MEJDS. 2017; 7:106.
Published online 2018 March. **Research Article**

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

*Mousa Riahi[1], Mahmoud Malekitabar[1], Kiumars Farahbakhsh[2], Ali Salary Esker[3]

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 Rajaee 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properlycited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷):۱۰۶.

انتشاربرخط اسفندماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی گروه‌درمانی آگاهی سیال بر تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول جسمی‌حرکتی

*موسی ریاحی،[۱] محمود ملکی‌تبار،[۱] کیومرث فرح‌بخش،[۲] علی سالاری اسکر[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی (ره)، تهران، ایران؛

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

۳. کارشناسی‌ارشد مشاورهٔ مدرسه، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه شهید رجایی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران دهکدهٔ المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی (ره).

***رایانامه:** mousariahi@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 گروه‌درمانی آگاهی سیال بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول جسمی‌حرکتی انجام شد.

روش‌بررسی: در این مطالعهٔ شبه‌تجربی تعداد سی مادر دارای کودک معلول جسمی‌حرکتی، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت 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. مداخلهٔ آزمایشی (درمان آگاهی سیال) بر روی گروه آزمایش، به‌مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و یک جلسه در هفته اجرا شد و پس از اتمام برنامهٔ آموزشی و یک ماه بعد از آن نیز از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برنامهٔ گروه‌درمانی آگاهی سیال باعث افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان معلول گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ($F=۴/۷$، $p<۰/۰۵$) که این نتایج در پیگیری یک‌ماهه حفظ شد ($t=۰/۶۰۹$، $p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی آگاهی سیال از کارآیی لازم برای افزایش تاب‌آوری مادران کودکان معلول جسمی‌حرکتی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: آگاهی سیال، تاب‌آوری، معلول جسمی‌حرکتی.

حق انتشارمحفوظ است©۱۳۹۵،مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله بادسترسی آزاداست که تحت مجوزاختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشرشده است که به شمااجازه می‌دهدکه موادمنتشرشده دراین مقاله راباشرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی،به‌طورغیرتجاری نسخه‌برداری وتوزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

۱ مقدمه

بر اساس آمارهای مختلف بین‌المللی، حدود ۲/۵ درصد از کل کودکان و دانش‌آموزان، دچار کم‌توانی ذهنی هستند و بر اساس جمعیت ۱۴میلیونی دانش‌آموزان، آمار آن‌ها در کشور ما حدود ۵۰۰هزار 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 روزانهٔ 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 مقایسهٔ 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، استرسِ داشتنِ فرزندی 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[1] 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 نتیجهٔ 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 برنامهٔ 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 برنامهٔ 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[2] برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزهٔ شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی‌کنندهٔ 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 به‌نوعی ارتباط تمرکززدایی‌شده[3] و توسعهٔ چشم‌اندازی متفاوت با افکار و هیجان‌ها، عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی است و همین عامل است که توانایی رهاشدن 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 دامنهٔ گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند.

تحقیقات نشان داده که درمان‌آگاهی سیال خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۶). همچنین مطالعات نشان داد که برنامهٔ 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 شناختی‌رفتاری‌زیستی متمرکز بر آگاهی، این پژوهش با هدف تأثیر این روش بر میزان تاب‌آوری در مادران کودکان معلول جسمی‌حرکتی[4] انجام شد.

---

1. Resilience
2. Mindfulness
3. Decentralized
4. Physical-motor disabilities

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

۲ روش‌بررسی

این مطالعهٔ شبه‌تجربی پس از تأیید استادان دانشگاه علامه طباطبایی تهران و اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان بر روی سی مادر که کودک دارای معلولیت ذهنی داشتند، انجام گرفت. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول جسمی‌حرکتی شهرستان بهارستان در استان تهران بود. معیارهای ورود به نمونه عبارت بود از: داشتنِ کودک دارای معلولیت جسمی‌حرکتی، داشتنِ سطح تحصیلات حداقل سیکل، داشتن وضع اقتصادی متوسط و تاب‌آوری پایین آنان. معیارهای خروج از نمونه عبارت بود از: استفاده از درمان‌های روان‌شناختی یا دارودرمانی برای مشکلات روحی و داشتن بیماری جسمی یا روحی دیگر. به‌منظور انتخاب اعضا، ابتدا از طریق چندین فراخوان، از مادرانی که فرزندان آن‌ها در مدارس و مراکز دانش‌آموزان با نیازهای ویژهٔ شهر گلستان (از توابع شهرستان بهارستان در استان تهران) مشغول به تحصیل بودند، دعوت به عمل آمد. از بین داوطلبان، کسانی انتخاب شدند که نمرهٔ آن‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین، در مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[1] (۲۰۰۳) بود (هفتاد نفر). از این عده به‌طور تصادفی سی نفر انتخاب شدند. سپس این سی نفر به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

این تحقیق از نوع کاربردی بود. طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. پس از انتخاب تصادفی گروه‌های آزمایش و کنترل، ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش موردمداخلهٔ آموزش آگاهی سیال قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان آموزش، از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از گذشت یک ماه، به‌منظور بررسی ثبات نتایج پژوهش، آزمون پیگیری از گروه آزمایش گرفته شد و با نتایج قبلی آن‌ها مقایسه گردید. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به آزمودنی‌ها اعلام شد که در هر مرحله از روند پژوهش در صورتی که راضی به همکاری نباشند، می‌توانند در ادامهٔ جلسات شرکت نکنند. همچنین در پایان پژوهش به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مشاورهٔ گروهی بر مبنای نظریهٔ آگاهی سیال در گروه کنترل نیز انجام شد. مداخلات مربوط به جلسات گروه‌درمانی آگاهی سیال در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و یک هفته در میان صورت گرفت که به‌اختصار در زیر آمده است.

- جلسهٔ اول: ارائهٔ قوانین اصلی گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر، ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی همراه با آن، ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ راهبردهای آگاهی سیال و اجرای تمرین آگاهی در لحظهٔ حال، به‌صورت گروهی.
- جلسهٔ 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 ارائهٔ مثال‌های متنوع، آموزش ثبت وقایع خوشایند و افکار و احساسات و حس‌های بدنی وابسته به آن.
- جلسهٔ سوم: آموزش دیدن یا شنیدن به‌صورت آگاهانه، تمرین مراقبهٔ نشسته (بازبینی بدن)، پاسخ‌گویی به سؤالات و واکنش‌های آزمودنی‌ها بعد از انجام‌دادن تمرین.
- جلسهٔ چهارم: گرفتن بازخورد و بررسی واکنش‌های آزمودنی‌ها، بازنگری تکالیف، آموزش حضور در زمان حال با اجازهٔ ورود افکار خودآیند و مزاحم مرتبط با تجارب آزاردهنده به ذهن، تمرین مواجهه با افکار و تصورات مزاحم با آگاهی سیال و کنترل تنفس.
- جلسهٔ پنجم: تمرین مراقبهٔ بدنی به همراه مواجهه با افکار و تصورات مزاحم، تجارب آزاردهنده با آگاهی سیال و کنترل تنفس.
- جلسهٔ ششم: بحث گروهی، تمرین مراقبهٔ بدنی به‌همراه مواجهه با افکار و کنترل تنفس، تمرین قدم‌زدن با آگاهی سیال، بازنگری تمرین، بررسی واکنش‌های آزمودنی‌ها.
- جلسهٔ هفتم: ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به حس تسلط، کفایت، پیشرفت و کنترل می‌انجامد و برنامه‌ریزی برای انجام‌دادن چنین فعالیت‌هایی.
- جلسهٔ هشتم: بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، تمرین فضای تنفس، ارائهٔ یک طرح نگه‌دارنده، تمرین مراقبهٔ بدنی.

به‌منظور سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به‌کار برده شد. کانر و دیویدسون این پرسش‌نامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱ ـ ۱۹۹۷ در زمینهٔ تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در گروه‌های ذیل انجام شده است: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیهٔ بیمارستان سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس را در ایران، محمدی در سال ۱۳۸۴ ترجمه کرد، انطباق داد و سپس هنجاریابی کرد (۲۰). برای تعیین روایی این مقیاس، نخست هم‌بستگی هر گویه با نمرهٔ کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبهٔ هم‌بستگی هر نمره با نمرهٔ کل به‌جز گویهٔ سه، ضریب‌های بین ۴۱درصد تا ۶۴درصد را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی، تحلیل عاملی شدند. پیش از استخراج عوامل بر پایهٔ ماتریس هم‌بستگی گویه‌ها، 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 انجام‌دادن تحلیل عامل را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۰).

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها در جدول (۱) ارائه شده است. بر اساس این نتایج، بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ در حالی که این تفاوت در پس‌آزمون معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$).

[1]. Connor KM& Davidson JRT

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

همچنین نتایج آزمون پیگیری نشان داد که این نتایج در مقایسه با پس‌آزمون تغییر معناداری نکرده و نتایج در آزمون پیگیری حفظ شده است (p>۰/۰۵).

جدول شمارهٔ ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل

اطلاعات توصیفی			میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره	حداقل نمره	مقدار p
تاب‌آوری	کنترل (n=۱۵)	پیش‌آزمون	۵۱	۸/۷	۶۶	۴۴	۰/۷۳۱
		پس‌آزمون	۶۰	۱۸/۳	۸۵	۳۳	
	آزمایش (n=۱۵)	پیش‌آزمون	۵۴	۱۰/۷	۶۶	۳۳	۰/۰۳۹
		پس‌آزمون	۷۲	۱۰/۱	۸۷	۵۵	
		پیگیری	۶۸	۱۶/۲	۸۶	۴۳	۰/۵۵۲

به‌منظور انجام‌دادن آنالیز کوواریانس، ابتدا از آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفهٔ تاب‌آوری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معناداری ندارد؛ بنابراین این پیش‌فرض به‌منظور انجام‌دادن آزمون کوواریانس برقرار است (p=۰/۲۱؛ F=۷/۶).

بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون، آنالیز کوواریانس مقایسهٔ میانگین‌های نمرات تاب‌آوری دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش و کنترل وجود دارد (p=۰/۰۳۹؛ F=۴/۷)؛ بنابراین فرضیهٔ پژوهش تأیید می‌شود؛ یعنی روش گروه‌درمانی آگاهی سیال باعث افزایش میزان تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است.

مقدار اندازهٔ اثر برابر با ۰/۵۵ به دست آمد؛ یعنی ۵۵درصد از تغییرات نمرات تاب‌آوری ناشی از اجرای روش درمانی است؛ به بیان دیگر، گروه‌درمانی آگاهی سیال باعث ۵۵درصد تغییر در نمرات تاب‌آوری شده است. در گروه آزمایش به‌منظور بررسی ماندگاری تأثیر گروه‌درمانی آگاهی سیال بر میزان تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول مقایسه‌ای بین آزمون پی‌گیری با نتایج پس‌آزمون با استفاده از آزمون t وابسته انجام شد و تفاوت معناداری ملاحظه نشد (p=۰/۵۵۲، t= ۰/۶۰۹)؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که تأثیر گروه‌درمانی آگاهی سیال بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول در آزمون پیگیری پایدار مانده است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر گروه‌درمانی آگاهی‌سیال بر تاب‌آوری مادران دارای فرزندان معلول جسمی‌حرکتی بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، فرضیهٔ پژوهش مبتنی بر تأثیر گروه‌درمانی آگاهی سیال بر میزان تاب‌آوری مادران تأیید شد و نتایج پس از یک ماه پیگیری همچنان باقی ماند. بنابراین یافتهٔ پژوهش حاضر، مؤثربودن برنامهٔ 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 تاب‌آوری معلمان و دانش‌آموزان دارد. همچنین کوهلیک (۱۸) در پژوهشی به این نتیجه رسید که تمرینات آگاهی سیال باعث بهبود ابعاد خودآگاهی[1] و تاب‌آوری می‌شود. مطالعات ولز (۲۱)، سمپل، لی ، رزا و همکاران (۲۲) نیز مؤید استفاده از سطوح بالای فراشناخت در افراد تاب‌آور است که این یافته با نتایج تحقیقات، زوست (۲۳) و کوهلیک (۱۸)، مبنی بر نقش فراشناخت و آگاهی سیال در افزایش تاب‌آوری نیز هم‌سو است. از طرفی چون درمان فراشناختی آگاهی سیال بر افزایش تاب‌آوری نقش داشته است، یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات بشارت و عباس‌پور دوپلانی (۲۴) و نارایانان (۲۵) هم‌سو است که نشان می‌دهد افراد تاب‌آور در توضیح رفتارها و انجام‌دادن تکالیف پیش‌رو بیشتر از فراشناخت کمک می‌گیرند و از تفکر فراشناختی[2] در هنگام تصمیم‌گیری بهتر بهره می‌برند که این یافته با نتایج تحقیقات کابات‌زین (۲۶)، ایسن (۲۷) ، جانک، کالامار، ریمن و هفلفینگر (۲۸) هم‌سو است. بر اساس نتایج، آموزش آگاهی سیال باعث افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک معلول می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه تاب‌آوری از طریق افزایش سرسختی روان‌شناختی و توان مقابله با مشکلات به سلامت روانی و جسمی افراد کمک می‌کند، درمان مبتنی بر آگاهی سیال با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظهٔ سرگذشتی می‌شود که به‌نوبهٔ خود ممکن است بازخوانی اختصاصی‌تری از حافظه را به همراه داشته باشد. این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند و موجب افزایش تاب‌آوری در فرد می‌شود.

توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته در ایران نشان می‌دهد مادران دارای کودکان ناشنوا و کم‌توان ذهنی از سلامت روانی کمتر و همین طور از استرس و افسردگی بیشتری رنج می‌برند (۵) و تاب‌آوری به‌طور معناداری با استرس و افسردگی هم‌بستگی دارد (۲۹)؛ ازاین‌رو از عللی که می‌توان استرس مادران را ناشی از آن دانست، با توجه به نظریهٔ فولکمن نحوهٔ ارزیابی آن‌ها از استرس‌های موجود است. آگاهی سیال از طریق افزایش هوشیاری لحظهٔ حاضر، روشی جدید و شخصی در

[1]. Consciousness

[2]. Metacognitive thinking

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

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 نمرهٔ 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 قابل‌تحمل باشد. این نحوهٔ تفسیر و نگاه به مشکلات، موجب مقابلهٔ 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 به‌نوبهٔ خود موجب رشد توانایی‌های بیشتر کودک خواهد شد.

تمرینات آگاهی سیال مثل مراقبهٔ شنیدن، مراقبهٔ 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 مشاهدهٔ 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، حافظهٔ فرد تنها رویدادهای منفی را بازیابی نمی‌کند؛ بلکه توجه فرد به‌سمت رویدادهای خنثی و جنبه‌های مثبت 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 باوجودِ کودک معلول کل اعضای خانواده درگیر هستند، پیشنهاد می‌شود برنامهٔ 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، برنامهٔ 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.

٦ تشکروقدردانی

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

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
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
4. Abbeduto L, Seltzer MM, Shattuck P, et al. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, orfragile X syndrome. American Journal on Mental Retardation. 2004;109:237-54. doi: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), Lifespandevelopmental 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
12. Steinhardt 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.56.44.445-454
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 meditationon mood and cardiovascular variable. J AlternComplement Med. 2010;16(8):867-73. doi:10.1089/acm.2009.0321
17. Flugel Colle KF, Cha SS, Loehrer L, Bauer BA. Wahner-Roedler DL. Measurement of quality oflife and participant experience with the mindfulness basedstress reduction program. ComplementaryTherapies inClinical Practice. 2010;16:36–40. doi: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
19. Meiklejohn J, Phillips C, FreedmanML, Griffin ML, BiegelG, RoachA, SaltzmanA. 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
20. MohammadiM. 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. NewYork, 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
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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]

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
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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.19.7]