

(مقاله پژوهشی)

اثر بخشی آموزش‌های معنوی مبتنی بر رنج بر تحمل آشفتگی،

پذیرش و صبر در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

فاطمه اکبری^۱، محمد مهدی شمسایی^{۲*}، روح‌الله براتیان^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف احصاء رنج مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به منظور طراحی بسته آموزشی مناسب و تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی مبتنی بر رنج، بر تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر در آنان صورت گرفت. روش تحقیق، به دو صورت کیفی، که از طریق مصاحبه، نیازهای پژوهشی از والدین و مشاورین استخراج شد، و روش کمی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مقطع متوسطه مدرسه استثنایی دخترانه فرزندانگان و کلیه کارشناسان و مشاوران اداره آموزش و پرورش و مدارس استثنایی شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ بودند. از میان مادران، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) قرار گرفتند. از میان کارشناسان و مشاوران نیز ۴ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های معنوی قرار گرفت و به گروه کنترل، آموزشی داده نشد. مقیاس تحمل آشفتگی بر اساس پرسشنامه پذیرش از بوند و همکاران و پرسشنامه صبر از خرمايي و همکاران اجرا گردید. برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلمگروف-اسمیرنوف و تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار spss16 استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر میزان تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر مادران فرزندان کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است و بنابراین پیشنهاد می‌شود به‌عنوان یک روش غیر دارویی، غیر تهاجمی و کم‌هزینه، برنامه‌های آموزشی معنوی مبتنی بر نیاز والدین در جهت افزایش تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر آنان انجام شود.

کلیدواژگان

مهارت‌های معنوی، تحمل آشفتگی، پذیرش، صبر

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مشاور آموزش و پرورش استثنایی و مرکز اختلالات یادگیری حکمت گرگان. fatemehakbri56@gmail.com
۲. عضو مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. گروه روانشناسی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول).
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، بخش مداخلات معنوی مرکز خدمات روانشناختی باران، گرگان، ایران. ruhollahbaratian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۰

مقدمه و بیان مسئله

خانواده به‌عنوان اولین و مهمترین نظام ارتباطی، منبع اصلی مراقبت و حمایت کودکان به‌شمار می‌رود و اختلال هر یک از اعضا می‌تواند کل نظام خانواده را مختل کند (ویدمر و همکاران^۱ ۲۰۱۳). تولد کودکی با کم‌توانی ذهنی موجب بروز آسیب‌های جبران‌ناپذیری در خانواده می‌شود (فاربر^۲ ۱۹۷۵). کم‌توانی ذهنی از جمله شایع‌ترین و شدیدترین نارسایی‌های رشدی است (میربک و تیچنر^۳ ۲۰۰۸) و طیف گسترده‌ای از اختلالات مزمن، نقص‌های ذهنی یا جسمی را شامل می‌شود (بولس^۴ و همکاران ۲۰۱۳). وجود چنین کودکی می‌تواند رویدادی چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم، نومیدی و برهم‌خوردن نظام ارتباطی خانواده را در پی خواهد داشت (خمیس^۵ ۲۰۰۷). همچنین تمرکز بر افکار نگران‌کننده‌ای مانند این مشکل، سبب ایجاد رنج در افراد می‌شود (جلوداری و همکاران ۱۳۹۸). این شرایط، مادران را دچار نوعی حالت درماندگی و استیصال می‌کند و بار مسئولیت‌های گرانباری بر دوش آنان محول می‌کند (میربک و تیچنر ۲۰۰۸). در نهایت از لحاظ روان‌شناختی تحلیل رفته و به‌تبع آن، میزان صبر، تحمل و پذیرش شرایط در آنان کاهش می‌یابد (کیسلینگ^۶ و همکاران ۲۰۱۷).

داشتن چنین فرزندی، مثبت‌اندیشی و سلامت روانی مادر را کاهش می‌دهد (امرسون^۷، ۲۰۰۳). آنچه باعث می‌شود افراد شرایط را بهتر درک کنند، تحمل آشفتگی^۸ بالاست (الهای^۹ و همکاران ۲۰۱۸). تحمل آشفتگی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجانات و نگرش‌ها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی که سبب‌ساز این آشفتگی بوده است، در نظر گرفته می‌شود (اسماعیلی‌نسب و همکاران ۱۳۹۳). همچنین مدیریت و تنظیم هیجان، به‌عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل کنند، در نظر گرفته می‌شود (زولنسکی^{۱۰} و همکاران ۲۰۱۱).

علاوه بر آن، نگرش والدین نسبت به شرایط ذهنی و فیزیکی فرزندانشان بستگی به میزان پذیرش^{۱۱} آنان دارد (لطفی کاشانی و وزیری ۱۳۸۵). پذیرش به‌عنوان یک جایگزین برای اجتناب تجربه‌ای است و شامل پذیرا بودن فعالانه و آگاهانه برای تجربه رویدادهای کنترل‌نشده است، بدون اینکه تلاش‌هایی

1. Widmer
2. Farber
3. Myrbakk & Tetzchner
4. Bluth
5. Khamis
6. Keisling
7. Emerson
8. Distress tolerance
9. Elhai
10. Zvolensky
11. Acceptanc

برای تغییر انجام شود؛ به‌ویژه هنگامی که این کار باعث آسیب روانی بیشتری می‌شود (هایز^۱ و همکاران ۲۰۰۶). پذیرش را می‌توان تجربه رویدادهای درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی) به‌طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند، ذکر کرد که دربرگیرنده صبر و تحمل شرایط است (ایزدی و عابدی ۱۳۹۳).

یکی از آموزه‌های مهم دینی و از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی در برابر فشار روانی صبر است؛ صبر نیرویی است فعال که انسان را در برابر آنچه ناخوشایند اوست، توانمند می‌سازد؛ یعنی نه به‌معنای سکون و سکوت است و نه هر سکوتی در مشکلات نشانه صبر و صلابت (جلوداری و همکاران ۱۳۹۸). صبر «نگهداری نفس بر حالت خاص» است (اصول کافی، ترجمه کمره‌ای ۱۳۷۵). این حالت خاص را شاید بتوان «سعه صدر» دانست، زیرا در قرآن کریم، سوره نحل، آیه ۱۲۷، «ضیق صدر» به‌عنوان نقطه مقابل صبر ذکر شده است: «وَأَصْبِرْ وَ مَاصِرُكَ إِلَّا بِاللَّهِ وَ لَا تَحْزَنْ عَلَيْهِمْ وَ لَا تَكُ فِي ضَيْقٍ مِّمَّا يَمْكُرُونَ» (قرآن کریم، ترجمه الهی قمشه‌ای ۱۳۸۰). درواقع وقتی که سینه انسان تنگ شد، حوصله و صبر انسان تمام می‌شود، ولی وقتی که سینه مانند دریا وسیع باشد، مشکلات را در خود هضم می‌کند.

در این میان معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد اساسی در انسان، می‌تواند منجر به ارتقاء فرآیند درمانی، کاهش ضعف روانی و بهبود عملکردها شود (ویتن و اسکمل^۲ ۲۰۱۵). معنویت، تلاش انسان برای برقراری رابطه با خود، خداوند، طبیعت و انسان‌های دیگر است (شریفی‌نیا ۱۳۸۸). ازجمله این مهارت‌های معنوی عبارت‌اند از: بخشایشگری، به‌جا آوردن مؤثر نماز و دعا، خودآگاهی، توکل، صبر، تواضع و فروتنی، صلۀ رحم، کنترل حسد، مشاهده تجلی باری تعالی در طبیعت و ذکر (بوالهروی و همکاران ۱۳۹۲). با آموزش این مهارت‌ها مادران می‌توانند معنای زندگی خود را دریابند و از رفتارهای عقلانی و منطقی در زندگی خود پیروی کنند (پارگامنت^۳ ۲۰۰۷). باور اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان خویش است، تا حد زیادی اضطراب را می‌کاهد، به‌طوری که اغلب افراد مؤمن، رابطه خود با خداوند را مانند رابطه با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق توسل به خداوند، موقعیت‌های کنترل‌ناشدنی را به‌طریقی مهار کرد (صحراپیان و همکاران ۱۳۹۰). از طرف دیگر معنویت با معنای زندگی نیز سروکار دارد که در این راستا، روان‌درمانگران وجودی مسئله معنای زندگی را در چارچوب شناخت رنج بررسی می‌کنند (عزیزی و علی‌زمانی ۱۳۹۴)؛ این رنج‌های وجودی درمجموع چهار دسته هستند: رنج حاصل از پوچی، رنج حاصل از آزادی و احساس مسئولیت، رنج حاصل از تنهایی و ترس از مرگ. از این دیدگاه آنچه اهمیت دارد، دیدگاه فرد نسبت به رنج است و شیوه‌ای که آن را به دوش می‌کشد. درواقع رشد انسان در گرو دست‌یافتن به عالی‌ترین ارزش‌ها و ژرف‌ترین معنای زندگی، یعنی رنج‌کشیدن است (امیری و

1. Hayes
2. Vieten & Scammell
3. Pargament

علی‌زمانی (۱۳۹۷). هرزمان که افراد به این نگرش دست‌یابند که در دردها و رنج‌ها معنایی نهفته است، پذیرش و تحمل شرایط برای آنان آسان‌تر می‌شود (خدادادی سنگده و قمی ۱۳۹۶).

پیشینه تحقیق

به‌منظور حمایت روان‌شناختی از مراقبان اصلی و والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی یا بیمار، مداخلات دینی و معنوی مختلفی در جوامع گوناگون انجام گرفته است. لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی مبتنی بر مداخله معنوی به‌عنوان مقوله‌ای مهم، تأثیر بسزایی در کاهش پریشانی مادران فرزندان مبتلا به سرطان دارد. همچنین ابوالقاسمی، نصرت‌پناه و شمخانی (۱۳۹۴) به این نتیجه دست یافتند که آموزش تلفیقی آموزه‌های دینی، از قبیل وقت‌شناسی، رازداری، اخلاق، غذای حلال و سالم، راستگویی، نظافت، نماز، دعا و نیایش و آرام‌سازی عضلانی، بر افزایش تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی مؤثر است. از طرفی ارتقاء مهارت‌های معنوی سبب ایجاد تحمل روانی-هیجانی بیشتر، تسریع فرآیند بهبود و ارتقاء پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر می‌شود (استارنینو و کاندا^۱ ۲۰۱۴). این آموزش‌ها همچنین می‌تواند علاوه بر میزان تحمل فشار روانی هیجانی مادران، بر میزان صبر آنان نیز تأثیرگذار باشد (کاک‌آلمدر^۲ و همکاران ۲۰۱۸). یافته‌های دیگر نشان داده‌اند که برگزاری جلسات آموزش معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری، به‌عنوان مؤلفه‌ای از صبر، در مادران دارای فرزند استثنایی مؤثر بوده است (سیبدری و همکاران ۱۳۹۶). همچنین آموزش مهارت‌های تاب‌آوری معنوی نیز به کاهش علائم افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی و مؤلفه‌های معنوی، مانند صبر، رضا، توکل و شکرگزاری منجر شده است (بخشی‌زاده و همکاران ۱۳۹۵). در واقع ابعاد معنوی تأثیرگذار بر استقامت، صبر و پذیرش می‌تواند سبب بهبود شرایط روانی مادران کودکان استثنایی شود (برج‌علیلو و همکاران ۲۰۱۶).

مطالعات بسیاری تأیید کرده‌اند که چالش‌های جسمانی و هیجانی قابل توجه مربوط به پرورش یک کودک با یک ناتوانی رشدی، موجب ایجاد فشار روانی در والدین می‌شود (کرستیک^۳ و همکاران ۲۰۱۵). از طرفی نیز معنویت، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان است (دیویس^۴ ۲۰۰۵)؛ بنابراین ارتقاء مهارت‌های معنوی اهمیت بسزایی دارد، چراکه سبب ایجاد تحمل روانی بیشتر، تسریع فرآیند بهبود و ارتقاء پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر می‌شود (استارنینو و کاندا^۱ ۲۰۱۴). تحمل پریشانی با درک بهتر و بیشتر شرایط رابطه دارد و افرادی که تحمل پریشانی بالا دارند، سازگاری و پذیرش بهتری را نشان می‌دهند (الهای و همکاران ۲۰۱۸). افزایش توانایی تحمل آشفتگی با تغییر در نگرش‌ها شروع

-
1. Stamino & Canda
 2. Küçük Alemdar
 3. Krstic
 4. Davis

می‌شود تا در نهایت، فرد به چیزی که پذیرش همه‌جانبه^۱ نامیده می‌شود، برسد (لینهان^۲ ۱۹۹۳). پژوهش‌ها تأیید کرده‌اند، حضور والدین در یک برنامه آموزشی راهنما می‌تواند در این خصوص بسیار کمک‌کننده باشد (کیسلینگ و همکاران ۲۰۱۷)؛ چراکه نوع نگرش والدین نسبت به شرایط ذهنی و فیزیکی فرزندان‌شان با میزان پذیرش و سازگاری آنها مطابقت دارد (لطفی کاشانی و وزیری ۱۳۸۵). به‌عنوان مثال درمان مبتنی بر بخشش به افراد کمک می‌کند تا از رنج حاصله به معنا دست‌یابند (صفاآرا و بخشی‌زاده ۱۳۹۶). گرایش به معنا راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای پذیرش چنین کودکانی است. دست‌یابی به معنای درد و رنج و حوادث ناخواسته مصیبت‌بار، باعث بهبود کیفیت زندگی مادران در شرایط سخت مذکور می‌شود (طیبی رامین و همکاران ۱۳۹۵). ازطرفی در رویدادهای منفی افراد با سبک اسنادی کنترل‌ناپذیر، تنش ادراک‌شده بیشتری دارند و این امر تأیید این نکته است که هرچه میزان کنترل بر عوامل تنش‌زا بیشتر باشد، فرد تنش کمتری را تجربه می‌کند (شکوهی امیرآبادی و همکاران ۱۳۸۹). از این جهت به‌کارگیری شیوه‌های صحیح در رویارویی با آن می‌تواند نتایج مثبتی را به‌دنبال داشته باشد که مواردی از قبیل افزایش صبر و تحمل در برابر مشکلات، تحول تکامل شخصیت و پویاتر شدن آن، از جمله این موارد است (عزیزی ابرقویی ۱۳۹۰)؛ چراکه صبر مانع ارزیابی منفی و شتاب‌زده می‌شود و فرد را قادر می‌سازد تا از افراط در ابراز احساسات منفی بپرهیزد (حسین ثابت ۱۳۸۷).

با وجود پژوهش‌های انجام‌شده، هنوز نیاز به ارزیابی تجربی مداخلات وجود دارد. همچنین مداخلات انجام‌شده براساس پروتکل‌هایی است که از پیش طراحی شده‌اند، که این می‌تواند به‌علت عدم توجه به تمام نیازهای افراد، از تأثیر آن بکاهد. هرچند که تمام الگوهای مهم روان‌درمانی، با وجود تفاوت‌هایشان، می‌خواهند کمک کنند تا مردم حداکثر کنترل را در زندگی روزانه‌شان داشته باشند (سلیگمن^۳ و همکاران ۲۰۰۴). در همه آنها هنوز این محدودیت وجود دارد که تا چه حد می‌توان این مسئله را کنترل کرد (پارگامنت ۱۳۹۶: ۳۶). بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که کمتر پژوهشی رنج مادران فرزندان کم‌توان ذهنی را شناسایی کرده و به‌صورت همزمان، به اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر پذیرش، تحمل هیجانی و صبر آنان پرداخته باشد؛ بنابراین ما در این پژوهش در پی آن هستیم که دریابیم آیا آموزش مهارت‌های معنوی مبتنی بر رنج مادران، بر میزان تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر آنان اثربخش است یا نه؟

روش تحقیق

بخشی از پژوهش حاضر با توجه به عمق مطالعه، از نوع ژرف‌نگری است که به‌صورت کیفی و به‌شکل مصاحبه، از طریق نیازسنجی معنوی مادران و بررسی مشکلات و احصاء رنج‌های آنان با هدف طراحی

1. Full acceptance
2. Linehan
3. Seligman

بسته آموزشی متناسب با نیاز آنان صورت پذیرفته است. در بخش کمی نیز از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که با هدف تعیین اثربخشی بسته آموزشی مهارت‌های معنوی مبتنی بر رنج، بر تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر در آنان انجام گرفت. جامعه آماری شامل مادران فرزندان کم‌توان ذهنی مقطع متوسطه اول و دوم مدرسه استثنایی دخترانه فرزندان شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ است که ۶۳ نفر بودند. حجم نمونه به روش هدفمند انتخاب شد. ابتدا تعداد ۴۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر گواه) قرار گرفتند، اما در طول پژوهش به‌علت انصراف ۵ نفر از گروه آزمایش، ۵ نفر نیز از گروه گواه به‌صورت هدفمند حذف شدند تا همگن بودن دو گروه رعایت شود و در نهایت تعداد نمونه به ۳۰ نفر تقلیل یافت (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه). معیارهای ورود به جلسات: داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، بازه سنی ۳۰ تا ۵۰، سکونت در شهر گرگان، حداقل سواد سیکل، عدم وجود بیماری یا مشکلات جسمی و روانی بودند. معیارهای خروج شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش و داشتن غیبت یک جلسه یا بیشتر در پژوهش بودند. جوامع دیگر این تحقیق، کلیه منابع علمی، مجلات و سایت‌های معتبر بودند که از میان آنها، منابعی انتخاب شدند که در ۱۰ سال اخیر چاپ و دارای کلیدواژه‌های معنویت، والدین دارای کودک استثنایی، مؤلفه‌های معنوی و دینی بودند. یکی دیگر از جوامع مورد استفاده، کلیه کارشناسان و مشاوران اداره و مدارس استثنایی گرگان بود که نمونه‌های در دسترس به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و از آنان نظرخواهی صورت گرفت. در بخش کیفی پژوهش با هدف نیازسنجی معنوی، قبل از اجرای آموزش، با گروه آزمایشی مصاحبه و رنج‌های آنان شناسایی شد. این نیازسنجی براساس نظرات و یافته‌ها به شرح زیر است:

جدول ۱- رنج‌های مادران براساس یافته‌های پژوهشی

انواع رنج در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی	راهکارهای کاهش رنج آنها در یافته‌های پژوهشی
نگرانی مراقبت از فرزند ناتوان در نبود آنان (کنعانی و گودرزی ۱۳۹۵).	دعا، سلاح برنده در برابر سختی‌ها و سپر نفوذناپذیر درمقابل هجوم مشکلات (اصول کافی، ترجمه کمره‌ای ۱۳۷۵).
از اندوه مزمن و داشتن چنین فرزند رنج می‌برند (مصدق و همکاران ۱۳۹۲).	۱۹۶۷: ترجمه میلانی و صالحیان (۱۳۹۱).
تحمل کم و انکار (صدیقی ارفعی و حسامپور ۱۳۹۴).	آموزش ارتباط با خدا و توکل، باعث «پذیرش مثبت تغییرات» می‌شود (ظهرابنیا و رضاخانی ۱۳۹۴).
احساس درماندگی، کسالت روحی و بی‌ثباتی عاطفی عدم درک دیگران و نبود نظام‌های حمایتی	آموزش ذهن‌آگاهی پذیرش را به‌دنبال دارد (صدیقی ارفعی و حسامپور ۱۳۹۴).

انواع رنج در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی راهکارهای کاهش رنج آنها در یافته‌های پژوهشی

خشم، ناامیدی و احساس گناه (صلبی و شمسایی ۱۳۹۴).	تاب‌آوری (ظهرا بنیا و رضاخانی ۱۳۹۴). بخشودگی از خشم، کینه و واکنش‌های هیجانی
اشتغال ذهنی به نیازهای کودک و ترس اینکه نتواند به‌اندازه کافی به امور فرزندان دیگر خود بپردازد	آموزش مهارت‌های خودآگاهی معنوی، حل مسئله، توکل، ذکر، صبر و بخشایش‌گری (صلبی و شمسایی ۱۳۹۴).
نگرانی از پیامدهای داشتن کودک کم‌توان ذهنی. مادران به‌علت مشکلات درهم می‌شکنند و دچار نگرانی می‌شوند.	تمرین‌های دینی و نیایش توانایی خودکنترلی. شناسایی خطاهای سه‌گانه منفی و بررسی آثار حسن ظن به خداوند و توکل.
نامتعارف جامعه و نگرانی برای فرزندان دیگر (زارع بهرام‌آبادی و همکاران ۱۳۹۰)	آموزش خودآگاهی معنوی
نامیدی و احساس تنهایی	

جدول ۲- رنج‌های مادران براساس نظرات مشاوران مدرسه استثنایی و کارشناس اداره استثنایی

انواع رنج مادران و خانواده‌های دارای فرزند استثنایی	مؤلفه‌های معنوی پیشنهادی برای کاهش رنج
عدم پذیرش و داشتن یک راز و مخفی نگهداشتن اسم مدرسه از دیگران	آموزش مهارت پذیرش، ایمان، امید
نگرانی زیادی نسبت به آینده فرزندان	آموزش مهارت توکل، ذکر و پذیرش
نشخوارهای ذهنی مربوط به گذشته و آینده، احساس گناه	آموزش مهارت بخشایش‌گری، معنادرمانی

جدول ۳- پاسخ به پرسش ۱ اصلی براساس مصاحبه با مادران

انواع رنج‌های مادران ناشی از حضور فرزند کم‌توان	کد / فراوانی
عدم برخورد صحیح اطرافیان با فرزندشان	۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۴، ۲۰/۷
داغ برچسب استثنایی بودن	۲، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۱، ۱۸ و ۲۰/۸
عدم توانمندی در برخورد با دیگران و مدیریت رفتار در جاهای مختلف	۱، ۳، ۷، ۱۳، ۱۱ و ۱۷/۶
ترس از آینده فرزندشان	۳، ۴، ۶، ۷، ۵، ۱۲، ۱۳/۷
خستگی روانی و کاهش توانایی	۳، ۷، ۱۳/۳
احساس گناه	۳، ۶، ۷/۳

کد / فراوانی	انواع رنج‌های مادران ناشی از حضور فرزند کم‌توان
۱۱، ۱۷، ۱۰، ۹، ۶، ۷، ۱۴، ۱۲، ۳، ۱۰	رنج بردن از شرایط فرزند، نشخوارهای ذهنی و تقدیر
۱۰ /	
۴ / ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۵	محدود کردن روابط اجتماعی با اطرافیان و اجتماعات مختلف
۵ / ۱۸، ۹، ۷، ۲، ۱	شکوائیه داشتن از شرایط و عدم پذیرش

جدول ۴- پاسخ به پرسش اصلی براساس مصاحبه با مادران

کد / فراوانی	رفتارهایی که موجب قوت قلب و آرامش مادر در شرایط سخت شده است
۶ / ۱۹، ۱۸، ۱۱، ۸، ۱۰، ۱	مقابله مسئله‌مدار
۱۰ / ۰، ۱۵، ۱۸، ۱۷، ۱۰، ۸، ۵، ۴، ۷، ۳	توکل و صبوری
۶ / ۱۱، ۹، ۷، ۳، ۴	راضی بودن به آنچه برایش رقم خورده
۴ / ۱۱، ۱۰، ۸، ۴	ذکر و دعا و توکل
۳ / ۷، ۶، ۳	تقویت ایمان و اراده و توبه و بخشش خود
۱ / ۶	رفتار عبادی و خواندن قرآن
۳ / ۷، ۲	تغییر سبک زندگی
۱ / ۱	معنادگی به رنج
۵ / ۲۰، ۱۶، ۱۴، ۸، ۵	راهکار خاصی نداشتند و هنوز نیز رابطه ناایمن ادامه دارد
۷ / ۱۹ و ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۸، ۶	راضی بودن به رضای خداوند و صبر

با توجه به جداول فوق رنج‌های مشترک به‌دست‌آمده عبارت‌اند از: عدم برخورد مناسب اطرافیان، برچسب استثنایی بودن، نگرانی نسبت به آینده، نشخوار ذهنی نسبت به گذشته، ضعف در برقراری ارتباط با فرزند، خستگی و کاهش انرژی، شکوه از شرایط و عدم پذیرش. از طرفی یک نیازسنجی به‌منظور یافتن رنج‌های مادران نیز براساس نظرات ۲ نفر از مشاوران مدرسه استثنایی و ۲ نفر از کارشناسان اداره استثنایی گرگان و درنهایت یک نیازسنجی نیز براساس آنچه از یافته‌های پژوهشی در تحقیقات داخل و خارج صورت گرفته، تهیه شد. بسته آموزشی مرتبط با مفاهیم احصاء شده از سه منبع مطرح شده و همچنین مطالعه و تحقیق در کتب، مقالات، مجلات، پایان‌نامه‌ها، جامع‌الروایات، جامع‌التفاسیر نور و سایت‌های معتبر مربوط به حوزه معنویت، آماده شد. مؤلفه‌های معنوی پیشنهادی شامل ایمان، درک معنای زندگی، صبر، بخشایشگری، توکل، دعا و ذکر استخراج و ازسوی استاد راهنما، استاد مشاور و سه استاد دانشگاهی در حوزه معنویت بررسی و تأیید شد. به این ترتیب که به‌منظور روایی بسته آموزشی، کل محتوای برنامه‌ریزی شده ابتدا برای ۳ نفر از اساتید در دسترس که

دارای مدرک دکترا در حوزه روان‌شناسی و صاحب‌نظر در زمینه معنویت بودند، ارسال و بعد از رفع اشکال و تأیید نهایی جهت اجرا آماده شد. در قسمت کمی پژوهش، برای گروه آزمایش طرح مداخله‌ای به صورت ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی در مدرسه اجرا شد. پس از اتمام به‌طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی دو گروه، آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۵- برنامه آموزش مهارت‌های معنوی با توجه به مؤلفه‌های به‌دست آمده از رنج‌های مشترک

جلسه	اهداف، فرآیندها، تمرین
اول	اهداف: آشنایی اعضا با یکدیگر، دلایل کار، قوانین گروه، مباحث آموزشی؛ بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و رابطه میان معنویت و ایمان. فرآیند: اعضا خود را معرفی کردند. قوانین گروه مبتنی بر محرمانه ماندن، احترام به‌نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت، تعداد و زمان جلسات، حضور مداوم تا انتهای آموزش به بحث گذاشته شد و معنویت، ایمان و مراتب ایمان معرفی و رابطه میان آن دو و ایمان واقعی به خدا و فهم امداد غیبی با تحمل شرایط مبهم و دشوار زندگی بررسی شد. تمرین: تمرین یکپارچگی (متعهد شدن به انجام یک رفتار که با شناخت و هیجان، همخوانی دارد، عدم نفاق).
دوم	اهداف: رابطه میان ایمان و ابتلا و معنای رنج در زندگی را بشناسند، ارزیابی‌ها و اسنادهای درست و نادرست در معنادگی به رنج خود را بفهمند و معنای آن را پیدا کنند. راهبردهای مقابله‌ای درست را درپیش گیرند. فرآیند: تلازم ایمان و ابتلا، علت امتحان الهی و شیوه‌های امتحان مطرح شد، از مادران درباره معنایی که به رنج خود داده‌اند و راه‌های کاهش رنجشان، پرس‌وجو، و راه‌های مقابله معنوی درست مطرح شد. تمرین: یادداشت آلودگی‌های فکری درباره رفتارهایی که باعث رنج شده، به‌وسیله تمیز آن دو با شاخص عملکرد.
سوم	اهداف: معنای واقعی صبر را یاد بگیرند. شیوه‌های افزایش توانمندی در جهت مدیریت و پذیرش شرایط دشوار را بشناسند. با افزایش ارزیابی خیرخواهانه از دشواری‌ها درمقابل ارزیابی‌های منفی، تحمل آشفتگی خود را بالا ببرند. فرآیند: صبر، پیامد صبر، جزع در آیات و روایات، مراتب صبر و ویژگی‌های صابران مطرح شد. راه‌های پرورش صبر و نمونه‌های رفتارهای صبورانه از مادران پرسیده و رفتارهای صبورانه درست بررسی شد. تمرین: در طول هفته متعهد شوند حداقل یک رفتار صبورانه با رعایت سه شاخص صبر انجام دهند و یادداشت کنند.

جلسه	اهداف، فرآیندها، تمرین
چهارم	<p>اهداف: مادران رابطه میان صبر و بخشش را دریابند. با روش‌های درست و فرآیند بخشش آشنا شوند تا بتوانند در جهت تنظیم هیجانی خود حرکت کنند. بتوانند در اختلافات میان فردی، الگوی مقصریابی را رها کنند.</p> <p>فرآیند: صبر، بخشش و اهمیت و فایده بخشش در گروه مطرح شد و رابطه میان بخشش و سلامتی و فرآیند بخشش بیان شد. نمونه‌هایی از بخشش و رهاشدگی از جانب مادران و احساس بعد از آن بررسی شد.</p> <p>تمرین: شناسایی خواسته واقعی خود. تمرین جابه‌جایی حساس‌شدگی و خوگیری.</p>
پنجم و ششم	<p>اهداف: تحمل آشفتگی و صبر خود را از طریق فهم درست توکل بالا ببرند. بر نگرانی‌ها غلبه کرده و با تنظیم هیجانی و صبر به وسیله توکل به نشاط و اطمینان قلبی دست‌یابند. از طریق درک رضا و تسلیم به سمت پذیرش قدم بردارند.</p> <p>فرآیند: بیان شیوه توکل در امور مختلف، درجات و ویژگی‌های متوکل و موکل. نمونه امور قابل کنترل از غیر قابل کنترل. اثرات توکل و تسلیم و رضا به قضاو قدر الهی و توضیح راه‌های حل بحران عدم رضا.</p> <p>تمرین: ۲ بار در هفته نیایش پذیرش را بخوانند.</p>
هفتم	<p>اهداف: شناخت خواسته‌های واقعی خود و تمرکز روی آنها، با هدف جلوگیری از آشفتگی فکر و عدم تحمل در زمان مشغولیت فکری و نگرانی‌ها. استفاده از ذکرهای هدایت‌گر با هدف افزایش پذیرش و صبر.</p> <p>فرآیند: تعریف ذکر، اهمیت، انواع و اثرات آن با شیوه مشارکتی. بیان تجربیات مادران به اثر یاد خدا، غفلت و فراموشی خداوند. راه غلبه بر نگرانی‌ها با توجه به ذکر و دعا. بیان دعا‌های مرتبط در زمان غم، صبر و بخشش و توکل.</p> <p>تمرین: استفاده از اذکار هدایتگر (مثل سبحان‌الله)، در مواجهه با رفتارهای نامتناسب از دیگران در طول هفته.</p>
هشتم	<p>اهداف: فهمیدن اینکه دینداری و معنویت اگر کارکرد نداشته باشد، نه دینداری است، نه معنویت.</p> <p>فرآیند: خلاصه‌ای از مباحث جلسات. بیان اثرات تمرین‌ها. نظرخواهی، شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از یادگیری مهارت‌های معنوی.</p> <p>تمرین: خواندن مناجات شاکرین امام سجاد (ع) بابت شکرگزاری یادگیری مهارت‌های معنوی همراه با نیایش.</p>

به‌منظور بررسی تحمل آشفتگی از مقیاس تحمل آشفتگی^۱ (DTS) استفاده شد. این مقیاس را سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ ساختند که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس است: تحمل با پرسش‌های ۱، ۳ و ۵، جذب با پرسش‌های ۲، ۴ و ۱۵، ارزیابی با پرسش‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ و تنظیم با پرسش‌های ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. ضرایب آلفای این مقیاس به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده، همچنین پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ است (سیمونز و گاهر ۲۰۰۵).

برای سنجش پذیرش از پرسشنامه پذیرش^۳ (AAQ-II) استفاده شد. این پرسشنامه را بوند^۴ و همکاران (۲۰۱۱) ساختند که به‌عنوان آخرین نسخه، شامل ۱۰ پرسش است که پس از تحلیل عامل اکتشافی، ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی (پرسش ۱ تا ۷) و کنترل روی زندگی (پرسش ۸ تا ۱۰) گزارش شدند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از به‌هیچ‌وجه درباره من صدق نمی‌کند=۱، تا همیشه درباره من صدق می‌کند=۷) است (عباسی و همکاران ۱۳۹۱). در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱)، پایایی و روایی سازه‌ای و تشخیصی این مقیاس رضایت‌بخش بوده، میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد. مقیاس به‌صورت همزمان طولی و افزایشی، طیفی از نتایج را از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار- پیش‌بینی می‌کند که همسو با نظریه زیربنایی‌اش است. همسانی درونی و ضریب تنصیف این پرسشنامه رضایت‌بخش (۰/۸۹ - ۰/۷۱) گزارش شده و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمده است (عباسی و همکاران ۱۳۹۱).

صبر با کمک پرسشنامه صبر خرمایی، فرمانی و سلطانی (۱۳۹۳) سنجیده شد. این پرسشنامه با استفاده از مؤلفه‌های قرآنی و روایتی در قالب ۲۵ گویه تهیه شده و به سنجش مؤلفه‌های شکیبایی، رضایت، استقامت، متعالی شدن و درنگ می‌پردازد. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای درجه‌بندی شده و نتایج تحلیل عاملی وجود ۵ عامل را به‌عنوان مؤلفه‌های صبر آشکار می‌کند: عامل اول «تعالی» (گویه‌های ۲۵، ۱۲، ۹، ۱۶، ۱۹، ۱۴، ۱۵ و ۲۳)، عامل دوم «شکیبایی» (گویه‌های ۶، ۴، ۱، ۲۰، ۲۲، ۲ و ۲۴)، عامل سوم «رضایت» (گویه‌های ۱۷، ۸، ۱۱ و ۵)، عامل چهارم «استقامت» (گویه‌های ۱۳، ۷ و ۱۰) و عامل پنجم «درنگ» (گویه‌های ۱۸، ۳ و ۲۱). ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه متعالی شدن (با ۸ گویه) ۰/۸۴، برای مؤلفه شکیبایی (با ۷ گویه) ۰/۶۷، برای رضایت (با ۴ گویه) ۰/۶۰، برای استقامت (با ۳ گویه) ۰/۶۱ و درنهایت برای مؤلفه درنگ (با ۳ گویه) ۰/۶۸ محاسبه شد (خرمایی و همکاران ۱۳۹۳).

1. Distress tolerance scale
2. Simons & Gaher
3. Acceptance and Action Questionnaire
4. Bond

در این تحقیق برای به دست آوردن میانگین و جداول از آمار توصیفی و مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون داده‌های توصیفی استفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون کلمگروف-اسمیرنوف، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون و فاصله‌ای بودن مقیاس، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت تحلیل داده‌ها و نرم‌افزار spss16 استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش در گروه آزمایش، ۴ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۱۱ نفر سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال و در گروه کنترل نیز به همین ترتیب شرکت کردند. در گروه آزمایش ۱۱ نفر خانه‌دار و ۴ نفر کارمند و در گروه کنترل ۱۰ نفر خانه‌دار و ۵ نفر کارمند بودند. در گروه آزمایش ۸ نفر سیکل و ۷ نفر دیپلم و در گروه کنترل ۷ نفر سیکل و ۸ نفر دیپلم داشتند. در گروه آزمایش ۱۱ متأهل و ۴ مطلقه و در گروه کنترل ۱۲ متأهل و ۳ مطلقه بود. نتایج به دست آمده از آزمون F لوین نشان می‌دهد مقادیر $(P < 0/06, F = 3/81)$ برای تحمل آشفتگی، $(P < 0/53, F = 0/39)$ برای پذیرش و $(P < 0/58, F = 0/308)$ برای صبر، در میان گروه‌ها معنادار نیست؛ یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون پرسشنامه صبر دارای واریانس برابری هستند.

جدول ۶- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پذیرش در دو گروه آزمایش و گواه

نمره کل مقیاس	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
تحمل آشفتگی	۷/۶۹	۳۵/۴	۵/۷۴	۴۵/۵۳	۵/۴۸	۴۴/۶	۳/۹۲	۴۴/۶
پذیرش	۸/۱۳	۳۰/۹۳	۵/۶۶	۴۵/۴۷	۴/۸۵	۴۵/۶۷	۴/۶۸	۴۵/۶۷
صبر	۹/۰۳	۸۵/۶	۸/۱۶	۶۷/۰۷	۷/۱۵	۶۸/۲	۸/۶۶	۶۸/۲

جدول ۶ نشان می‌دهد که نمرات گروه آزمایشی در هر سه متغیر تغییر یافته، اما در گروه گواه تغییر معناداری حاصل نشده است.

جدول ۷- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های متغیرهای

پژوهش

منبع تغییر	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلابی	۰/۸۵	۴۴/۵۶	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۴۴/۵۶	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
اثر هوتلینگ	۵/۸۱	۴۴/۵۶	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۵/۸۱	۴۴/۵۶	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۷ مشخص است، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد میان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸- نتایج حاصل از تحلیل انکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تحمل

آشفتگی، پذیرش و صبر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
صبر گروه خطا	۲۳۸۱/۸۰۰ ۱۷۸۳/۵۳۳	۱ ۲۵	۲۳۸۱/۸۰۰ ۷۱/۳۴۱	۳۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷
پذیرش گروه خطا	۱۶۳۶/۲۷۴ ۶۹۲/۹۳۵	۱ ۲۵	۱۶۳۶/۲۷۴ ۲۷/۷۱۷	۵۹/۰۳۴	۰/۱۰۰۱	۰/۷۰
تحمل آشفتگی گروه خطا	۶۳۹/۴۱۱ ۵۹۸/۴۷۵	۱ ۲۵	۶۳۹/۴۱۱ ۲۳/۹۳۹	۲۶/۷۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱

بر اساس جدول ۸، اثر آموزش مهارت‌های معنوی ($F = ۲۶/۷۱۰, P < ۰/۰۰۰۱$) برای تحمل آشفتگی، ($F = ۵۹/۰۳۴, P < ۰/۱۰۰۱$) برای پذیرش و ($F = ۳۳/۳۸, P < ۰/۰۰۱$) برای صبر، از لحاظ آماری معنادار است. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که حدود ۵۱ درصد واریانس تحمل آشفتگی، ۷۰ درصد واریانس پذیرش و ۵۷ درصد واریانس صبر در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی از طریق آموزش مهارت‌های معنوی، تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌خصوص مادران در وضعیت دشواری قرار دارند و چالش حاصل از تولد چنین فرزندی منجر به پدید آمدن مشکلات روان‌شناختی از قبیل سرخوردگی، احساس غم، نومیدی در آنان می‌شود (خمیس ۲۰۰۷). بر این اساس پژوهش حاضر با هدف نیازسنجی و شناسایی

رنج مادران و تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی مبتنی بر رنج، بر تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی صورت گرفت. طبق داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه، رنج‌های مشترک مادران عبارت است از: عدم برخورد مناسب اطرافیان، برچسب استثنایی بودن، نگرانی نسبت به آینده، نشخوار ذهنی نسبت به گذشته، ضعف در برقراری ارتباط با فرزند، خستگی و کاهش انرژی، شکوه از شرایط و عدم پذیرش.

مطالعات صورت‌گرفته در زمینه رنج مادران نیز نشان داده است که آنان اغلب نگران مراقبت از فرزند ناتوان خود هستند، به‌خصوص زمانی که والدین ممکن است حضور نداشته باشند (کنعانی و گودرزی ۱۳۹۵). اندوه مزمن از داشتن چنین فرزندی (مصدق و همکاران ۱۳۹۲)، تحمل کم و انکار (صدیقی ارفعی و حسام‌پور ۱۳۹۴)، خشم، ناامیدی و احساس گناه (صلبی و شمسانی ۱۳۹۴) و نگرانی از وضعیت نامعلوم فرزند، شرایط اقتصادی خانواده و به‌تبع آن جامعه و نگاه نامتعارف دیگران به آنان (زارع، بهرام‌آبادی و همکاران ۱۳۹۰)، از رنج‌های طاقت‌فرسای خانواده به‌خصوص مادران به‌شمار می‌رود. بر این اساس مؤلفه‌های معنوی پیشنهادی به‌عنوان راهکاری معنوی برای کاهش رنج مادران ارائه شد که مهارت پذیرش، ایمان، امید، توکل، ذکر، بخشایشگری و یافتن معنا از جمله آن است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که نمرات به‌دست‌آمده از گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در متغیر تحمل آشفتگی تغییر یافته است. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های معنوی باعث افزایش میزان تحمل آشفتگی در مادران فرزندان کم‌توان ذهنی شده و اندازه این اثر طبق مقدار مجذور اتا، قوی است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات کاک‌آلمدر و همکاران (۲۰۱۸)، استار نینو و کاندا (۲۰۱۴) و ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۴)، همسوست. ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که تلفیقی از آموزه‌های دینی و آرامش‌سازی عضلانی بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تنش ادراک‌شده والدین کودکان استثنایی مؤثر است. همچنین آموزش معنویت بر کاهش فشار روانی هیجانی و بهبود سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی معنی‌دار بوده است (اکبری و همکاران ۱۳۹۴؛ کاک‌آلمدر و همکاران ۲۰۱۸). از نظر استارنینو و کاندا (۲۰۱۴)، ارتقاء مهارت‌های معنوی سبب ایجاد تحمل روانی هیجانی بیشتر می‌شود. مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی از تقدیری که دارند، رنج می‌برند و در مجموع از این شرایط دشوار شکوه دارند. وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده برای مادرانی که نسبت به بقیه بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد (صدیقی، ارفعی و حسام‌پور ۱۳۹۴؛ امرسون ۲۰۰۳). همچنین آنها اعلام کردند یکی از رفتارهایی که موجب قوت قلب آنان در این شرایط سخت شده، توکل است. توکل به خداوند (به‌عنوان یک مهارت معنوی) می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، نقش مؤثری در افزایش سلامت روان داشته باشد (علی‌بخشی و همکاران ۱۳۹۰). براین اساس آموزش تدوین‌شده مهارت‌های معنوی از جمله توکل، نیایش و ذکر در کاهش تحمل آشفتگی مادران تأثیر بسزایی داشته است. افراد با درک درست توکل به حقیقت قدسی قدرتمند، یاد گرفتند که امور

خارج از کنترل خود را به خداوند واگذار کنند و از این راه به اطمینان قلبی دست یابند و از طریق درک آموزه‌های دینی همچون رضا و تسلیم به سمت پذیرش هر چه بیشتر شرایط قدم بردارند. درک معنوی در واقع پیش‌نیاز روان‌درمانی در افراد است، چراکه معنویت چنانچه گسترده و عمیق باشد، پاسخگوی شرایط زندگی انسان‌ها خواهد بود و می‌تواند انسان را در متن اجتماعی که در آن در حال تعامل است، منعطف و ارزشمند سازد. ارزیابی معنوی مثبت از وقایع تلخ و منفی زندگی به افراد کمک می‌کند که نه تنها حس معنادار بودن خلقت جهان را در خود حفظ کنند، بلکه به پایداری عقاید و مقدسات در آنان نیز منجر می‌شود (فرانکل ۱۳۹۱).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در متغیر پذیرش تغییر یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های معنوی باعث افزایش پذیرش در مادران فرزندان کم‌توان ذهنی شده است و اندازه اثر طبق مقدار مجذور اتا، قوی است. این نتیجه با یافته برج‌علیلو و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. آنان به این نتیجه رسیدند که ابعاد معنوی تأثیرگذار بر پذیرش می‌تواند سبب بهبود شرایط روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شود. یکی از مشکلات اصلی که مادران در مصاحبه به آن اشاره کردند، عدم پذیرش موقعیت خویش و این‌گونه فرزندان است. آنها حتی کتاب‌ها و اسم مدرسه فرزندان را مخفی نگه می‌دارند. این عدم پذیرش باعث می‌شود اغلب آنان از اندوه مزمن رنج ببرند (مصدق و همکاران ۱۳۹۲). در واقع انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند، دچار نوعی بی‌معنایی، درماندگی و ناامیدی می‌شوند (خدادادی سنگده و قمی ۱۳۹۶). آموزش ارتباط با خدا، توکل و پذیرش، فرد را در رویارویی چنین موقعیت‌های استرس‌زایی نسبت به «تحمل عاطفه منفی» مقاوم می‌سازد و باعث «پذیرش مثبت تغییرات» می‌شود (ظهربانیا و رضاخانی ۱۳۹۴). یکی از رفتارهایی که موجب قوت قلب آنان در این شرایط می‌شود، راضی بودن به تقدیر است. پارگامنت (۱۹۵۰) معتقد است معنویت به شکلی متفاوت جواب می‌دهد و متفاوت‌ترین روش نگاه کردن به دنیاست؛ گاهی سپردن کارها به خداوند و تسلیم او شدن، دلیل کاملی برای انجام کارهاست، به خصوص زمانی که از کنترل شخص خارج است. از سوی دیگر مادر با فهم معنای توکل در امور کنترل‌ناشدنی، می‌کوشد هر آنچه از دستش برمی‌آید، در بخش قابل تغییر امورش انجام دهد و با حرکت در مسیر رضامندی به آرامش و پذیرش بیشتر دست یابد (پارگامنت ۱۳۹۶: ص ۳۷ و ۳۹). با آموزش این مهارت‌ها مادران می‌توانند معنای زندگی خود را دریابند و از رفتارهای عقلانی و منطقی در زندگی خود پیروی کنند و نگرش آنها را به خود و دیگران مثبت کنند (پارگامنت ۲۰۰۷: ۴۸۱).

یافته‌های پژوهش نشان داد که نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در متغیر صبر تغییر یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های معنوی باعث افزایش میزان صبر در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شده و اندازه اثر طبق مقدار مجذور اتا قوی است. این نتیجه با یافته‌های کاک‌آلمدر و همکاران (۲۰۱۸)، برج‌علیلو و همکاران (۲۰۱۶)، رشیدزاده و همکاران

(۱۳۹۷)، سبب‌داری و همکاران (۱۳۹۶) و بخشی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، همسوست. از نظر کاک‌آلمدر و همکاران (۲۰۱۸)، آنچه می‌تواند بر میزان تحمل فشار روانی و صبر آنان تأثیرگذار باشد، آموزش مهارت‌های معنوی است؛ چراکه ابعاد معنوی با تأثیر بر استقامت، صبر و پذیرش، می‌تواند سبب بهبود شرایط روانی مادران این کودکان شود (برج‌علیلو و همکاران ۲۰۱۶). بخشی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که اجرای برنامه مداخله‌ای بر میزان مؤلفه‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی در مادران کودکان آهسته‌گام به‌طور معنی‌داری مؤثر بوده و به کاهش علائم افسردگی، بهبود کارکرد اجتماعی و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی، مانند صبر، رضا، توکل و شکرگزاری منجر شده است. یافته سبب‌داری و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که برگزاری جلسات آموزش معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری مادران دانش‌آموزان استثنایی مؤثر بوده است. رشیدزاده و همکاران (۱۳۹۷) آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی می‌تواند باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم و نیز افزایش تاب‌آوری آنها شود.

یکی از اهداف در این آموزش، ارائه معنای واقعی صبر به مادران بود، چراکه صبر نه به‌معنای سکون و سکوت است و نه هر سکوتی در مشکلات، نشانه صبر و صلابت (پسندیده ۱۳۹۱). همچنین یکی از راه‌هایی که برای پرورش صبر ارائه شد، تعهد انجام حداقل یک رفتار صبورانه در هفته بود. هرچند این دوره کوتاه آموزشی بر رضایت و متعالی شدن مادران چندان تأثیرگذار نبود، درنگ، شکیبایی و استقامت را در آنان افزایش داد. قرآن کریم در آیه ۴ سوره بلد، سختی‌ها، بلاها و مصائب را امری جداناپذیر از زندگی انسان می‌داند. همچنین خداوند در آیه ۱۵۵ سوره بقره می‌فرماید: «البته شما را به‌سختی می‌آزمایم و بشارت و مژده و آسایش از آن صابران است» (قرآن کریم، ترجمه الهی قمشه‌ای ۱۳۸۰). همچنین آموزش عدم شکواییه از خداوند، عدم دلتنگی و عدم اهمال‌کاری در تجربه ناخوشایند (شناسایی و تمرکز بر انجام هر آنچه که در آن تجربه می‌توانیم انجام دهیم) به‌عنوان مولفه‌های اصلی صبر و انجام تکالیف گروهی در جلسات، می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری و افزایش صبر سالم داشته باشد. نشان می‌دهد که آمدررفت بلاها به دست جزع و صبر نیست. درواقع صبر، اندوه ناشی از بلا را کاهش می‌دهد؛ چراکه صبر تفکر فرآیندمحور را جایگزین تفکر نتیجه‌محور می‌کند و احساس درماندگی در فرد را می‌کاهد (حسین ثابت ۱۳۸۷). افراد صبور از دیدگاه قرآن کریم بخشنده و باگذشت هستند (شوری، آیه ۴۳)، بدی‌ها را با نیکی پاسخ می‌دهند و با دیگران مدارا می‌کنند (فصلت، آیات ۳۴ و ۳۵)، در به‌ثمررساندن کارها مقاومت زیادی نشان می‌دهند (شوری، آیه ۴۳) و در سختی‌ها به خدا توکل می‌کنند (بقره، آیه ۱۵۵) (قرآن کریم، ترجمه الهی قمشه‌ای ۱۳۸۰). از این‌رو والدین به‌احتمال زیاد در برخورد با دیگران توانمند شده، مدیریت رفتار خود را فعالانه به‌دست می‌گیرند و به‌جای رنج‌بردن از اتفاقات گذشته، در تعالی خود و فرزندانشان می‌کوشند. آنان با توکل و صبوری، تلاش را سرلوحه کار خود قرار داده، از این طریق به تقویت ایمان خود می‌پردازند.

درمجموع با توجه به نتایج، نیازسنجی معنوی از مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پرتو مساعدت

کارشناسان و متخصصان در این حوزه، منجر به ایجاد دو چشم‌انداز ویژه شد: اول، ایجاد محیطی همدلانه به‌منظور برقراری ارتباط بهتر در جلسات آموزشی و ایجاد انگیزه در مادران شرکت‌کننده به‌منظور ادامه دوره‌های آموزشی و دوم، ارائه خدمات اثربخش مبتنی بر خواست و نیاز مخاطبان که در نهایت منجر به بهبود شرایط روانی آنان و افزایش تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر در آنان شد. از محدودیت‌های پژوهش عدم کنترل عوامل مداخله‌گری همچون هوش، ویژگی‌های شخصیتی، موقعیت اجتماعی و خانوادگی افراد بوده است. همچنین به‌دلیل شیوع آنفولانزا و بعد از آن ویروس کرونا، پیگیری بعد از مداخله آموزشی میسر نشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر کنترل متغیرهای مداخله‌گر، نمونه مورد مطالعه از استان‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج پژوهش را تعمیم داد. همچنین با توجه به نتایج این مطالعه، به‌عنوان یک روش غیر دارویی، غیر تهاجمی و کم‌هزینه، پیشنهاد می‌شود در قالب برنامه‌هایی مدون و به‌صورت دوره‌هایی آموزشی به آموزش والدین به‌خصوص پدران به‌عنوان یکی از منابع حمایتی اصلی خانواده در جهت افزایش تحمل آشفتگی، پذیرش و صبر آنان اقدام شود.

منابع

- [۱] ابوالقاسمی، شهنام؛ نصرت‌پناه، سیاوش؛ شمخانی، لیلا (۱۳۹۴). «تعیین اثربخشی تلفیقی آموزه‌های دینی و آرام‌سازی عضلات» بر تنش ادراک‌شده و تحمل پریشانی والدین کودکان استثنایی»، *پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، شماره ۲۷، دوره جدید، سال بیست‌وسوم، ۹۵-۱۲۱.
- [۲] اسماعیلی‌نسب، مریم؛ اندامی‌خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ مرزخی، امیر (۱۳۹۳). «نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد‌پذیری دانشجویان». *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد‌پژوهی*، ۸ (۲۹): صص ۴۹-۶۳.
- [۳] اکبری، فاطمه؛ یزدخواستی، فریبا؛ شاکه‌نیا، فرحناز (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش معنویت بر فشار روانی و سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی»، *روانشناسی افراد استثنایی*، ۵ (۱۷)، صص ۱۸۶-۱۶۹.
- [۴] امیری، مهسا؛ علی‌زمانی، امیرعباس (۱۳۹۷). «بررسی "تنهایی اگزستانسیال" در دنیای مدرن و روش‌های مواجهه با آن با تکیه بر آرای "اروین یالوم"»، *غرب‌شناسی بنیادی*، سال نهم، شماره اول، صص ۱-۲۲.
- [۵] انجمن روانپزشکی آمریکا، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*، DSM-5، (۱۳۹۳). ترجمه فرزین رضایی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو، تهران: ارجمند.
- [۶] ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*، چ سوم، تهران: جنگل.

- [۷] بخشی‌زاده، شهرزاد؛ افروز، غلامعلی؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن (۱۳۹۵). «آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر سلامت روانی و تاب‌آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته‌گام (کم‌توان ذهنی)»، *ارمغان دانش*، ۲۱ (۵): صص ۴۹۲-۵۱۲.
- [۸] بوالهری، جعفر؛ غباری بناب، باقر؛ قهاری، شهربانو؛ میرزایی، مصلح؛ راقبیان، رؤیا؛ دوست‌علی‌وند، هدی؛ زارعی دوست، الهام (۱۳۹۲). *مهارت‌های معنوی*، کتاب ویژه مربیان. چ اول، تهران: دانشگاه تهران.
- [۹] پارگامنت، کنت (۱۳۹۶). *روان‌درمانی آمیخته با معنویت*، ترجمه محمد کلانتر، محمد حسینی و سجاد مطهری، چ دوم، تهران، آوای نور.
- [۱۰] پسندیده، عباس (۱۳۹۱). *رضایت از زندگی*، چ یازدهم، قم: سازمان چاپ و نشر دارالحديث.
- [۱۱] جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا؛ بهرامی هیدجی، مریم (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان»، *فصلنامه علمی روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۱۳، شماره ۴ (۵۲)، صص ۵۲۷-۵۴۸.
- [۱۲] حسین ثابت، فریده (۱۳۸۷). «اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی». *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱ (۲)، صص ۹۲-۷۹.
- [۱۳] خدادادی سنگده، جواد؛ قمی، میلاد (۱۳۹۶). «اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان سرطانی». *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۱۲۵-۱۴۱.
- [۱۴] خرمایی، فرهاد؛ فرمانی، اعظم؛ سلطانی، اسماعیل (۱۳۹۳). «ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس صبر»، *اندازه‌گیری تربیتی*، دوره ۵، شماره ۱۷، صص ۸۳-۱۰۰.
- [۱۵] رشیدزاده، عبدالله؛ بدری گرگری، رحیم؛ واحدی، شهرام (۱۳۹۷). «تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی اسلامی در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم»، *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، سال سوم، شماره ۷، صص ۵۹-۸۶.
- [۱۶] زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ زرگر، محمد و چگینی، علی‌اصغر (۱۳۹۰). «رابطه نگرانی و نقص در تعدیل هیجانی با سلامت روانی و کیفیت زندگی در دانشجویان»، *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۳)، صص ۲۴۳-۲۳۵.
- [۱۷] سبیدری، مهدی‌یوسف؛ بهرامی، فاطمه؛ نامدارپور، فهیمه (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری مادران دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه استثنایی شهر اصفهان»، *اولین کنفرانس توسعه ملی پایدار در روانشناسی و علوم تربیتی ایران*.
- [۱۸] شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۸). «درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات دینی»، *دوفصلنامه علمی-تخصصی مطالعات اسلام و روانشناسی*، سال سوم، شماره ۴،

صص ۸۲-۶۵.

[۱۹] شکوهی امیرآبادی، لیلیا؛ خلعتبری، جواد و رضابخش، حسین (۱۳۸۹). «استرس ادراک‌شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبک‌های اسنادی مختلف در سال ۸۷». *نواوری‌های مدیریت آموزشی*، شماره ۲۰، صص ۱۰۷-۱۳۰.

[۲۰] صحراپیان، علی؛ غلامی، عبدالله و امیدوار، بنفشه (۱۳۹۰). «رابطه نگرش مذهبی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز»، *نشریه افق دانش، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، دوره ۱۷، شماره ۱ (پیاپی ۵۱)، صص ۶۹-۷۴.

[۲۱] صدیقی ارفع، فریبرز؛ حسامپور، فاطمه (۱۳۹۴). «رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی»، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴ (۴): صص ۴۲-۵۲.

[۲۲] صفاآرا، مریم؛ بخشی‌زاده، محمد (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش بخشودگی بر بهزیستی روانشناختی و شادکامی مادران دانش‌آموزان دارای اختلال خاص یادگیری شهر طبس»، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دوره ۷، شماره ۲۸، صص ۱۸۷-۲۰۸.

[۲۳] صلیبی، ذریه؛ شمسایی، محمدمهدی (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر خودکارآمدی و امید به آینده والدین کودکان اوتیستیک و کم‌شنوای شهر گرگان»، *کنفرانس ملی پژوهش‌های کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران*، تهران.

[۲۴] طیبی رامین، زهرا؛ موللی، گیتا و رضایی مدنی، مرتضی (۱۳۹۵). «اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا»، *رفاه اجتماعی*، سال شانزدهم، شماره ۶۱، صص ۲۴۲-۲۲۱.

[۲۵] ظهراپنیا، الهام و رضاخانی، سیمین (۱۳۹۴). «اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش امیدواری و تاب‌آوری معلولین جسمی حرکتی»، *کنفرانس یافته‌های بین‌المللی نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی*.

[۲۶] عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). «کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۱۰)، صص ۸۰-۶۵.

[۲۷] عزیزی ابرقویی، مریم (۱۳۹۰). «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان». *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی*، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

[۲۸] عزیزی، میلاد و علیزمانی، امیرعباس (۱۳۹۴). «بررسی دیدگاه اروین یالوم درباره ارتباط دغدغه‌های وجودی مرگ‌اندیشی و معنای زندگی»، *پژوهش‌های هستی‌شناختی*، سال ۴، شماره ۸، صص ۱۹-۳۷.

- [۲۹] علی‌بخشی، زهرا؛ ممقانیه، مریم و علیپور، احمد (۱۳۹۰). «رابطه توکل بر خدا و سلامت روان دانشجویان پیام نور، مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی»، سال پانزدهم، شماره یک، پیاپی ۴۶، صص ۴۷-۶۵.
- [۳۰] فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۹۱). *معنادرمانی*، ترجمه مهین میلانی و نهضت صالحیان، تهران، درس. قرآن کریم (۱۳۸۰). ترجمه مهدی الهی‌قمشه‌ای، قم: فاطمه‌الزهرا.
- [۳۱] کلینی، محمدبن یعقوب (۱۳۷۵). *اصول کافی*، جلد ۴، ترجمه محمدباقر کمره‌ای، چ ۳، قم: اسوه.
- [۳۲] کنعانی، کبری؛ گودرزی، محمدعلی (۱۳۹۵). «تأثیر معنادرمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی»، *سلامت جامعه*، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۶۲-۵۲.
- [۳۳] لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام (۱۳۸۵). *روان‌شناسی مرضی کودک*، تهران: ارسباران.
- [۳۴] لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ ارجمند، سوگند؛ موسوی، مهدی؛ هاشمیه، مژگان (۱۳۹۱). «تربیتی مداخله معنوی بر کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، *مجله اخلاق پزشکی*، ۶ (۲۰)، صص ۱۷۳-۱۸۶.
- [۳۵] مصدق، ندا؛ غباری بناب، باقر؛ پیرزادی، حجت؛ شفیعی، ناهید (۱۳۹۲). «پیش‌بینی سلامت روان براساس درک معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی ابتدایی شهر گرگان»، *فصلنامه کودکان/استثنایی*، شماره ۴۹، صص ۱۵-۲۲.
- [36] Bluth, K., Raberson, P.N.E., Billen, R.M., Sams, J.M. (2013). A Stress Model for Couples Parenting Children With Autism Spectrum Disorders and the Introduction of a Mindfulness Intervention. *J of Family Theory and Review*, 5(3), 194-213.
- [37] Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., Emami, A. H. (2016). Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(2), 545-552.
- [38] Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical nursing research*, 14(3), 253-272.
- [39] Davis, D. M., Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of *psychotherapy-related research*. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- [40] Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.
- [41] Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation mental health status and the self – assessed social and Psychological impact of the child's difficulties. *Journal Intellect Disabil Res*, 47 (pt4-5), 385-99.
- [42] Farber, B. (1975). *Family adaptation to severely mentally retarded children*. The mentally retarded & society, Univcity Park Press.
- [43] Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masudam, A., Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and outcomes*.
- [44] Keisling, B. L., Bishop, E. A., Kube, D. A., Roth, J. M., Palmer, F. B. (2017). Long-term pediatrician outcomes of a parent led curriculum in developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 16-23.

- [45] Khamis, V. (2007). Psychology distress among parents of children with mental retardation in united Arab Emirat .*Social science medicine*, 64,850-857.
- [46] Krstic, T., Mihic, L., Mihic, I. (2015). Strss and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 135-143.
- [47] Küçük Alemdar, D., Kardaş Özdemir, F., Güdücü Tüfekci, F. (2018). The effect of spiritual care on stress levels of mothers in NICU. *Western journal of nursing research*, 40(7), 997-1011.
- [48] Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- [49] Myrbakk, E. & Tetzchner, S. V. (2008).Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316-332.
- [50] Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- [51] Seligman, M. E. P., Peterson, C., Park, N.(2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v23, No. 5, 603-619.
- [52] Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- [53] Starnino, V. R., Canda, E. R. (2014). The spiritual developmental process for people in recovery from severe mental illness. *J of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33(3-4), 274-299.
- [54] Vieten, C., Scammell, S. (2015). *Spiritual and religious competencies in clinical practice: Guidelines for psychotherapists and mental health professionals*. New Harbinger Publications.
- [55] Widmer, E. D., Kempf, N., Sapin, M., Galli-Carminati, G. (2013). Family beyond parents? An exploration of family configurations and psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 207-217.
- [56] Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.

ضمائم

فرم مصاحبه نیازسنجی معنوی که محقق با هدف شناسایی رنج مادران و نیازسنجی معنوی آنان براساس نظرات مشاوران مدرسه استثنایی و کارشناس اداره استثنایی و اساتید مشاور و راهنما تهیه کرده است:

پرسش‌های مصاحبه نیازسنجی معنوی برای استخراج رنج مادران

سؤال اصلی ۱: کدام جنبه از مشکلاتان بیش از همه شما را اذیت می‌کند؟ (امیری و علی‌زمانی ۱۳۹۷).

سؤال اصلی ۲: چه چیزی در زندگی‌تان وجود دارد که به شما قوت قلب و آرامش درونی می‌بخشد؟ (شناسایی نظام‌های حمایتی، منابع امید، معنا، آسودگی، صلح، عشق و ارتباط فرد).

سؤال فرعی ۲: مشکل اصلی‌تان را چه می‌بینید؟ مردم اغلب مشکلاتشان را به شیوه خاص خودشان درک می‌کنند، شما مشکل خودتان را چگونه توصیف می‌کنید؟ (امیری و علی‌زمانی ۱۳۹۷).

سؤال فرعی ۳: گاهی اوقات افراد راه‌های مختلفی را برای برخورد با مشکلاتی شبیه به مشکل شما در اختیار دارند، شما برای سازگاری با مشکلاتان چه کارهایی انجام داده‌اید؟ (امیری و علی‌زمانی ۱۳۹۷). یا به عبارتی چه چیزی در درونتان وجود دارد که می‌توان با استفاده از آنها شرایط فعلی را با رضایت و به‌خوبی بگذرانید؟ (بوالهروی و همکاران ۱۳۹۲).

سؤال فرعی ۴: چه چیزی (در این شرایط سخت با دشواری‌ها و پیامدها و رنج‌هایی که به‌دنبال دارد) به زندگی شما معنا و مفهوم می‌بخشد؟ (کنعانی و گودرزی ۳۹۵). یا آن چیزی که در مسیر سختی‌های زندگی باعث شده تمام تلاشتان را بکنید و سختی‌ها را به‌جان بخرید و گفته‌اید ارزشش را دارد، چه بوده است؟

سؤال فرعی ۵: وقتی متوجه معلولیت ذهنی فرزندتان به‌همراه پیامدهای دشوار و گرفتاری‌های زیاد آن شدید و فهمیدید که هیچ امیدی برای تغییر معلولیت از طریق کمک‌گرفتن از نیروهای مادی و اجتماعی نمی‌ماند، چه چیزی در زندگی کمی حال بدتان را بهتر می‌کرد؟ یا چه چیزهایی را در زندگی تجربه کردید که باعث قوت قلب و آرامشتان شد؟