

بررسی اثربخشی گروه درمانی آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری مادران کودکان استثنایی

موسی ریاحی^۱

محمود ملکی تبار^۲

کیومرث فرحبخش^۳

چکیده

با توجه به اینکه وجود کودک استثنایی موجب بروز مشکلات عمده ای از جمله کاهش تاب آوری والدین آنها می شود پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری مادران کودکان استثنایی انجام شد. در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۳۰ مادر دارای کودک استثنایی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و در هر گروه ۱۵ مادر جایگزین شدند. برای گردآوری داده ها از مقیاس تاب آوری استفاده شد. مداخله آزمایشی (درمان آگاهی سیال) بر روی گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای 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 آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از آزمون اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد، برنامه گروه درمانی آگاهی سیال باعث افزایش تاب آوری مادران کودکان استثنایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. گروه درمانی آگاهی سیال از کارآیی لازم برای افزایش تاب آوری مادران کودکان استثنایی برخوردار است.

واژگان کلیدی: آگاهی سیال، تاب آوری، مادران کودکان استثنایی.

۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی تهران. mousariahi@gmail.com

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۳- دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۱. مقدمه

بر اساس آمارهای مختلف بین المللی حدود ۲/۵ درصد از کل کودکان و دانش آموزان، دارای کم توانی ذهنی هستند و بر اساس جمعیت ۲۰ میلیونی دانش آموزان، آمار آنها در کشور ما حدود پانصد هزار نفر پیش بینی می شوند (افروز، ۱۳۷۹). مراقبت دائمی از کودک استثنایی^۱، اکثراً توأم با فشار روانی، ناامیدی و افسردگی است که سلامت روانی والدین را به صورت ناخواسته، تحت تأثیر قرار می دهد (اسدیل و گرین وود، ۲۰۰۳). مراقبت روزانه از کودک با نیازهای ویژه، انواع مختلف فشارهای روانی را بر والدین وارد می آورد که از آن جمله تخصیص وقت به برآوردن نیازهای کودک ناتوان، احساس گناه از کوتاهی هایی که در حین مراقبت صورت می گیرد، و گرفتاری های روزانه دیگر، از قبیل رسیدن به نیازهای پزشکی، روانی، و بازپروری کودک استثنایی در مدت زمان طولانی، که سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و شغلی والدین را تحت تأثیر قرار می دهند (السون، مارشال، مندل کو و آلفرد، ۱۹۹۹، اسدیل و گری نوود، ۲۰۰۳). در پژوهش های مختلف، شدت معلولیت ذهنی^۲ و هیجانی کودک و میزان فشار روانی و بیماری های روانی والدین، از قبیل افسردگی و اضطراب نشان داده شده است (بیکر، بلاچر، کرنیک و ادلبروک، ۲۰۰۲). تعداد قابل توجهی از خانواده ها از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول رنج می برند و باید با این واقعیت که کودکان شرایط خاصی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می کند، کنار آیند (برادفورد، ۱۹۹۷). مطالعات انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می شود (روچ و اورسمند، ۱۹۹۹، به نقل از تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). چرا که مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند. احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می تواند سبب گوشه گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی و اندوه در مادر شود که پیامد آن بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می گذارد (سالوویتا، ۲۰۰۳، گوپتا ۲۰۰۴). پژوهش های بسیاری به مقایسه ابعاد سلامت روان و رضایت از زندگی مادران کودکان عادی و استثنایی پرداخته اند و نشان داده اند که میزان سازش یافتگی اجتماعی (کوهسالی، میرزمانی، کریملو، ۱۳۸۶)، سلامت روانی (راید-برانت ۱۹۹۰، به نقل از نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶) و رضایت زناشویی (دینی ترکی، بهرامی، داورمنش و بیگلریان، ۱۳۸۹) در مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان عادی است در حالی که میزان فشار روانی (خوشابی، فرزاد فرد، کاکاسلطنی، پوراعتماد و نیک خواه، ۱۳۸۹؛ دینی ترکی و همکاران، ۱۳۸۹) تنیدگی فرزندپروری (خرم آبادی، پوراعتماد، طهماسبیان و چیمه، ۱۳۸۸) و استفاده از راهبرد مقابله ای هیجان محور هنگام مقابله با تنیدگی ها (رجبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب، ۱۳۸۸) در مادران کودکان استثنایی به مراتب بیشتر از مادران گروه عادی است.

زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای زوجین درک شده و می تواند همه جنبه های زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می باشد، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت، مادرانی که فرزند استثنایی دارند، تحت استرس هایی چون نگهداری، کنترل و تربیت کودک استثنایی، استرس داشتن فرزندی با علائم ناتوانی جسمی و ذهنی، قرار دارند که این استرس ها می تواند به تدریج موجب فرسودگی یا دلزدگی زناشویی در آنها شود. به تدریج افراد شروع به فشار عاطفی، فرسودگی و خستگی می کنند (اوگستن و همکاران، ۲۰۱۱).

1. Exceptional Children

2. Mental impairment

در این میان یکی از عواملی که می تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان شناختی را افزایش دهد، تاب آوری^۱ می باشد، تاب آوری ظرفیت افراد در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواریهای زندگی است.

از طرفی، برخی از پژوهش ها نیز نشان داده اند که احساس یکپارچگی و تاب آوری در والدین کودکان دارای شرایط خاص، مانند کم توانی ذهنی، از والدین کودکان عادی پایین تر است و نیازمند مداخله هایی در این زمینه هستند (گروهولت، استیگام، نوردهاجن و کهلر، ۲۰۰۳). برخی پژوهش ها به این نتیجه رسیده اند که تاب آوری، سرسختی روانی و سازگاری برخی افراد و خانواده ها در مواجهه با پدیده های استرس زا نسبت به برخی دیگر، بیشتر است (هاگلوند و همکاران، ۲۰۰۷، پیلیبس، ۲۰۱۱). در سالهای اخیر نیز «حرکت روان شناسی مثبت» مانند (سلیگمن و سکینزنت میهالی، ۲۰۰۰) بر مطالعه نقش قابلیتها و تواناییهای بشر مخصوصاً در زمینه های بالینی، تأکید کرده است. «تاب آوری در واقع فرآیند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز، علی رغم شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده است» (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۱). اگرچه تاب آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز نتیجه تجربه های محیطی افراد است، ولی انسانها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواریها تغییر داد، به طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط، غلبه کنند (کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۵، کورهونن، ۲۰۰۷).

همچنین استنسا، هیجر و استالن (۲۰۰۷) دریافتند که آموزش تاب آوری استفاده از راهبردهای کنارآمدن مؤثر مانند راهبردهای فعال، جست وجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت را در بین افراد افزایش و راهبردهای کنار آمدن منفی مانند واکنش های افسردگی، راهبردهای منفعلانه و اجتنابی را کاهش می دهد و باعث کاهش افسردگی می شود. در پژوهش دیگری استینهارد و دولبی (۲۰۰۸) دریافتند که برنامه افزایش تاب آوری، باعث افزایش راهبردهای مقابله ای مؤثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خودرهبری، و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می شود.

در پژوهش کاوه (۱۳۸۸) که بر روی مادران دارای فرزندان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی انجام شده است نتایج نشان دادند که میزان تاب آوری والدینی که تحت آموزش برنامه تاب آوری قرار گرفته اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته اند بیشتر و میزان استرس والدینی آنها کمتر بوده است. همچنین افراد با تاب آوری پایین در معرض خطرات بیشتری از نظر مشکلات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، اختلالات رفتاری، خشونت، مصرف سیگار و مواد مخدر و انجام فعالیت های جنسی مهار نشده قرار دارند (یو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین از آنجا که تاب آوری مادران کودکان استثنایی نقش مهمی در کاهش افسردگی، استرس و بهبود کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف دارد اجرای برنامه ها و مداخلات گوناگون جهت افزایش تاب آوری مادران کودکان استثنایی ضروری به نظر می رسد.

درمان مبتنی بر آگاهی سیال^۲ برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش بینی کننده عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). بنیان گزاران شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی سیال با بررسی عوامل مؤثر رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی به این یافته دست یافتند که کار کردن مکرر با محتوای افکار و گرایش های اجتنابی عادت به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می شود، به عبارت دیگر آن ها پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط "تمرکز زدایی

شده" و توسعه چشم اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان ها عامل اصلی تأثیر درمان های شناختی می باشد و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه های خلق پایین را از بین می برد (کرین، ۲۰۰۹). در واقع آگاهی سیال شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می باشد. افراد آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانان و تجربه ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند.

تحقیقات نشان داده اند که درمان آگاهی سیال خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد (زایدن و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش آگاهی سیال بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد (بهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر آگاهی سیال به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (گلدین و گروس، ۲۰۱۰). همچنین مطالعات نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر آگاهی سیال در بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل و همکاران، ۲۰۱۰)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه های فیزیکی پایین (کیویت و همکاران، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. درمان مبتنی بر آگاهی سیال در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیش گیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پس از استرس ضربه ای و سایر اختلالات مؤثر می باشد (جهانگیرپور و همکاران، ۱۳۹۲، عبدالقادی و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس تحقیقات، آگاهی سیال افراد، توان پیش بینی سلامت عمومی، سازگاری زناشویی و اشتیاق برای برقراری ارتباط را دارد (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۹). با توجه به شیوع تاب آوری پایین در میان مادران کودکان استثنایی و از طرفی با عنایت به موفقیت های روش درمانی آگاهی سیال در درمان اختلالات روانی و لزوم درمان یا کاهش این مشکل از طریق به کارگیری رویکرد شناختی - رفتاری - زیستی متمرکز بر آگاهی این پژوهش در جهت بررسی تأثیر این روش بر افزایش تاب آوری در مادران کودکان استثنایی انجام شد.

۲. روش پژوهش

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید اساتید دانشگاه علامه طباطبایی تهران و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان بر روی ۳۰ مادر که کودک دارای معلولیت ذهنی داشتند انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک استثنایی شهرستان بهارستان در استان تهران بود. معیارهای ورود به نمونه شامل دارا بودن کودک دارای معلولیت اعم از ذهنی و جسمی، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل سیکل، دارا بودن وضع اقتصادی متوسط و تاب آوری پایین آنان تشخیص داده شد. معیارهای خروج از نمونه شامل استفاده از درمان های روان شناختی یا دارو درمانی برای مشکلات روحی و داشتن بیماری جسمی یا روحی دیگری بودند. به منظور انتخاب اعضاء، 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. ۲۲۲ نفر از آن ها جهت شرکت در مطالعه اعلام آمادگی کردند. از بین داوطلبان، کسانی که نمره آن ها یک انحراف معیار پایین تر از میانگین، در مقیاس تاب آوری بود انتخاب شدند (تعداد ۷۰ نفر). از این عده به طور تصادفی تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند.

طرح این تحقیق از نوع کاربردی است. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. 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 انجام شد.

پس از انتخاب نمونه ها بر اساس معیارهای موردنظر، در رابطه با هدف پژوهش و امانت داری در حفظ اطلاعات و کسب رضایت کتبی شرکت در مطالعه، اقدامات و توضیحات لازم به عمل آمد. به خاطر رعایت اصول اخلاقی به آزمودنی ها اعلام شد که در هر مرحله از روند پژوهش در صورتی که راضی به همکاری نباشند، می توانند در ادامه جلسات شرکت نکنند. پس از انتخاب تصادفی گروه های آزمایش و کنترل، مداخله آزمایشی (درمان آگاهی سیال) بر روی گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و یک جلسه در هفته اجرا شد و پس از اتمام برنامه آموزشی نیز پرسشنامه تاب آوری برای هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعد، یک ماه پس از آموزش به درب منزل آنان مراجعه و از آنان خواسته شد مجدداً به پرسشنامه تاب آوری پاسخ دهند.

مداخلات مربوط به جلسات گروه درمانی آگاهی سیال در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و یک هفته در میان صورت گرفت که به اختصار در زیر آمده است.

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

جلسه دوم: پس از اجرای تمرین بازبینی بدنی و آگاهی از تنفس به توضیح ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار با استفاده از مدل شناختی و ارایه 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)، پاسخگویی به سؤالات و واکنش های آزمودنی ها بعد از انجام تمرین.

جلسه چهارم: گرفتن بازخورد و بررسی واکنش های آزمودنی ها، بازنگری تکالیف، آموزش حضور در زمان حال با اجازه ی 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 ی بدنی به همراه مواجهه با افکار و کنترل تنفس، تمرین قدم زدن با آگاهی سیال، بازنگری تمرین، بررسی واکنش های آزمودنی ها.

جلسه هفتم: ارایه ی توضیحاتی پیرامون ارتباط بین فعالیت و خلق. تمرین مشاهده ی ارتباط بین فعالیت و خلق. تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس تسلط، کفایت، پیشرفت و کنترل می شود. برنامه ریزی برای انجام چنین فعالیت هایی.

جلسه هشتم: بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، تمرین فضای تنفس، ارایه ی یک طرح نگهدارنده، تمرین مراقبه ی بدنی.

ابزار اندازه گیری: پرسشنامه تاب آوری کونر و دیویدسون برای سنجش تاب آوری، مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون به کار برده شد. کونر و دیویدسون این پرسش نامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه 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 انجام شده است. پرسشنامه تاب آوری کونر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه سه، ضریب های بین ۴۱٪ تا ۶۴٪ را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش مؤلفه های اصلی، تحلیل عاملی شدند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار کای دو در آزمون بارتلت برابر با ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمد (محمدی، ۱۳۸۴).

۳. یافته ها

میانگین و انحراف معیار تاب آوری آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون ها در جدول شماره (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 و آزمون پیگیری معنی دار بود ($p < 0/05$).

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	تعداد
کنترل	پیش آزمون	۵۱	۸/۷	۶۶	۱۵
	پس آزمون	۶۰	۱۸/۳	۸۵	۱۵
تاب آوری آزمایش	پیش آزمون	۵۴	۱۰/۷	۶۶	۱۵
	پس آزمون	۷۲	۱۰/۱	۸۷	۱۵
	پیگیری	۶۸	۱۶/۲	۸۶	۱۵

به منظور بررسی تساوی خطای واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه تاب آوری از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس داده های جدول ۲، نتایج این آزمون نشان می دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند، بنابراین این پیش فرض جهت انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است.

جدول شماره (۲): نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر	f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تاب آوری	۷/۶	۱	۲۸	۰/۲۱۰

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین های نمرات تاب آوری دو گروه در مرحله پس آزمون بعد از کنترل متغیر پیش آزمون

مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	اندازه اثر
۲۶/۸	۱	۲۶/۸	۰/۱۱۹	۰/۷۳۳	۰/۰۰۴	۰/۰۶۳
۱۰۶۷/۷	۱	۱۰۶۷/۷	۴/۷	۰/۰۳۹	۰/۱۴۹	۰/۵۵۴
۶۱۰۰/۰۸	۲۷	۲۲۵/۹				
۷۲۶۵/۴	۲۹					

همانگونه که در جدول شماره (۳) نشان داده شده است، مقدار F برابر ۴/۷ جهت تفاوت بین گروهها (آزمایش و گواه) در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۳۹$) معنی دار می باشد. بدین معنا که تفاوت معناداری (با کنترل عامل پیش آزمون) بین نمرات تاب آوری گروه آزمایش و گواه وجود دارد. پس فرضیه پژوهش نیز تأیید می گردد یعنی روش گروه درمانی تعهد و پذیرش باعث افزایش میزان تاب آوری در گروه آزمایش شده است.

مقدار اندازه اثر برابر با ۰/۵۵ می باشد، یعنی ۵۵ درصد از تغییرات نمرات تاب آوری ناشی از اجرای روش درمانی می باشد، به بیان دیگر تعهد و پذیرش درمانی باعث ۵۵ درصد تغییر در نمرات تاب آوری گردیده است.

جدول شماره (۴): آزمون پیگیری آگاهی سیال بر روی تاب آوری از آزمون T وابسته

میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	T	درجات آزادی	سطح معناداری
۳/۴	۲۲/۰۲	۵/۶	۰/۶۰۹	۱۴	۰/۵۵۲

همان طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می شود، میزان تاب آوری مادران دارای فرزند استثنایی در آزمون پی گیری نسبت به نتایج پس آزمون تفاوت معناداری را نشان نمی دهد ($t = ۰/۶۰۹$, $p = ۰/۵۵۲$). بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که نتایج گروه درمانی آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند استثنایی در آزمون پی گیری حفظ شده است.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری مادران دارای فرزندان استثنایی بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه پژوهش مبتنی بر تأثیر آموزش آگاهی سیال بر افزایش تاب آوری مادران تأیید و نتایج پس از یک ماه پیگیری هم چنان باقی ماند، بنابراین یافته پژوهش حاضر مؤثر بودن برنامه آموزش آگاهی سیال را برای مادران دارای کودک استثنایی تأیید کرد. در تأیید این فرضیه جان میک لی جان و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه نایل آمد که آگاهی سیال نقش مهمی در پرورش تاب آوری معلمان و دانش آموزان دارد، همچنین دیانا کوهلیک (۲۰۱۱) در پژوهشی به این نتیجه رسید که تمرینات آگاهی سیال باعث بهبود ابعاد خودآگاهی و تاب آوری می شوند. مطالعات ولز (۲۰۰۹)، راندی و همکاران (۲۰۱۰) نیز مؤید استفاده از سطوح بالای فراشناخت در افراد تاب آور

می باشد که این یافته با نتایج تحقیقات کابات زین (۲۰۰۵)، زوست (۲۰۱۰)، دینا کوهولیک و همکاران (۲۰۱۲)، مبنی بر نقش فراسناخت و آگاهی سیال در افزایش تاب آوری نیز همسو می باشند.

بر اساس نتایج، آموزش آگاهی سیال منجر به افزایش تاب آوری در مادران دارای کودک استثنایی می شود. در تبیین این یافته می توان گفت که با توجه به این که 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 می تواند بازخوانی اختصاصی تر 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 افتند کمک می کند (سگال و تیزدل، ۲۰۰۴). با توجه به پژوهش های صورت گرفته در ایران که نشان می دهد مادران دارای کودکان ناشنوا و کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تر و همینطور استرس و افسردگی بیشتری رنج می برند (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶). از آنجا که تاب آوری به طور معنی داری با استرس و افسردگی همبستگی دارد (مؤمنی و علیخانی، ۱۳۹۲)، از عللی که می توان استرس مادران را ناشی از آن دانست با توجه به نظریه فولکمن نحوه ارزیابی آنها از استرس های موجود می باشد (فولکمن، ۱۹۸۴). آگاهی سیال از طریق افزایش هشیاری لحظه حاضر روشی جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می کند. استرس های محیط بیرونی بخشی از زندگی هستند و غیر قابل تغییرند، اما روشهای مقابله با استرس و نحوه پاسخ دهی به استرس ها می تواند تغییر کند (فلوگل، ۲۰۱۰). انتظار می رود با انجام تمرینات منظم آگاهی سیال تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت، همانطور که در پژوهش حاضر نشان داده شد منجر به افزایش تاب آوری در مادران دارای فرزند استثنایی شود. والدینی که نمره بالایی در تاب آوری دارند در مقابله با رویدادهای استرس زای زندگی موفق عمل می کنند و با توانمندی که دارند رویدادهای استرس زای زندگی را به گونه ای تفسیر می کنند که برایشان قابل تحمل باشد. این نحوه تفسیر و نگاه به مشکلات موجب مقابله مؤثر با آن می شود و از تضعیف سیستم ایمنی و آسیب پذیری افراد پیشگیری می کند و سلامت روانی و جسمی آنان را به همراه دارد. در پرتو سلامت روانی، میزان موفقیت آنان در برخورد با مشکلات کودک ناتوان افزایش می یابد. این امر از یک طرف سازگاری والدین با وضع موجود را بیشتر می کند که خود موجب تأمین بهداشت روانی والدین شده و از طرفی توان آنان را در رویارویی با مسائل مختلف کودک ناتوان افزایش می دهد که به نوبه ی خود موجب رشد توانایی های بیشتر کودک خواهد شد.

رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه آگاهی سیال است (فلوگل، ۲۰۱۰). در واقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با تاب آوری و به دنبال آن بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد (نیکلیک و همکاران، ۲۰۰۸، میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۱). تمرینات آگاهی سیال مثل مراقبه شنیدن، مراقبه خوردن، بازیابی بدن و تمرینات تنفسی باعث آگاهی فرد از دنیای درون خود و همچنین آگاهی نسبت به حواس پنج گانه اشان می گردد. در کنار این آگاهی، مادران یادگرفتند که به عنوان 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 بازیابی نمی کند بلکه توجه فرد به سمت رویدادهای خنثی و جنبه های مثبت خود، دنیا و دیگران نیز افزایش پیدا می کند و این امر احتمالاً منجر به افزایش تاب آوری مادران می گردد. تمرینات آگاهی سیال به مادران یاد می دهد که افکار و هیجانات خود را مشاهده نمایند و کشف کنند که چگونه این افکار با واقعیت مرتبط می باشند. این نگرش به آنها کمک می کند که تصویری بسازند که بیشتر با واقعیت مرتبط باشد.

آگاهی از توانایی ها و ناتوانی های فردی که جزء ویژگی های سیستم آگاهی سیال محسوب می گردد، باعث بسیج انگیزه و مبادرت به یک رشته اعمال برای تفوق در تکلیف خاص می گردد. قبل از اینکه فرد، کاری را انتخاب کند و تلاش خود را آغاز نماید، ابتدا اطلاعاتی در مورد ظرفیت ها و قابلیت های خود در آن مورد خاص جمع آوری و ارزیابی می نماید. انجام این مرحله به او این فرصت را می دهد تا آگاهانه بر بازبینی خود دست یابد که آیا در مواجهه با مشکلات قدرت سازگاری برای انجام رفتار خاص را دارد یا خیر؟ همچنین مشخص نماید علیرغم مشکلات موجود چقدر تلاش خواهد کرد و چه مدت به تلاش خود در زمینه خاص ادامه خواهد داد. در این شرایط افراد به خود - اثربخشی کافی (ویژگی تاب آوری) خواهند رسید، قادرند به طور مؤثرتری از عهده رویدادهای ناخوشایند یا پیچیده زندگی خود برآمده در نهایت خوشبینی و مثبت اندیشی در فرآیند تاب آوری فعال می شود. با رسیدن به این مرحله افراد در کوشش های خود ثابت قدم ترند، اعتماد بیشتری به توانایی های خود دارند، در امواج تردیهای خود غرق نمی شوند، در انجام تکالیف پشتکار دارند و غالباً نتیجه عملکرد آنان در سطح بالایی است.

همان گونه که مشاهده شد، برنامه مداخله ای پژوهش حاضر، موجب اثر معنی دار بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک استثنایی شد بنابراین به نظر می رسد هدف اصلی و مهم پژوهش که کمک به مادران دارای کودک استثنایی بود، تحقق یافت. با این وجود، پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود. از جمله اینکه پژوهش حاضر در مناطق شهری استان تهران انجام گرفت بنابراین تعمیم نتایج به نمونه های دیگر باید با احتیاط انجام پذیرد.

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش، آزمون های مداخله و کاغذی بوده اند و آزمون های مذکور در هر سه مرحله اندازه گیری استفاده شده اند، که می تواند حساسیت آزمودنی ها را برانگیخته کند. به همین دلیل، در پژوهش های بعدی استفاده از مشاهده و مصاحبه برای جمع آوری داده ها پیشنهاد می گردد. همین طور با توجه به این که کل اعضای خانواده با وجود کودک استثنایی درگیر هستند پیشنهاد می گردد که برنامه آموزش آگاهی سیال بر روی پدران دارای فرزند استثنایی و همینطور خواهران و برادران کودکان استثنایی انجام بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله سپاس ویژه را از حضور تمام مادران تقدیم می داریم که بدون همکاری ایشان انجام این پروژه مقدور نبود.

منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته گام. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بخشی پور رودسری، عباس؛ محمدپور، وهاب؛ غلامزاده، مجتبی؛ اسماعیلی انامق، بهمن (۱۳۸۹). پیش بینی سلامت عمومی، سازگاری زناشویی و اشتیاق برای برقراری ارتباط بر اساس ذهن آگاهی افراد. مجله روان شناسی معاصر: ۳ (۵) ۱۴۲-۱۴۳.
- تاجری، بیوک و بحیرایی، احمدرضا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ی استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی در مادران. پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، ۸ (۸۷)، ۲۲۴-۲۰۵.
- جهانگیری، مهسا؛ موسوی، ولی الله؛ خسروجاوید، مهناز؛ سالاری، ارسلان؛ رضایی، سجاد (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، خصومت و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب. مجله پزشکی ارومیه، ۹ (۲۴)، ۷۳۹-۷۳۰.
- خرم آبادی، راضیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ طهماسبیان، کارینه و چیمه، نرگس (۱۳۸۸). مقایسه ی استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با مادران کودکان بهنجار. فصل نامه ی خانواده پژوهی، ۵، ۱۹-۵.
- خوشابی، کتایون؛ فرزادفرد، سیده زینب؛ کاکاسلطانی، بابک؛ پوراعتماد، حمیدرضا و نیک خواه، حمیدرضا (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و مقایسه ی آن با مادران کودکان عادی. فصل نامه ی خانواده پژوهی ۶ (۲۱)، ۹۷-۸۷.
- دینی ترکی، نورالله؛ بهرامی، هادی؛ داورمنش، عباس و بیگلریان، اکبر (۱۳۸۷). رابطه فشار روانی با رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ی ذهنی. توانبخشی، ۷ (۴)، ۴۶-۴۱.
- رجیبی دماوندی، گیلدا؛ پوشنه، کامبیز و غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). رابطه ی ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در والدین کودکان با اختلال های طیف اوتیسم. پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، ۹ (۲)، ۱۴۴-۱۳۳.
- عبدالقادری، ماریه؛ کافی، سید موسی؛ صابری، عالیا؛ آریا پوران، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی سیال و شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۱ (۶)، ۸۰۷-۷۹۵.
- کوهسالی، معصومه؛ میر زمانی، سید محمود؛ کریملو، مسعود و میرزمانی، منیره سادات (۱۳۸۷). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. مجله ی علوم رفتاری، ۲ (۲)، ۱۷۲-۱۶۵.
- کاوه، منیژه (۱۳۸۸). «تدوین برنامه افزایش تاب آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف» پایان نامه دکتری در رشته روان شناسی استثنایی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی علامه طباطبایی.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد پایان نامه ی دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. تهران.
- مؤمنی، خدامراد، علیخانی، مصطفی (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایزیافتگی خود و تاب آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال سوم شماره ۲.

– میکاییلی، نیلوفر؛ مختاریپور حبشی، الهام؛ میسمی، سهیلا. نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. یافته های نو در روان شناسی، سال هفتم، شماره ۲، ۱۷-۵.

– نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصلنامه ی اصول بهداشت روانی، ۳۳ و ۳۴، ۲۴-۱۵.

- **Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K., & Edelbrock, C. (2002).** Behavior problems and parenting stress in families of three years-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- **Bohlmeijer, E., prenger, R.,Taal, E., & cuijpers, P. (2010).** the effect of mindfulness based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease : A meta analysis. *J psychosom Res*,17,539-544.
- **Bradford, Y. (1997).** Psychological well-being and coping in mothers of youths with Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal of mental Retardation*, 109(3), 237-254.
- **Diana A. Coholic(2011).** 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(2012). *Child & Youth Care Forum*. August 2011, Volume 40, Issue 4, pp 303-317.
- **Esdaile, S. A., & Greenwood, K. (2003).** A comparison of mother's and father's experience of parenting stress and attributions for parent- child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10, 112-115.
- **Flugelcolle, K., Vincent Acha, ss., Loehrer, LL., Bauer, BA., & Wahner-Roedler, DL. (2010).** Measurment of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Therapy Clinical*
- Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a therotical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839-52.
- **Garnezy, N., & Masten,(1991)** A. The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M.Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress. and coping*. Hillsdale, NJ: 151-174.
- **Goldin, P.R., & Gross, J. J (2010).** effect of mindfulness based stress reduction on emotion regulation in social anxiety disorder. *emotion*, 21, 83-91.
- **Groholth, E., Stigum, H., Nordhagen, R. & Kohler, L. (2003).** Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, 13(3), 195-201.
- **Gupta, A. & Singhl, N. (2004).** Positive Perceptions in Parents of children with disability. *Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-34.
- **Haglund ME M, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS (2007).** Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Dev Psychopathol*. 19(3):889-920.
- **John Meiklejohn, Catherine Phillips, M. Lee Freedman, Mary Lee Griffin, Gina Biegel, Andy Roach, Jenny Frank, Christine Burke, Laura Pinger, Geoff Soloway, Roberta Isberg, Erica Sibinga, Laurie Grossman, Amy Saltzman.(2012).** Integrating Mindfulness Training into K-12 Education: Fostering the Resilience of Teachers and Students. *mindfulness*,Volume 3, Issue 4, pp 291-307.
- **Kieviet-stinjen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, H. (2008).** Mindfulness-based stress reduction, training for oncology patients: patients appraisal and changes in well-being. *patient education and counseling*, 72 (3), 436-442.
- **Kordich-Hall, D. & Pearson, J. (2005).** Resilience, giving children the skills to bounce back. *Journal of Education and Health*, 23(1), 12-15.
- **Korhonen, M. (2007).** Resilience: overcoming challenges and moving on positively. (N. Keeninak, Trans). Ottawa: National Aboriginal Health Organization.

- **Ogeston, Paula, L., Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara, J. (2011)**, Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- **Olsen, S., Marshall, E., Mandeleco, B., & Alferd, K. (1999)**. Support, communication and hardiness in families with children with disabilities. *Journal of Family Nursing*, 5, 275 – 291.
- Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation). Michigan: The University of Michigan; 2011. Practice, 76 (6), 36-40.
- **Randy J. Semple, Jennifer Lee, Dinelia Rosa, Lisa F. Miller(2010)**. 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*, Volume 19, Issue 2, pp 218-229.
- **Salovita T. Ltalinna M. & Leinonen E. (2003)**. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. A Double ABCX Model. *Journal Intellectual Disability Research*, 47, 103-120.
- **Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002)**. Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press: 121-145.
- **Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000)**. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- **Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007)**. Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- **Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008)**. Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- **Yu XN, Lau JT, Mak WW, Zhang J, Lui WW, Zhang J (2011)**. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Compr Psychiatry*. 2011 Mar-Apr; 52(2): 218-24.
- **Nyklíček I, Karlijn F, Kuijpers M. A (2008)**. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *ann. behav. Med*; 35:331 – 340.
- **Kabat-Zinn, J. (2005)**. *Coming to our senses: Healing ourselves and world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- **Zust, J. Chaplain, (2010)**. *Acognitive path through resiliency*. New York: Hyperion.
- **Wells, A.(2009)**. *Metacognitive Thrapy for Anxiety and depression*.The Guilford Press.
- **Zeidan F, Jounson SK, Gordon NS, Goolkasian (2010)**. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variable. *J Altern Complement Med*;16(8): 867-73.
- **Segal ZV, Teasdale J, Williams JMG.(2004)**. Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S.C.
- **Flugel Colle, K F. Cha, S S. Loehrer, L. Bauer, B A. Wahner-Roedler, D L(2010)**. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulnessbased stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 16 (2010) 36–40.
- **Crane R(2009)**. *Mindfulness-based cognitive Therapy*. New York: Rout ledge; 167-180.
- **Diana Coholic, Mark Eys, Sean Lougheed. (2012)**. Investigating the Effectiveness of an Arts-Based and Mindfulness-Based Group Program for the Improvement of Resilience in Children in Need. *Journal of Child and Family Studies*, Volume 21, Issue 5, pp: 833-844.