

## اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت روان مادران دارای کودک معلول ذهنی

رقیه چراغ پور خنکدار<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، ایران، ساری

### چکیده

وجود کودک عقب مانده ذهنی در هر خانواده، تاب آوری و سلامت روان اعضاء خانواده به ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می دهد و مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین و به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به روحی و روانی قرار می دهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت روان مادران دارای کودک معلول ذهنی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل می باشد و جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران دارای فرزند معلول ذهنی شهرستان قائمشهر تشکیل دادند، با استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس ۳۰ نفر از مادران کودکان معلول ذهنی انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. گردآوری داده ها توسط پرسشنامه های تاب آوری کانر و دیویدسن (CD-RIS) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ) انجام شد و بر اساس پروتکل آموزش ذهن آگاهی اجرا شد. همچنین داده ها با روش آماری توصیفی و استنباطی، تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار Spss26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که در مجموع تفاوت معنادار بین نمرات دو پرسشنامه تاب آوری و سلامت روان در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در مادران دارای کودک معلول ذهنی وجود دارد. نتیجه می گیریم که ذهن آگاهی باعث افزایش میزان تاب آوری و سلامت روان در مادران دارای کودکان معلول ذهنی می شود.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، تاب آوری، سلامت روان، معلول ذهنی.

## مقدمه

تولد کودک معلول به عنوان یک بحران، می تواند به شکل عمیق بر ارتباط ها و کنش های خانواده اثر بگذارد. به علت وجود این کودکان، خانواده ها و اعضای آن، بار هیجانی بسیار سنگینی را تحمل میکنند، حدود سه درصد از کل جمعیت هر کشور را کودکان استثنایی تشکیل میدهند (ویز، ۲۰۱۸) از میان کودکان استثنایی، کم توانی ذهنی اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارتهای انطباقی مشخص میگردد. سن شروع کم توانی ذهنی زیر ۱۸ سال است. کم توانی ذهنی به این صورت تعریف میشود، عملکرد شناختی که بر اساس آزمون استاندارد هوش، معادل دوانحراف معیار زیر میانگین جمعیت عمومی باشد (کوچینک و همکاران، ۲۰۱۶). به طور کلی، تولد فرزند سازگاریهای جدیدی را در خانواده طلب میکند، درحالی که، تولد کودک با ناتوانی ذهنی، علاوه بر مشکلات ویژه ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین و به ویژه مادران تحمیل میکند (پاموکا، ۲۰۱۶). زیرا مادران این کودکان در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را به مراقبت از فرزند خود اختصاص میدهند و به علت شرایط و مسئولیتهایی که این کودکان از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، تحت تنش و آسیبهای روانی بیشتری قرار میگیرند (ستینباکیس، باستوگ و اوزل کیزیل، ۲۰۲۰). یکی از مهمترین دلایل آسیب پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آنها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران می باشد. این امر باعث وابستگی بیشتر فرزند به مادر شده و اغلب فرزندان تحت تاثیر حالات عاطفی مادران قرار می گیرند. از سوی دیگر مادران احساس مسئولیت بیشتری در تربیت و پرورش فرزندان از خود نشان داده و اغلب گرفتار مشکلات فرزندان خود می باشند (وود، باتنگر، ۲۰۱۵). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی خانواده را تهدید می کند و تاثیر منفی بر آنها می گذارد. اغلب افراد این خانواده ها دچار بیماری های خود ایمنی، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، انزوای اجتماعی، اختلالات خواب و افسردگی هستند (مادلین، جونا، آنجلا، باربارا، ۲۰۱۵). از جمله عواملی که به افراد در برخورد و سازگاری با موقعیتهای دشوار و تنش زای زندگی کمک میکند و افراد را در برابر اختلالهای آسیب شناختی و دشواریهای زندگی در امان نگه می دارد، تاب آوری است. تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه ی روانشناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای سازگاری مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار گفته میشود (لاتار و چیچی، ۲۰۰۰؛ ماستن، ۲۰۰۱). و جایگاه ویژه ای در حوزه های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد (کمپل سیلز و همکاران، ۲۰۰۶). تاب آوری به مهارتها و توانمندیهایی اشاره دارد که فرد را قادر می سازد با سختی ها، مشکلات و چالش ها سازگار شود. هر چند برخی از ویژگیهای تاب آوری قابل آموزش میباشد، با یک جمع بندی کلی میتوان تاب آوری را شامل موارد زیر دانست: حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواریها و خلاص شدن از موانع درونی (آلورد، بوگار، هولس کیلاکی ۲۰۰۶). مفهوم تاب آوری، فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است (بونانو، ۲۰۰۴). از آنجا که تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس زای زندگی کمک میکند، لذا به نظر میرسد این عامل در سلامت روانی و مواجهه با مشکلات جسمی و روانی ناشی از زندگی با کودک ناتوان ذهنی موثر باشد (هادی تبار، نبوی نژاد، اهقار، ۲۰۱۲). سلامت روانی عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیتهای اجتماعی و توانایی سازگاری با آنها و شکوفایی استعدادهای ذاتی (بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت آبادی، ۱۳۹۰) سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارضهای هیجانی و تمایلات شخصی خود تعریف می کند. به عبارت دیگر بهداشت روان حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان میشود و به فرد کمک میکند که با خود و دیگران سازگاری داشته

باشد. هدف اصلی سلامت روان کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کاملتر، شادتر، هماهنگ تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (چرخچی ها، ۱۳۹۴). به طور کلی دستیابی به سلامت روانی، نیاز اصلی هر انسان است، امروزه برای کاهش تنش و اضطراب و حتی درمان بیماری ها از روش های مختلفی، مثل آرام سازی و مراقبه استفاده می شود (موسوی، موحدنیا، ۱۳۹۰). عدم کنترل فکر و مشغولیت به افکار منفی که فرد به صورت وسواسی به آن میپردازد سلامت روان فرد را تحت تاثیر خود قرار میدهد. سلامت روان به واسطه ی داشتن مکانیسمهای شناختی سازگار در برابر هیجانات منفی موجب میشود که فرد در برابر حوادث و ناکامیها، اشتغال ذهنی کمتر، تفکر منطقی بهتر و تفسیر صحیحی به آن چه که در لحظه به لحظه ی حال اتفاق می افتد نشان دهد (عبدی، جلیل باباپور، اسکویی، ۱۳۸۸). حضور ذهن یا ذهن آگاهی، از جمله مداخلات درمان های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد میشود؛ و توجه به طریقی خاص، معطوف به زمان حال و بدون داوری تعریف میشود (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۹). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیو های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (لدوینگ، کابات زین، ۲۰۰۸). تمرینهای مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود، در بیماران منجر میشود (بیبر، ۲۰۰۳). به کمک ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیتهای روزانه و کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا میکند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها میشود (سگال، ویلیامز، تیسدل، ۲۰۰۲). در حال حاضر این رویکرد در جمعیت های بالینی ویژه نیز مورد پژوهش و کاربرد قرار گرفته و نتایج به دست آمده حاکی از تاثیر به سزای روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی، افسردگی توام با میل به خودکشی، دردهای مزمن و سرطان میباشد (هافمن، سویر، ویت، ۲۰۱۰). در پژوهشی کی و پیدجنون (۲۰۱۴) رابطه ای مثبت و معنادار بین ذهن آگاهی و تاب آوری یافتند. در واقع نتیجه گرفتند که افراد با سطح بالاتر ذهن آگاهی از سطح بالای تاب آوری نیز برخوردار میباشند. همچنین تامپسون و همکاران (۲۰۱۴) یافتند که به طور معناداری تاب آوری تحت تاثیر ذهن آگاهی است و نیز گریسون و کشول شواهدی مبنی بر رابطه بین ذهن آگاهی و تاب آوری یافتند و بیان کردند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده تاب آوری است. بجاج و پاندی (۲۰۱۵) بیان می کنند که ذهن آگاهی ممکن است استفاده از سبک مقابله ای اجتنابی در پاسخ به استرس را کاهش دهد و تاب آوری را افزایش دهد. با توجه به مطالب بیان شده بین ذهن آگاهی و تاب آوری رابطه وجود دارد. تحقیقات نشان داده اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد. بهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تاثیر دارد. زایدن و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند آموزش ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و افسردگی منجر می شود. با توجه به مطالب فوق و پژوهشهای انجام شده، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت روان مادران دارای کودک معلول ذهنی به اجرا درآمد.

## روش:

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای کودک ناتوان ذهنی شهرستان قائمشهر در سال ۱۳۹۹ بود. که به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی دردو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاکهای ورود به گروه، مادران دارای کودک معلول ذهنی تحت مراقبت در مراکز نگهداری معلولین ذهنی شهرستان قائمشهر که تمایل به همکاری داشته باشند. و بیماری حاد جسمی و روانی نداشته باشند. گروهها قبل از شروع و بعد از پایان مداخله با پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسن و پرسشنامه ی سلامت روان توسط

گلدبرگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت سنجش تاب آوری از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسن (CD-RIS) استفاده شد. کانر و دیویدسن این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی سال های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه نمودند. پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسن دارای ۲۵ سؤال با طیف ۵ درجه ای کاملاً نادرست تا کاملاً درست است که نمره ۱ تا ۵ به آن ها تعلق می گیرد. آن ها روایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی ۷۳ / ۰ و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۸۷ / ۰ گزارش دادند (کانر، داویدسون، ۲۰۰۳). پرسش نامه ی سلامت روان: این پرسش نامه با عنوان پرسشنامه ی سلامت روان توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> در سال (۱۹۸۷) به منظور اندازه گیری سلامت روان تهیه شد (GHQ). پرسشنامه ی سلامت روان ۲۸ ماده است. کسانی که در یک ماه گذشته در موارد بیان شده در پرسش نامه هیچ گونه اظهار ناراحتی نداشته باشند، برای هر ماده امتیاز صفر می گیرند و اگر در این زمینه ها اظهار ناراحتی داشته باشند، برای هر ماده امتیاز ۳ می گیرند. این پرسش نامه شامل سؤال های مربوط به اختلال های روانی است که دامنه ی امتیازات آن از صفر تا ۸۴ است. در پرسش نامه سلامت روان نمره ی ۲۳ و بالاتر خط برش (سلامت روان) افراد سالم از دیگر افراد مشکوک به اختلال است. رضایور (۱۳۷۶) کیفیت روان سنجی این آزمون را روی نمونه ی ایرانی به طور جداگانه مطالعه کرد. ضریب اعتبار به دست آمد که ضریب اعتبار ۰ / ۸۸ / برای این مقیاس قابل قبول می باشد (رضایور، ۱۳۷۶). در این پژوهش بعد از انتخاب جامعه آماری و با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس، در مرحله اول ابتدا ۳۰ نفر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهرستان قائم شهر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا توضیحات مقدماتی در خصوص هدف طرح، تعداد جلسات و محتوای آموزش (پروتکل آموزش ذهن آگاهی)، نحوه ی همکاری و تکمیل پرسشنامه ها به مشارکت کنندگان به طور ساده داده شد و پس از کسب رضایت نامه آگاهانه از جانب مشارکت کنندگان در خصوص اجرا پژوهش، پیش آزمون از هر دو گروه در جلسه نخست دریافت گردید. پس از به اتمام رسیدن تمامی جلسات بر روی گروه آزمایش، پس آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، همچنین در این مدت به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشده است در دو گروه هیچ افتی (ریزش نمونه) در طول جلسات ایجاد نگردید، در انتها پس از جمع آوری اطلاعات داده های خام با توجه به نرم افزار spss26 مورد بررسی قرار گرفت. و برای تحلیل نتایج از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت پیش فرض ها، استفاده شد.

در این پژوهش پروتکل جلسات مبتنی بر ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه ی یک و نیم ساعته برگزار شد. که محتوی جلسات شامل جلسه اول هدایت خودکار، جلسه دوم رویارویی با موانع، جلسه سوم تنفس با ذهن آگاهی، جلسه چهارم ماندن در زمان حال، جلسه پنجم پذیرفتن و اجازه حضور، جلسه ششم افکار حقایق نیستند، جلسه هفتم چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم، جلسه هشتم چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم گیریهای آینده، می باشد.

<sup>۱</sup>Connor-Davidson Resilience Questionnaire

<sup>۲</sup>Goldberg Mental Health Questionnaire

## جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی

جلسات	محتوای جلسات درمان
جلسه اول	خوردن کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی بدن
هدایت خودکار	
جلسه دوم	مراقبه و واریسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرینهای افکار و احساسات
رویارویی با موانع	
جلسه سوم	تنفس با ذهن حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارب
آگاهی	خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
جلسه چهارم	ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن
ماندن در زمان حال	ذهن آگاهانه، تحریفهای شناختی
جلسه پنجم	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش بینی
پذیرفتن و اجازه حضور	های قبلی
جلسه ششم	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلقها، افکار و دیدگاههای جایگزین
جلسه هفتم	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانات، شناسایی ارتباط
چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم	بین فعالیت و خلق، راه حل آفرینی سازنده
جلسه هشتم	تمرین واریسی بدنی، بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل
چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم گیریهای آینده	برنامه و برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور درحال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی

## یافته ها:

در این مطالعه ۳۰ آزمودنی مشارکت داشتند که دارای فرزند معلول ذهنی بودند، که تحصیلات ۱۶/۷ درصد زیر دیپلم، ۲۶/۷ درصد دیپلم، ۳۸/۷ درصد تحصیلات لیسانس و ۱۷/۹ درصد تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش

(تاب آوری و سلامت روان) در گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۱ بیان شده است.

## جدول میانگین و انحراف استاندارد در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمودن	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	پیش آزمون	۴۹/۶۶	۴/۴۳	۴۹/۴۶	۱/۹۵
	پس آزمون	۶۸/۸۰	۳/۱۲	۵۲/۲۶	۶/۳۶
	پیش آزمون	۳۱/۸۰	۲/۶۲	۳۳/۶۶	۱/۵۸
سلامت روان	پس آزمون	۲۰/۶	۲/۸۷	۳۲/۴۵	۱/۲۴

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار تاب آوری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۴۹/۶۶ و در پس آزمون ۶۸/۸۰ و ۳/۱۲ می باشد میانگین و انحراف معیار تاب آوری در گروه کنترل در پیش آزمون ۴۹/۴۶ و در پس آزمون ۵۲/۲۶ و ۶/۳۶ می باشد. میانگین و انحراف معیار سلامت روان در گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۱/۸۰ و در پس آزمون ۲۰/۶ و ۲/۸۷ می باشد. و میانگین و انحراف معیار سلامت روان در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۳/۶۶ و در پس آزمون ۳۲/۴۵ و ۱/۲۴ می باشد. برای بررسی بیشتر تفاوت های مشاهده شده در میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در ابتدا مفروضه های این روش بررسی شد. وضعیت کشیدگی و چولگی متغیرها و توزیع داده ها با توجه به آزمون شاپیرو-ویلک نرمال می باشد. همواره چنانچه سطح معناداری در آزمون شاپیرو-ویلک بیشتر از ۰/۰۵ باشد می توان داده ها را با اطمینان بالایی نرمال فرض کرد. آزمون یکسانی واریانس ها برای متغیرها با آزمون لوین بررسی که نتایج برای متغیرها به این صورت گزارش میشود. در متغیر سلامت روان  $p=0/313$ ،  $f=1/056$  و در متغیر تاب آوری  $p=0/299$ ،  $f=1/121$  می باشد.

## جدول ۲ نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
گروه*پیش آزمون سلامت روان	۶۷/۳۶۴	۱	۶۷/۳۶۴	۲۲/۱۰۲	۰/۰۰۰
گروه*پیش آزمون تاب آوری	۴۲/۵۸	۱	۴۲/۵۸	۱۲/۲۸	۰/۰۰۲
خطا (پس آزمون سلامت روان)	۷۹/۲۴	۲۶			
خطا (پس آزمون تاب آوری)	۲۹/۲۷	۲۶			

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می باشد. با توجه به اینکه سطوح معنی داری F حاصل از تعامل گروه\*پیش آزمون از مقدار آلفای ۰/۰۵ بزرگتر می باشند، مفروضه همگنی خطوط رگرسیون برای هر دو متغیر وابسته تایید می شود. به عبارتی می توان گفت که رابطه بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی برای هر دو گروه یکسان می باشد. با توجه به برقرار بودن ملاکهای تحلیل کوواریانس اجرای مانکوا و بلامانع می باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۳ نتایج کوواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون تاب آوری و سلامت روان با کنترل پیش آزمون

آزمون	ارزش	F	فرضیه df	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۸۸	۹۸/۶۹۰	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۱۲	۹۸/۶۹۰	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۸
آزمون اثر هتلینگ	۷/۸۹۵	۹۸/۶۹۰	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۸
آزمون ریشه روی	۵/۸۹۵	۹۸/۶۹۰	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۸

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، سطوح معناداری همه آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ می باشد و نشان دهنده این است که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار دارد و به این معنی است که آموزش ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی تاثیرگذار می باشد.

جدول ۴ تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات کل تاب آوری و سلامت روان با برداشتن اثر پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	میزان F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۱۲۳/۰۵۵	۱	۱۱۲۳/۰۵۵	۵۳/۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳
خطا	۱۴۶/۵۵۱	۲۶	۵/۶۳۶			
گروه	۱۵۳۵/۴۳۴	۱	۱۵۳۵/۴۳۴	۶۴/۷۶۰	۰/۰۰۰	۰/۷۱۴
خطا	۶۱۶/۴۴۶	۲۶	۲۳/۷۰۹			

همان طوری که در جدول شماره ۴-۱۰ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین تاب آوری و سلامت روان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد در تاب آوری ( $p < ۰,۰۰۰$  و  $f = ۵۳/۴۰۴$ ) و در سلامت روان ( $p < ۰,۰۰۰$  و  $f = ۶۴/۷۶۰$ ) می باشد و این نتایج و میزان F بدین معنی است که، آموزش ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت مادران کودکان معلول ذهنی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیرگذار بوده است و موجب افزایش تاب آوری و سلامت روان گروه آزمایش شده است. اندازه اثر نیز برای تاب آوری برابر ۰/۶۷۳ و برای سلامت روان برابر ۰/۷۱۴ می باشد.

## نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سلامت روان مادران دارای کودک معلول ذهنی انجام گردید. نتایج بدست آمده از این پژوهش هماهنگ و همسو با یافته های بدست آمده در پژوهشهای کی و پیدجئون (۲۰۱۴)، تامپسون و همکاران (۲۰۱۴)، بجاج و پاندی (۲۰۱۵) و بهلمیجرو همکاران (۲۰۱۰) و زایدن و همکاران (۲۰۱۰) است. نتایج حاکی از آن بود که در مجموع تفاوت معنادار بین نمرات دو پرسشنامه تاب آوری و سلامت روان در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در مادران دارای کودک معلول ذهنی وجود دارد. بدان معنی است که ذهن آگاهی باعث افزایش میزان تاب آوری و سلامت روان در مادران دارای کودکان معلول ذهنی می شود. ذهن آگاهی به عنوان نوعی ظرفیت یا توانایی ذاتی بشر در نظر گرفته می شود گرچه میتوان آن را از طریق طیفی از تمرینها مانند مدیتیشن و مداخلاتی مانند ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس کابات زین (۱۹۹۰) افزایش داد (ارک و کراسه، ۲۰۰۶). به نظر بائر (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را میتوان به عنوان یک شیوه فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. این کار با هماهنگ شدن تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلواپسی های بی مورد، که در نتیجه این دلواپسی ها مسئولیت پذیری نیز کاهش می یابد، انجام می شود (سیگل، ۲۰۱۰). انجام تمرینات ذهن آگاهی موجب رشد عوامل مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می شود. رشد این عوامل خود موجب تاب آوری و در نتیجه سلامت روان فرد می شود.

ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می کند که هیجانهای منفی ممکن است رخ دهند، اما جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به فرد این امکان را میدهد که به جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تأمل و تفکر پاسخ دهد. در این صورت به جای الگوهای رفتاری خودکار، با درک حضور در زمان حال با همراهی با هیجانات و عدم قضاوت آنها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و استرس کمتری تجربه خواهد شد و تاب آوری و سلامت روان افزایش خواهد یافت. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه های تجربه بلاواسطه شامل فعالیتهای شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب میشود. به واسطه تمرینهای مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیتهای روزانه خود، آگاهی پیدا میکند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا میکند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها میشود. با استفاده از روش ذهن آگاهی افراد متوجه میشوند آنها تنها فکر نمیکند، بلکه میتوانند فکر کردن خود را مشاهده کنند که از طریق مراقبه های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه واری بدن)، همین طور مراقبه های غیررسمی (نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و ... آگاهانه) تمرینات عادت شکن حصول می یابد و به این ترتیب باعث افزایش تاب آوری و سلامت روان در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی میشود. مراقبت از بیماران جسمی و روانی فشارهای زیادی را بر مراقبان وارد می نماید و اگر فرد بیمار عضوی از خانواده و به خصوص فرزند خانواده باشد سختی های مضاعفی را بر پیکر خانواده وارد می نماید و میتواند والدین و به ویژه مادر را تا مرزهای افسردگی و ناامیدی پیش ببرد که آنها را نیازمند مداخلاتی چون ذهن آگاهی و پذیرش حال و شرایط فعلی می کند. که در صورت بررسی این بخش از موضوع می توان به ضریب تأثیر مداخلات ذهن آگاهی در مقایسه با سایر مداخلات نیز اشاره کرد تا پاسخ آن بتواند فراروی اولویت استفاده از روش مداخله مناسب تر برای نتیجه گیری و بهبود زودتر استفاده نمود. سلامت عمومی نامطلوب مادران شامل بعد علائم اضطرابی و اختلال خواب موجب کاهش کیفیت زندگی کودکان می شود. همچنین خستگی مادران موجب کاهش کیفیت زندگی کودکان می شود. از طرفی با افزایش بهزیستی هیجانی مادران کیفیت زندگی کودکان بهبود می یابد. لذا توجه به سلامت عمومی و تاب آوری والدین علاوه بر پیشگیری از کاهش کیفیت زندگی کودکان باعث بهبود هرچه بیشتر مراقبت والدین می شود. و با ایجاد حس خود ارزشمندی و احترام مانع از انجام رفتارهای پرخطر شود. نظام دهن



آگاهی موجب می شود افراد برای رویارویی با سختیها جرأت پیدا کنند و مدیریت اسرس در آنها افزایش یابد. همچنین به اتفاق های زندگی معنا بدهند و از بسیاری از تنش های غیرضروری در امان باشند. محدودیت های این پژوهش عبارت بودند از: محدود بودن جامعه تحقیق به شهرستان قائمشهر، این پژوهش صرفاً بر روی مادران کودک عقب مانده ذهنی انجام گردید، بنابراین قابلیت تعمیم پذیری صرفاً در این جامعه را دارا می باشد. در این پژوهش از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی یا بدون دقت کافی داده باشند. و این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است و مرحله پیگیری نداشته است. بنابراین پیشنهاد می شود: اگر سایر پژوهشگران در طرح های خود پیگیری های بلندمدت را مدنظر داشته باشند، می توانند ارزیابی موثرتری از والدین و مادران کودکان معلول ذهنی به دنبال داشته باشند. و پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از پیگیری هایی با فواصل کوتاه مدت و بلندمدت استفاده شود تا میزان اثرگذاری نتایج به طور دقیق تری بررسی شوند.

## References

- Weiss M P. (2018). How to review for . Teaching Exceptional Children. Teaching Exceptional Children, 50(3), 123-129.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. Behaviour Research Therapy, 44, 1849-1858.
- Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil E T. (2020). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. International Journal of Developmental Disabilities, 66(1), 46-53.
- Kochinke K, Zweier C, Nijhof B, Fenckova M, Cizek P, Honti F, Webber C. (2016). Systematic phenomics analysis deconvolutes genes mutated in intellectual disability into biologically coherent modules. The American Journal of Human Genetics; 98(1): 149-164.
- Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. OT OTSSM-Population Health, OT OT2; ۵۴۲-۵۴۸.
- Alvord, C. B., Bogar C B and Hulse-Killacky D, (2006). Resiliency Determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse, Journal of Counseling & Development, 84 (3): ۳۱۸-۳۲۷.
- Madeleine S, Jenna H, Angela V Barbara F (2015). Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. Childhood Obesity 11: 664-673.
- Wood S, Bhatnagar S (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. Neurobiology of Stress; 1: 164-173.
- Campbell-Sills, L, & et al, (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults, Behavior research and therapy, v. 44, p. 585-599.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss. Trauma, and human resilience. *American psychologist*, 59, 20-28.
- Haditabar H, Navabinezhad S, Ahghar GH. The effect of spiritual components training on quality of life of veterans' spouses working in adult schools in Tehran. *Iran J War Public Health*. 2012;4(3):1-11. [Persian].
- Bahadori Khosroshahi, J., and Hashemi Nosratabadi, T (2011) The relationship between attachment styles, coping strategies and mental health with Internet addiction, *Developmental Psychology* (30)8. 177-188.
- Charkhchiha, Z (2015) The relationship between perceived social support and emotional expression with mental health and perception of merit in students. Master Thesis, Abhar Azad University.
- Siegel, R. D. (2010), *The Mindfulness Solution* (every day practices for everyday problems, New York: Guilford.
- Vollestad, J., Sivertsen., B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Keye M, Pidgeon A(2014). Relationship between resilience, mindfulness, and psychological well-being in University students. *Int J Liberal Arts Soc Sci*; 2(5): 27-32.
- Keye M, Pidgeon A(2013). Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open J SocSci*; 1: 1-4.
- Thompson C(2014). *Everyday Mindfulness: A guide to using mindfulness to improve your well-being and reduce stress and anxiety in your life*. 3rd ed.
- Bajaj B, Pande N(2015). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Pers Individ Diff*; 9: 5.
- Mousavi SR, Movahedinia A(2011). [Studied the relationship between prayers and general health among students of Kerman universities]. *Psychology of religion*; 4(1): 105-20. (Persian).
- Abdi S, Jalil Babapour Kh, Saderi Oskoe E(2008). [The relationship between personality traits and mental health with mindfulness students]. *Journal of mental health*; 10(4): 281-8. (Persian).

Zaiden, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David. Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19, 597-605.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Tail, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.

Connor KM, Davidson JR(2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*; 18(2): 76-82.

Rezapour, Mohammad (1376). Standardization of the mental health questionnaire of the World Health Organization. *Journal of the School of Health and Research Institute*, 4( 4)

Ludwig DS, Jon Kabat-Zinn J(2008). Mindfulness in Medicine. *JAMA*; 300(11):1350-1352.

Baer RA(2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*; ۱۰, ۱۲۵-۱۴۳.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD(2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* New York. Guilford Press.

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA(2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*; 78(2): 169-83.

## **The effectiveness of mindfulness-based therapy on resilience and mental health of mothers with mentally disabled children**

**roghayeh Cheraghpour Khankdar<sup>†</sup>, PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Iran - Sari Unit**

### **abstract**

The presence of a mentally retarded child in any family affects the resilience and mental health of family members, especially mothers. And problems with caring for a problem child put parents, especially mothers, at risk for mental health problems. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness based therapy on resilience and mental health of mothers with mentally disabled children. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with experimental group and control group. . And The statistical population of the present study consisted of mothers with Mental retardation children in ghaemshahr. According to the research method Using available non-random sampling method, Using available non-random sampling method, 30 mothers of mentally disabled children were selected and then randomly divided into two experimental and control groups (15 in the experimental group and 15 in the control group). The data gathering using Connor and Davidson Resilience Questionnaire (CD-RIS) and Goldberg Mental Health Questionnaire (GHQ). And was implemented according to the mindfulness training protocol. Also, the data were analyzed by descriptive and inferential statistical methods, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) at a significance level of 0.05 using Spss26 software.the results showed that there was a significant difference between the scores of the two questionnaires of resilience and mental health in pre-test and post-test in the experimental and control groups in mothers with mentally disabled children. The results indicate that mindfulness increases the level of resilience and mental health in mothers with mentally handicapped children.

**Keywords:** Mindfulness, Resilience, Mental health, Mental disability.

---

<sup>†</sup>roghayeh Cheraghpour Khankdar, PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Iran - Sari Unit