110-8.
26. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*: Hachette UK; 2005.
27. Isen AM. Positive affect, systematic cognitive processing, and behavior: Toward integration of affect, cognition, and motivation. *Multi-level issues in organizational behavior and strategy*. 2003:55-62.
28. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking? metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003;17(2):181-95.doi:[10.1016/S0887-6185\(02\)00198-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00198-6)
29. Momeni Kh, Alikhani M. Relationship between family function, differentiation and resilience to stress, anxiety and depression in married women in Kermanshah. *Journal of Counseling and Family Therapy*. 2013;3(2):297-329.