

## تدوین برنامه آموزش گروهی ارتقاء معنویت و بررسی پیامدهای روانشناختی آن برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی

اکرم حسنی<sup>۱</sup>، حمید علیزاده<sup>۲</sup>، باقر غباری بناب<sup>۳</sup>، شهلا پزیشک<sup>۴</sup>، فرنگیس کاظمی<sup>۵</sup>

### Developing a group intervention program to promote the spirituality (GIPS) for mothers of intellectually disabled children and assessing its effectiveness on marital satisfaction

Akram Hasani<sup>1</sup>, Hamid Alizadeh<sup>2</sup>, Bagher Ghojari Bonab<sup>3</sup>, Shahla Pezeshk<sup>4</sup>, Farangis Kazemi<sup>5</sup>

#### چکیده

**زمینه:** دشواری‌های تربیتی، آموزشی و توان‌بخشی کودکان با کم‌توان ذهنی والدین آن‌ها را با مشکلات و موانع بی‌شماری مواجه کرده است، مادران این کودکان به دلیل پیوند عاطفی قوی‌تر و نقش پررنگ‌تری که در تربیت و آموزش فرزند خود عهده‌دار هستند، زمان بیشتری را به آن‌ها و برآورده کردن نیازهایشان اختصاص می‌دهند، ازاینرو بیشتر در معرض مشکلات جسمی و روانی قرار دارند. **هدف:** تدوین برنامه آموزش گروهی ارتقاء معنویت و بررسی پیامدهای روان‌شناختی آن برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی بود. **روش:** پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۶ نفر از مادران با روش نمونه‌گیری به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: مقیاس معنویت پارسیان و دانینگ (۲۰۰۹)، مقیاس رضایت زناشویی انریچ فوور و اولسون (۱۹۸۹) و آموزش گروهی ارتقاء معنویت ساخته (۱۳۹۸). تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری انجام شد. **یافته‌ها:** برنامه آموزشی بر ابعاد کلی معنویت تأثیرگذار بود ( $P > 0/05$ ). بین دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد کلی رضایت زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P > 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان برای افزایش رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از روش مداخله ارتقاء معنویت بهره برد. **واژه کلیدیها:** برنامه آموزش گروهی ارتقاء معنویت، پیامدهای روان‌شناختی، مادران، کودکان با ناتوانی هوشی

**Background:** The educational, educational, and rehabilitative difficulties of children with intellectual disabilities have caused their parents numerous difficulties and obstacles. Mothers of these children have more time to develop and empower their children because of their stronger emotional bond and a stronger role in their child's education and education. They are dedicated to meeting their needs, so they are more vulnerable to physical and mental problems. **Aims:** The purpose of this study was to develop a group education program to promote spirituality and its psychological consequences for mothers of children with intellectual disabilities. **Method:** The study was a pretest-posttest with control group. 36 mothers were selected by random sampling method and assigned to experimental and control groups. Research tools include Parsian & Dunning (2009) Spirituality Scale, Enrich Fowler & Olson Marital Satisfaction Scale (1989), and researcher-made spirituality group training (2019). Data analysis was performed using univariate analysis of variance. **Results:** The educational program had significant effect on overall spirituality ( $P < 0/05$ ). There was a significant difference between the experimental and control groups in the overall dimensions of marital satisfaction in the post-test and follow-up stages ( $P < 0/05$ ). **Conclusions:** Spiritual intervention can be used to increase the marital satisfaction of mothers with mentally retarded children. **Key Words:** Spiritual promotion group training program, psychological outcomes, mothers, children with IQ

Corresponding Author: hasani.akram@yahoo.com

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Ph.D Student in Psychology & Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

<sup>۳</sup> استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

<sup>۴</sup> دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

<sup>۵</sup> دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۵</sup> Associate Professor, Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۰/۱۳

دریافت: ۹۸/۰۹/۰۶

## مقدمه

اختلال‌های عصب تحولی<sup>۱</sup> به گروهی از اختلال‌ها گفته می‌شود که در دوره رشد بروز می‌کنند. این اختلال‌ها عموماً در اوایل دوره تحول یعنی قبل از سن مدرسه شروع شده و با نقایص تحولی مشخص می‌شوند که سبب تخریب کارکرد شخصی، اجتماعی و تحصیلی فرد می‌شود. یکی از اختلال‌های عصب تحولی شایع و با اثرات مخرب ناتوانی هوشی<sup>۲</sup> (اختلال رشد هوش) است. ناتوانی هوشی بر اثر طیفی از عوامل محیطی و ژنتیکی ایجاد می‌شود که منجر به مشکلات متعدد شناختی و اجتماعی در فرد می‌شود. براساس تعریف انجمن ناتوانی‌های ذهنی و رشدی آمریکا<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، ناتوانی هوشی عبارتست از محدودیت‌های چشم‌گیر در کارکرد هوشی (استدلال، یادگیری و حل مسأله) و رفتارهای سازشی (مهارت‌های مفهومی) که قبل از سن ۱۸ سالگی ظهور می‌کند. در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) ناتوانی هوشی اختلالی است که در دوره تحول شروع می‌شود و با محدودیت‌های قابل ملاحظه‌ای در کارکردهای شناختی و رفتارهای سازشی همراه است که بسیاری از مهارت‌های اجتماعی و عملی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات اساسی در این اختلال شامل نقایص کلی در توانایی‌های ذهنی، از جمله استدلال، حل مسأله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، پیشرفت تحصیلی و یادگیری از تجربه و محیط است. این مشکلات باعث افت عملکرد انطباقی در فرد می‌شود، به طوری که فرد قادر نیست به استانداردهای استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی در یک یا چند جنبه زندگی روزمره از قبیل ارتباطات بین فردی، مشارکت‌های اجتماعی، کارکردهای تحصیلی و استقلال فردی در خانه و جامعه دست یابد. این اختلال در حدود یک درصد از افراد جامعه را درگیر و در مجموع در بین پسران شایع‌تر از دختران است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

هرچند وجود کودک با ناتوانی هوشی در بعضی شرایط می‌تواند، باعث بهتر شدن جو عاطفی خانواده شده و تأثیرات مثبتی بر روابط بین زوجین داشته باشد؛ با این وجود تأثیرات مخرب آن در برهم زدن تعادل روانی، عاطفی و اقتصادی خانواده‌ها غیرقابل انکار

است. دشواری‌های تربیتی، آموزشی و توان‌بخشی کودکان با ناتوانی هوشی والدین آنها را با مشکلات و موانع بی‌شماری مواجه کرده است، ولی با این حال مادران این کودکان به دلیل پیوند عاطفی قوی‌تر و نقش پررنگ‌تری که در تربیت و آموزش فرزند خود عهده‌دار هستند، زمان بیشتری را به آنها و برآورده کردن نیازهایشان اختصاص می‌دهند؛ از این رو بیشتر در معرض مشکلات جسمی و روانی قرار دارند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که مادران کودکان با ناتوانی هوشی نسبت به پدران آن سطح بالایی از استرس، افسردگی، اضطراب، مشکلات شناختی، ضعف در تصمیم‌گیری و حل مسأله، خستگی، ناامیدی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و فشار روانی نشان می‌دهند. به طور مشخص بیشترین آسیب‌ها در بافت خانواده و معطوف بر مراقب اصلی کودک یعنی مادر وی است، در واقع ارتباط دوگانه و مستقیمی میان سلامت مادر با سلامت کودک به چشم می‌خورد و این امر به ویژه در کودکان دارای اختلال صادق است به طور مثال یامائوکا و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود اذعان کردند که حضور یک یا دو فرزند با اختلال در خانواده به شکل معناداری با پریشانی‌های عاطفی مادر همبسته است. پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی نیز به اتفاق گواهی می‌دهند که مشکلات ناتوانی هوشی در گسترده‌ترین شکل ممکن، از واکنش‌های نوروتیک؛ به طور مثال احساس شرم و گناه (حجت خواه، سید محسن و مصباح، ۱۳۹۵)، مرگ روانشناختی<sup>۵</sup> (گالاگهر، فیلیپس، الیور و کارول، ۲۰۰۸)، انکار محدود واقعیت (کرگر یا، آلوز و آگویار، ۲۰۱۶) و کمال‌گرایی<sup>۶</sup> (کلارک و کوکر، ۲۰۰۹)، تا اختلال‌های بالینی روانشناختی؛ به طور مثال اضطراب (ازیم و همکاران، ۲۰۱۳) و افسردگی (محمدی قره قوزلو، گل محمدی نژاد و جوانمرد، ۱۳۹۱)، در مادران کودکان کم‌توان به چشم می‌خورد. به طور مشخص اثرات منفی کم‌توانی ذهنی تا حد زیادی از توانمندی مادر برای ایفای مناسب نقش‌های خود در ساختار خانواده می‌کاهد و منجر به نقایص ارتباطی - عاطفی با سایر اعضای خانواده می‌شود. عمده این نقایص را به شکل گسترده می‌توان در حوزه ارتباطات زناشویی و به شکلی دقیق‌تر در رضایت زناشویی رصد کرد.

4. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

5. American Psychiatric Association

6. Perfectionism

1. neurodevelopmental disorders

2. Intellectual disability

3. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

با تکیه بر ویژگی‌های منحصر به فردی چون کمک به ذهن آگاهی پایدار، طرد استرس و هیجان منفی، حمایت از شروع دوباره و مثبت، پرورش آرامش و اعتمادسازی نسبت به جامعه، امروزه بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته‌اند (رز، کندی و مکناب، ۲۰۱۵). علی‌رغم شرح مذکور به دلیل گستردگی مفاهیم معنوی و تفاوت‌های فرهنگی - نژادی در تأثیرپذیری از مداخله‌های معنوی (رز و همکاران، ۲۰۱۵، حفتی، ۲۰۱۱)، کماکان استفاده از مداخله‌های مذکور مورد بحث است و خلأ شیوه‌های استاندارد برای این دست از مداخلات حس می‌شود. این پیچیدگی زمانی بیشتر می‌شود که گروه‌های خاص هدف (حفتی، ۲۰۱۱) چون گروه‌های استثنایی مدنظر برای مداخلات باشد، لذا مداخلات سازش یافته بر مبنای نیازهای گروه مورد بررسی می‌تواند با حداکثر رساندن آثار مداخلات به کاربندی قابل توجه در باب کاهش مشکلات بیانجامد. جدای از اثرات پایدار ناتوانی هوشی بر فرد مبتلا و بافت پیرامونش، شیوع قابل ملاحظه این اختلال دلالت مهمی برای ضرورت تدوین مداخله‌ای استاندارد شده نزد پژوهشگران است، در واقع میزان شیوع مطمئن ناتوانی هوشی در جمعیت کل حدود ۱ درصد برآورد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، حال آن که با در نظر گرفتن تمامی موارد پنهان این اختلال انتظار می‌رود میزان این نرخ شیوع بسیار بیشتر باشد (نایویوس و همکاران، ۲۰۱۷). با در نظر گرفتن همین میزان از شیوع در کشور ایران با حدود ۸۰ هزار کودک کم‌توانی هوشی و به تبع همین حدود مادران آنها روبه‌رو هستیم که این امر لزوم توجهات ویژه حمایتی را یادآور می‌شود. با توجه به ابعاد سازه معنویت و ویژگی‌های منحصر به فرد بالینی آن؛ چون افزایش رضایت از زندگی، شادی و امید به ارتقاء کیفیت (یانگ، ۲۰۱۲)، افزایش همدلی، بخشش و حق‌شناسی (بارتون و میلر، ۲۰۱۵)، افزایش سلامت عمومی و سلامت روان (هوداپ و زوئینگ من، ۲۰۱۹)؛ و همچنین اهمیت آمیزه‌های معنوی - مذهبی در فرهنگ ایرانی، مداخله‌های مذکور با تکیه بر این آمیزه‌ها تدوین و به دنبال آن آثار مداخلات در گستره زمان می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد. از اینرو، پژوهش حاضر با توجه به موارد ذکر شده به دنبال آن است که با تدوین و ارائه مداخله‌ای کارآمد و مثبت نگر در زمینه معنویت بتواند در جهت رفع خلأ مذکور، یکی

رضایت زناشویی<sup>۱</sup>، یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آنچه در زندگی خود تجربه می‌کند، در واقع رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است (وینچ، ۱۹۷۴). این مؤلفه در حفظ تعادل زندگی و جو عاطفی خانواده نقش حیاتی داشته، موجب شادمانی، سلامت جسمانی و مقاومت بدن در برابر بیماری‌ها شده و افسردگی و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این یکی از عوامل مؤثر برای مقابله با فشارهای زندگی و داشتن عملکرد مناسب در زندگی، تعامل با فرزندان و سلامت روان والدین به حساب می‌آید (معمدی، غباری بناب و ابرغم، ۱۳۹۵). شرایط پیرامون فرزند کم‌توان تا حد زیادی می‌تواند این مؤلفه مهم در سازگاری را تحت تأثیر قرار دهد، به‌طور مثال خدابنده و همکاران (۲۰۱۶) اذعان داشتند که مادران کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل اثرات منفی اختلال چون تغییرات مهم در خصائص بیمارگونه، رضایت زناشویی بسیار پایینی را حتی در قیاس با مادران کودکان معلول جسمی تجربه می‌کنند (خدابنده، محمدی، تقی نژاد و جلالی، ۲۰۱۶). در همین راستا رابینسون و نیس (۲۰۱۵) اظهار داشتند که رضایت زناشویی پایین که عموماً در مادران کودکان دارای اختلال‌های تحولی دیده می‌شود، می‌تواند به شکل دقیقی میزان بالای مشکلات رفتاری فرزند را پیش‌بینی کند. با توجه به موارد مطرح شده نیاز به مداخله‌های مثبتی که بتواند با افزایش تاب‌آوری مادران، آنها را در ایفای نقش‌های خانوادگی و اجتماعی خود یاری کند، حس می‌شود. به نظر می‌رسد معنویت از جمله بسترهایی باشد که بتوان بر اساس آن مداخله‌های کارآمد و مثبتی را در حوزه رضایت زناشویی ترسیم کرد.

معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (مصدق، غباری بناب، پیرزادی و شفیع، ۱۳۹۲). معنویت چه به دنبال ارتباط با منبعی مقدس و چه در پی واقعیتی غایی باشد، با نوعی تعالی و اخلاق مسئولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیتی غایی همراه است. با اتخاذ هر رویکردی به معنویت این سازه با افکار مثبت و تاب‌آوری همراه است (فنگاف، ۲۰۱۴). لذا می‌تواند به صورت منبعی قدرتمند برای مداخله‌های مثبت روانشناختی مدنظر قرار گیرد. در واقع مداخله‌های مبتنی بر معنویت

<sup>۱</sup>. Marital Satisfaction

از دو جلسه در جلسات مداخله بود. با رعایت اصول اخلاقی احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان به طوری که جهت محرمانه بودن، کدگذاری شده و اسامی آنها حذف شد؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت کنندگان؛ کسب رضایت کتبی به منظور شرکت در پژوهش، آزاد بودن شرکت کنندگان برای خروج از روند پژوهش، به طوری که آنها در هر مرحله از پژوهش که مایل بودند می توانستند از ادامه همکاری در پژوهش صرف نظر نمایند، گروه آزمایش ۱۱ جلسه معنویت درمانی گروهی را به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۷۰ دقیقه دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها در جلسه‌های ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شرکت کردند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس بین - درون گروهی مختلط با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

### ابزار

مقیاس معنویت (Spirituality Scale): در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی سازه همگرا برای مداخله مبتنی بر ارتقاء معنویت از مقیاس معنویت پاریسیان و دانینگ (۲۰۰۹) استفاده شد. این ابزار شامل ۲۹ گویه است که به صورت خودگزارشی و در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (۱ تا ۴) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس شامل چهار خرده مقیاس خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی است که برای هر یک از خرده مقیاس‌ها نمرات به‌طور جداگانه‌ای محاسبه و نمره کل معنویت از جمع کل نمرات به دست می‌آید. پاریسیان و دانینگ (۲۰۰۹)، اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. شواهد نشان می‌دهد که این ابزار در ایران نیز از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است. امینایی، اصغری ابراهیم‌آباد، آزادی و سلطانی شال (۱۳۹۴) در پژوهشی اعتبار این آزمون را با روش آلفای کرونباخ برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۹ برآورد کردند.

مقیاس رضایت زناشویی انریچ (Marital Satisfaction Scale ENRICH): این مقیاس دارای ۱۱۵ گویه است و توسط فورور و اولسون (۱۹۸۹) طراحی شده است. این ابزار ابعاد دوازده‌گانه‌ای از

از مهمترین حوزه‌های سازش فردی مادران کودکان با ناتوانی هوشی یعنی رضایت زناشویی را مدنظر قرار داده و در جهت بهبود آن گامی بردارد. برای رسیدن به این هدف پژوهشگران در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به دو پرسش پیش رو هستند: نخست اینکه آیا برنامه آموزشی ارتقاء معنویت محقق ساخته برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی از روایی سازه مناسبی برخوردار است؟ و دوم آیا آموزش ارتقاء معنویت تأثیر معناداری بر بهبود ابعاد رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد؟

### روش

پژوهش از نوع یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی ۱۳-۶ سال در مدارس ابتدایی شهر تهران در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود که نمونه موردنظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین این افراد انتخاب شد. از بین مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی ۳۶ نفر (دو گروه ۱۸ نفره) که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش حاضر را احراز کرده و همچنین برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل، متأهل بودن، مادر تکی کودک بودن، تحصیل فرزند در دوره دبستان با حداقل سن تقویمی ۶ سال و حداکثر ۱۳ سال، عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی خاص، عدم اعتیاد به مواد مخدر، داشتن تحصیلات حداقل سیکل بود. همچنین همبودی ناتوانی هوشی با دیگر اختلالات‌های عصب - تحولی از قبیل طیف اوتیسم و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان با استفاده از نمرات برش بیش از ۵۰ در مقیاس سنجش طیف اوتیسم (اهلر و گیلبرگ، ۱۹۹۳) و نمرات بیش از ۶۵ در مقیاس رتبه‌بندی کانرز - فرم والدین (کانرز، ۱۹۹۰) کنترل شد، وجود مشکلات حاد هیجانی مادر نیز با استفاده از نمرات مقیاس افسردگی - اضطراب و استرس (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵) کنترل شد، به این صورت که آزمودنی‌هایی که ۲- انحراف معیار و یا بیشتر از عملکرد هنجار فاصله داشتند، از روند پژوهش حذف شدند، افزون بر این، مادرانی که تحت درمان داروهای مؤثر بر هوشیاری، دارای مشکلات ارتباطی حاد و یا درک زبان فارسی دچار مشکل بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین ملاک‌های خروج شامل طلاق و یا فوت همسر در جریان پژوهش، غیبت بیش

نشان‌دهنده‌ی مناسب بودن روایی محتوایی برنامه‌ی مداخله‌ای معنویت درمانی طراحی شده است. این برنامه در ۱۱ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (هفته‌ای دو جلسه) و سه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخله گروهی ارتقاء معنویت در جدول ۱ گزارش شده است.

### یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۴/۲۲ بود. همچنین بررسی دیگر اطلاعات جمعیت شناختی حاکی از آن بود که ۵۶ درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم، ۶۴ درصد به لحاظ اشتغال بیکار یا خانه‌دار و عموماً وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند. به منظور مقایسه‌ی داده‌های به دست آمده از دو گروه، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات معنویت و رضایت زناشویی در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده‌اند. بررسی اجمالی میانگین‌های دو گروه در جدول ۲، حاکی از افزایش معنادار نمرات پس‌آزمون نمره کل معنویت و نمره کل رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است. به عبارت دیگر آموزش ارتقاء معنویت در مانی، موجب افزایش میانگین نمرات معنویت و رضایت زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

در ادامه پس از بررسی و برقراری پیش‌فرض‌های لازم، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه به منظور تقلیل تفاوت‌های اولیه بین دو گروه و مقایسه‌ی پس‌آزمون‌ها استفاده شد (جدول ۳ و ۴). در ابتدای امر لازم است که از مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس مبنی بر نرمال بودن نمونه مورد نظر از لحاظ متغیر مورد سنجش، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و کنترل اطمینان یابیم، بدین منظور برای مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک و برای یکسانی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در متغیرهای معنویت و سازگاری زناشویی از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). ازین رو، می‌توان اظهار داشت که متغیرهای مورد نظر در جامعه پژوهش دارای توزیع نرمالی هستند و نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش برقرار است. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که متغیرهای مورد نظر در این آزمون معنادار نیست ( $P > 0/05$ )، در واقع می‌توان گفت که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس

رضایت زناشویی شامل تحریف آرمانی (پاسخ قراردادی)، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی؛ را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (فوور و اولسون، ۱۹۸۹). به جز خرده‌مقیاس تحریف آرمانی که ۵ سؤال دارد بقیه خرده‌مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال می‌شوند و ابعاد متنوع رضایت زناشویی در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (فوور و اولسون، ۱۹۸۹). همچنین فوور و اولسون (۱۹۸۹) اعتبار بازآزمایی ۴ هفته‌ای این مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش کردند. برای این مقیاس بود که نتایج مذکور از اعتبار قابل قبول حکایت داشت. پژوهش‌های داخلی نیز گواه اعتبار قابل قبول مقیاس مذکور است، به‌طور مثال در پژوهشی مهدویان ضریب همبستگی پیرسون برای بازیک هفته‌ای این ابزار را برای گروه نمونه مردان ۰/۹۳۷، زنان ۰/۹۴۴ و برای کل نمونه ۰/۹۴ برآورد کرد (صادقی، موسوی، موتابی و دهقانی، ۱۳۹۴). سلیمانان (۱۳۷۳) و فرقانی (۱۳۸۲) اعتبار کل مقیاس را با استفاده از روش آلفا به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۶ برآورد کردند (پوردهقان، محمدی و محمودنیا، ۱۳۸۷). طلایی‌زاده، فخری و بختیارپور (۱۳۹۵) در پژوهشی میزان اعتبار کل این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند.

برنامه آموزش گروهی ارتقاء معنویت (Spiritual Promotion Group Training program): برنامه ارتقاء معنویت که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، یک برنامه ۱۱ جلسه‌ای است که با پیشینه کاوی مبانی نظری و پژوهشی موجود توسط تیم پژوهشی، پژوهش حاضر طراحی و در گروه نمونه مورد نظر امکان‌سنجی شد. این برنامه، با محوریت قرار دادن معنویت و ترکیب مباحث مختلف روانشناختی و معنوی برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی طراحی شده است. جهت بررسی تبدیل قضاوت‌های کیفی متخصصان (داوران) به کمیت درباره روایی محتوای برنامه معنویت درمانی طراحی شده برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی از ضریب نسبی روایی محتوا لاوشه، استفاده شد. نتایج محاسبه ضریب روایی محتوایی برای همه‌ی جلسات بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمد که این امر

خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی بوده است؛ همچنین  
 عدم معنادار هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط  
 برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس  
 خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی بوده است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۱. محتوای جلسه های مداخله گروهی ارتقاء معنویت برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی

جلسات	محتوا	تکالیف منزل
جلسه نخست	توضیح طرحواره ها، بحث پیرامون افکار، باورها و انتظارات غیرمنطقی و ناکارآمد، اصلاح الگوی طرحواره های ناکارآمد.	تکمیل کاربرگ های واکاوی تفکر منطقی درباره خود و دیگران و مشاهده الگوهای پنهان
جلسه دوم	بیان تعاریف مختلف از معنویت، آشنایی با معنویت و تفاوت آن با مذهب و اخلاق، توضیح تفاوت احساسات و هیجانات پایه (غم، شادی، خشم و نفرت) در قیاس با هیجانات پیچیده و مهم در معنویت (مثل حس شرم، گناه، پذیرش و...)، توضیح فرآیند شکل گیری طرحواره ها و ایجاد طرحواره معنویت.	تکمیل کاربرگ طرحواره های معنوی
جلسه سوم	بیان ارتباط فعالیت های معنوی و ایجاد آرامش، توضیح ذهن آگاهی و تأثیرات بر عملکرد، توضیح ارتباط ذهن آگاهی با معنویت، تمرین تکنیک های تن آرامی	انجام تمرینات تن آرامی تلاوت آیات منتخب قرآن خواندن نماز توأم با ذهن آگاهی و تدبیر
جلسه چهارم	تفکر در مورد خود و شناخت ضعف و قوت های فردی، کمک به شناخت ضعف و قوت های معنوی شرکت کنندگان، ارائه راهکارهای افزایش نقش مراقبت های معنوی	تکمیل کاربرگ نقاط قوت و ضعف معنوی
جلسه پنجم	بررسی اثرات حضور در اجتماعات معنوی، بررسی مقایسه های نزولی و صعودی، بررسی اثرات کمک به دیگران (ایثار، محبت کردن و...)	شرکت در اجتماعات معنوی با در نظر گرفتن احوالات قبل و بعد از مشارکت کمک داوطلبانه به دیگران در فعالیت های دو و چندجانبه
جلسه ششم	آشنایی با فرآیند چند مرحله ای بخشش، توضیح تفاوت بخشش و بخشایش، بیان مواردی که بخشش به حساب نمی آید، چند نمونه از عفو معصومین (ع) و بزرگان، بحث تعاملی پیرامون آثار هیجانی، رفتاری و شناختی بخشش.	تکمیل کاربرگ بخشش
جلسه هفتم	توضیح انواع نیایش با خداوند، توضیح انواع سبک های دل بستگی به خدا، گفتگو در مورد فضیلت توکل، توضیح آثار روانشناختی و معنوی توکل بر خداوند.	نوشتن نامه به خداوند
جلسه هشتم	توضیح در مورد انواع عدل و تفهیم عدل الهی از منظر معصومین (ع) و قرآن کریم، توضیح در مورد جبرگرایی معتدل، بخش کلیبی کوتاه در مورد عظمت کائنات و هستی، توضیح مفهوم غایت نگرایی تخیلی و کمک به درک جایگاه انسان در هستی، توضیح ارتباط متقابل بین عظمت جهان هستی، قدرت برتر هستی و توکل بر این منبع قدرت.	نوشتن متنی کوتاه پیرامون جایگاه مهم من در جهان هستی
جلسه نهم	توضیح هر یک از سبک های اسنادی، تسهیل شناسایی سبک های اسنادی شرکت کنندگان، توضیح ارتباط سبک های اسنادی با ابعاد مختلف سلامت، توضیح مفهوم درماندگی و درماندگی آموخته شده، تشریح ارتباط سبک های اسنادی با پیشرفت در شغل، تحصیل و زندگی مشترک با ارائه نمونه هایی از زندگی افراد موفق، توضیح اهمیت سبک های اسنادی از منظر قرآن کریم و روایات معصومین (ع) در این باب.	تکمیل کاربرگ تشخیص سبک های اسنادی
جلسه دهم	توضیح مدیریت هیجان و اهمیت مدیریت هیجان، توضیح راهبردهای روانشناختی مدیریت هیجان های منفی، تعریف صبر و انواع آن از منظر قرآن کریم، توضیح استفاده از صبر و دیگر فضائل معنوی - مذهبی به عنوان راهبردهای مقابله ای، توضیح فرآیند شناسایی طرحواره های آسیب دیده معنوی خود و تأثیر آن بر افکار، احساسات و رفتارهای همراه با فعال شدن این طرحواره ها	تکمیل کاربرگ واکاوی تجارب استفاده از راهبردهای مقابله ای
جلسه یازدهم	توضیح مفهوم درد و کمک به فهم علت وجود در دو سختی در زندگی، تعبیر معصومین (ع) و دیگر بزرگان، از دنیا و مشکلات آن، تشریح واقعیت زندگی به عنوان مفهومی جامع از درد- لذت، نشاط- حزن، پیروزی و شکست (همراه بخش کلیپ ۵ دقیقه ای)، معنا یافتن برای زندگی و زندگی برای ارزش های فردی، توضیح مفهوم مثبت اندیشی و خوش بینی و ارتباط آن با فهم سودمند معانی رویدادها، تمرین مثبت شناسی در سختی ها تعریف نشاط و نشاط معنوی و ارتباط آن با هیجان های مثبت	نوشتن رویدادهای ناراحت کننده هفته اخیر و معنایابی برای آنها

جدول ۲. داده‌های توصیفی نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای مورد پژوهش				
متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نمره کل معنویت	پیش آزمون	آزمایش	۵۹/۵	۷/۸۳
		کنترل	۵۸/۸۸	۷/۶
	پس آزمون	آزمایش	۸۵/۵۵	۸/۸
		کنترل	۵۸/۳۸	۷/۵۴
نمره کل رضایت زناشویی	پیش آزمون	آزمایش	۸۵/۰۵	۹/۰۳
		کنترل	۵۷/۸۳	۷/۴۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۷۰/۲۷	۲۵/۹۲
		کنترل	۳۷۳/۶۶	۲۲/۷
پیگیری	پیش آزمون	آزمایش	۴۱۰/۴۴	۲۵/۵۴
		کنترل	۳۷۲/۱۶	۲۳/۱۷
	پس آزمون	آزمایش	۴۱۲/۷۲	۲۵/۴۳
		کنترل	۳۷۸/۳۳	۲۶/۸۵

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر معنویت در مراحل پس آزمون و پیگیری							
مرحله	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
پس آزمون	اثر پیش آزمون	۲۰۴۷/۳۳	۱	۲۰۴۷/۳۳	۲۸۲/۲۲	<۰/۰۱	۰/۸۹
	اثر مداخله	۶۳۳۴/۷۵	۱	۶۳۳۴/۷۵	۸۳۷/۲۴	<۰/۰۱	۰/۹۶
پیگیری	اثر پیش آزمون	۲۱۰۴/۸	۱	۲۱۰۴/۸	۲۹۸/۵۶	<۰/۰۱	۰/۹
	اثر مداخله	۶۳۵۷/۱۹	۱	۶۳۵۷/۱۹	۹۰۱/۷۵	<۰/۰۱	۰/۹۷

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر رضایت زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری							
مرحله	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجدورات اتا
پس آزمون	اثر پیش آزمون	۲۰۰۹۴/۰۵	۱	۲۰۰۹۴/۰۵	۴۹۱۶	<۰/۰۱	۰/۹۹
	اثر مداخله	۱۴۱۴۶/۴۸	۱	۱۴۱۴۶/۴۸	۳۴۶۰/۹۳	<۰/۰۱	۰/۹۹
پیگیری	اثر پیش آزمون	۱۹۹۶۳/۸	۱	۱۹۹۶۳/۸	۷۰/۱۳	<۰/۰۱	۰/۶۸
	اثر مداخله	۱۰۲۵۴/۸۹	۱	۱۰۲۵۴/۸۹	۳۶/۰۲	<۰/۰۱	۰/۵۲

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون معنویت گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون حاکی از آن است که مداخله مورد نظر تأثیر معناداری بر معنویت گروه آزمایش داشته است. در واقع با توجه به نتیجه به دست آمده بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر معنویت تفاوت معناداری وجود دارد. برای مقایسه و بررسی جهت تفاوت‌های معنی‌دار مذکور، میانگین تعدیل گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر معنویت نشان داد که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است که نشان دهنده آن است که آموزش ارتقاء معنویت، موجب افزایش معنویت در مادران کودکان دارای کم توانی ذهنی در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. با توجه به مجذور اتای به دست آمده می‌توان چنین گفت که

همان‌طور که در جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون رضایت زناشویی در گروه آزمایش و کنترل پس از تعدیل اثر پیش آزمون حاکی از آن است که مداخله مورد نظر تأثیر مثبت و معناداری بر افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری داشته است. در واقع با توجه به نتیجه به دست آمده بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مقایسه و بررسی جهت تفاوت‌های معنی‌دار مذکور، میانگین تعدیل

مداخلات مذکور به لحاظ شواهد روایی سازه همگرا مناسب ارزیابی شد. پیش از این نیز روایی صوری و محتوایی مداخلات مورد تأیید متخصصین واقع شده بود. همچنین تکرار نتایج در بازه دو ماهه گواهی بر پایایی نتایج حاصله در گروه‌های پژوهشی را محقق ساخت. در توجیه این یافته می‌توان اظهار داشت که شکل‌گیری اعتقادات معنوی در بسیاری از موارد تحت تأثیر تعالیم اولیه و ریشه در دوران کودکی دارد، حتی عده‌ای شکل‌گیری اعتقادات معنوی را بخشی از روند تحول شخصیت دانسته و سیر تحول آن را در کودکی نخستین و تا حدی ناخودآگاه توصیف می‌کنند (بارتکورسکی، ژو و لوین، ۲۰۰۸). به طور مشخص مداخلات پژوهش حاضر نمی‌توانستند

تغییری در اعتقادات معنوی افراد ایجاد کنند و بهبود این حوزه ناشی از تفکر دوباره به اعتقادات معنوی محفوظ از قبل شرکت کنندگان است. در همین راستا می‌توان اظهار داشت که بازنگری در آراء پیرامون معنویت با تغییرات دیدگاه کلی نسبت به تجارب پیرامون می‌تواند تأثیرات به سزایی بر حوزه‌های متنوع کنش فردی بر جای گذارد و پژوهش‌های مختلف بر این امر گواهی می‌دهند، به طور مثال ادینگر-شوس (۲۰۱۹) طی بررسی جامع خود پیرامون آرای احساس یگانگی با هستی اظهار داشت تفکر دوباره پیرامون معنویت، به‌غیر از بهبود آراء معنوی، با احیای تأثیرات پایدار معنویت بر عوامل شخصیتی می‌تواند تا حد قابل توجهی رضایت از زندگی را افزایش دهد. همچنین الدوین و همکاران (۲۰۱۴) اظهار داشتند که فارغ از نوع باور مذهبی، تفکر دوباره پیرامون معنویت با تنظیم دیدگاه افراد پیرامون زندگی آثار مثبت و معناداری بر سطح سلامت عمومی افراد دارد (الدوین، پارک، جنگ و نف، ۲۰۱۴).

حوزه رضایت زناشویی نیز یکی از مهمترین بسترهای کنش فردی مادران کودک کم‌توان ذهنی است که با آسیب‌های معناداری همراه است، این امر در مطالعه حاضر نیز به چشم خورد. با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر مشخص شد که مداخله مورد نظر تأثیر مثبت و معناداری بر افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشته است. در واقع با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان چنین عنوان کرد که آموزش ارتقاء معنویت، موجب افزایش رضایت زناشویی در مادران کودک کم‌توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. این نتیجه با ادبیات پژوهش در این حوزه از جمله به پژوه و رمضان (۱۳۸۴)، احمدی، شیخ و کریمیان (۲۰۱۸)، جناآبادی و ناستی زایی

شده‌ی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی نشان داد که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است که نشان دهنده آن است که آموزش ارتقاء معنویت، موجب افزایش رضایت زناشویی در مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. با توجه به مجذور اتای به دست آمده می‌توان چنین گفت که مداخله معنویت درمانی ۹۹ درصد از تغییرات واریانس متغیر رضایت زناشویی را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. این مجذور ایثا به دست آمده حاکی از اثربخشی مطلوب مداخله مورد استفاده در گروه آزمایش است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف تدوین برنامه آموزش گروهی ارتقاء معنویت و بررسی پیامدهای روانشناختی آن برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی بود. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون معنویت در گروه آزمایش و کنترل با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد که مداخله مورد نظر تأثیر معناداری بر معنویت گروه آزمایش داشته است. در واقع با توجه به نتیجه به دست آمده بین گروه آزمایش و گواه در متغیر معنویت تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان چنین عنوان کرد که آموزش ارتقاء معنویت، موجب افزایش معنویت در مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام شده در این حوزه از جمله امینایی و همکاران، (۱۳۹۴) همسو است. اعتقاد بر این است که افراد آسیب‌پذیر از جمله مادران کودکان کم‌توان ذهنی، گرایش بیشتری به مذهب و معنویت دارند، به طور دقیق‌تر ارتباط مستقیم و مثبتی میان شدت و مزمن بودن مشکلات با فعالیت‌های مذهبی و معنوی وجود دارد (گرین، امری، کوزورا، دیاز و میک، ۲۰۱۱) و با عنایت به مزمن و شدید بودن مشکلات کم‌توانی ذهنی، داشتن گرایش‌های معنوی و عقیدتی نزد مادران این افراد دور از انتظار نیست. مداخلات آموزشی - درمانی برای تحقق اهداف خود، در گام نخست می‌بایست از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار باشند، چرا که در صورت محقق نشدن موارد مذکور نتایج حاصله معتبر و قابل استناد نیست (موهاجان، ۲۰۱۷)، برای این منظور در پژوهش حاضر روایی مداخلات و پایایی نتایج در بازه دو ماهه مدنظر قرار گرفت، بر همین اساس مشخص شد که مداخلات محقق ساخته در پژوهش حاضر منجر به افزایش معنادار نمرات مقیاس معنویت (پاریسیان و دانینگ، ۲۰۰۹) شده و در واقع



## منابع

- (۱۳۸۹)، کرش، هدوات، هاسر - کرام و وارفیلد (۲۰۰۶)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۵)، قصابی و همکاران (۱۳۹۶)، رستمی و چهره گل (۲۰۱۴) و اورائینکل و وانستین ویگن (۲۰۰۶) همسو است. در واقع افزایش تنگناهای مالی، فقدان و یا کاستی حمایت‌های اجتماعی و عاطفی و مزمن بودن شرایط ناشی از کم‌توانی ذهنی همگی می‌توانند با کاهش تاب‌آوری به کاهش آسیب‌های معنادار در رضایت زناشویی منجر شود. در همین راستا می‌توان اظهار داشت که معنویت، مفهوم گسترده‌ای است که با خرد، غمخواری، تجربه زندگی لذت‌بخش و حساسیت‌های اخلاقی در ارتباط است و این مفهوم به افراد چهارچوبی می‌دهد بر اساس آن می‌توانند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کنند (میشلسون و همکاران، ۲۰۱۶)، جدای از این، صفات همراه با معنویت چون بخشندگی از طریق افزایش همدلی، باعث کاهش دل‌زدگی زناشویی و به تبع آن، افزایش کیفیت و رضایت از رابطه زناشویی می‌شود (دو و برنفرود ویلکاگس، ۲۰۱۳)، لذا تأثیر پذیری مثبت ارتباط زناشویی از افزایش معنویت امری پیش‌بینی‌پذیر است. اگرچه پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی چون فقدان هم‌تاسازی کامل گروه‌ها بر حسب متغیرهای مؤثر در مؤلفه‌های پژوهش (چون باورهای عقیدتی قبلی، تجارب درمانی، مسائل شخصیتی) و مشکلات ناشی از عدم رعایت پراکنش جنسیتی همراه بود، در مجموع می‌توان اظهار داشت که مداخلات مبتنی بر معنویت پس از مداخلات و همچنین در گستره زمانی دو ماهه اثرات خود بر متغیر معنویت را حفظ کرده که این امر شواهدی از پایایی مداخلات در گروه آزمایش و اعتبار پاسخ‌های گروه کنترل به دست می‌دهد. افزون بر این مداخلات مبتنی بر معنویت در گروه آزمایش در بازه دو ماهه همچنان اثرات خود را بر ابعاد کلی متغیر رضایت زناشویی حفظ کرده که این امر از کاربردی قابل ملاحظه مداخلات مذکور خبر می‌دهد. با توجه به شرح مذکور و به دلیل مشکلات معنادار والدین اغلب گروه‌های استثنایی پیشنهاد می‌شود که مداخله‌های مبتنی بر معنویت در گروه‌های مختلف استثنایی مدنظر قرار گیرد بدین صورت که امکان قیاس اثربخشی معنویت بر رضایت زناشویی و دیگر مؤلفه‌های مختلف سازگاری و رشد فردی در گروه‌های مختلف استثنایی مشخص و تصویری کلی از اولویت ارائه خدمات ارائه شود.
- امینایی، محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ آزادی، محمود و سلطانی شال، رضا (۱۳۹۴). بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگک. *مجله اصول بهداشت روان*، ۱۷(۳)، ۱۲۹-۱۳۴.
- به پژوه، احمد و رضائی، فریدون (۱۳۸۴). بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲(۴)، ۸۱-۷۲.
- بیرامی، منصور (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و مؤلفه‌های تمایز یافتگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۳)، ۶۶-۷۷.
- پوردهقان، محمد؛ محمدی، شهناز و محمودنیا، علیرضا (۱۳۸۷). رابطه بین عزت‌نفس و رضایت زناشویی معلمان مدارس راهنمایی. *روانشناسی کاربردی*، ۴(۸)، ۷۱۲-۷۰۱.
- جنابآبادی، حسین و ناستی زایی، ناصر (۱۳۸۹). رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. *طلوع بهداشت*، ۹(۳)، ۴۴-۳۳.
- حجت خواه، سید محسن و مصباح، ایمان (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۴)، ۱۸۰-۱۵۳.
- خوشایبی، کتابون (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلالات همراه آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پایان‌نامه دکتری تخصصی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- شهبان، آمنه؛ شهیم، سیماء؛ بشاش، لعیاء و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاربابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روانشناختی*، ۳(۳)، ۹۷-۱۲.
- صادقی، منصوره سادات؛ موسوی، جمال؛ موتابی، فرشته و دهقانی، محسن (۱۳۹۴). رابطه تشابه ویژگی‌های شخصیتی زوجین و رضایت زناشویی. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۲)، ۸۲-۶۷.
- طلایی زاده، فخری و بختیارپور، سعید (۱۳۹۵). رابطه رضایت زناشویی و رضایت جنسی با سلامت روان زوجین. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۰(۴۰)، ۴۶-۳۷.
- کاسه چی، مسعود؛ بهنیا، فاطمه؛ میرزایی، هوشنگ؛ رصافیانی، مهدی و فرضی، مرجان (۱۳۹۲). اعتبار، پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه غربال‌گری کودکان اُتسیم ۱۲-۷ ساله با عملکرد بالا. *مجله علمی پژوهان*، ۱۲(۱)، ۵۴-۴۵.

- children. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 321-325.
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 321-325
- Dew, J., & Bradford Wilcox, W. (2013). Generosity and the maintenance of marital quality. *Journal of Marriage and Family*, 75(5), 1218-1228.
- Edinger-Schons, L. M. (2019). Oneness beliefs and their effect on life satisfaction. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1 (11), 1-14.
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9-21.
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(2), 129-141.
- Fangauf, S. V. (2014). Spirituality and Resilience: New Insights into Their Relation with Life Satisfaction and Depression. *Maastricht Student Journal of Psychology and Neuroscience*, 3(1), 135-150.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*, 15(1), 65-79.
- Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C., & Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of pediatric psychology*, 33(10), 1129-1136.
- Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales. *Journal of abnormal child psychology*, 6(2), 221-236.
- Green, M. R., Emery, C. F., Kozora, E., Diaz, P. T., & Make, B. J. (2011). Religious and spiritual coping and quality of life among patients with emphysema in the national emphysema treatment trial. *Respiratory care*, 56(10), 1514-1521.
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627.
- Hodapp, B., & Zwingmann, C. (2019). Religiosity / Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. *Journal of religion and health*, 1-29.
- Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 883-893.
- Khodabandeh, N., Mohammadi, F., Taghinejad, N., & Jalali, F. (2016). Psychological characteristics and marital satisfaction in mothers of children with محمدی قره قوزلو، رقیه؛ گل محمدی نژاد، غلامرضا و جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۱). تأثیر آرامش‌آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۲ (۴)، ۳۲-۲۱.
- مصدق، ندا؛ غباری بناب، باقر؛ پیرزادی، حجت و شفیع، ناهید (۱۳۹۲). پیش‌بینی سلامت‌روان بر اساس درک معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی ابتدایی شهر گرگان. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۳ (۳)، ۲۲-۱۵.
- معتمدی، فرزانه؛ غباری بناب، باقر و ابرغم، زهرا (۱۳۹۵). بخشایش‌گری، رضایت‌مندی زناشویی و سلامت‌روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۶ (۴)، ۳۸-۲۷.
- نیک آذین، امیر و نائینان، محمدرضا (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی، ششمین کنفرانس بین‌المللی روان پزشکی کودک و نوجوان، تبریز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- Ahmadi, K., Sheikh, M., & Karimian, A. (2018). Relationship between God Attachment with Marital Satisfaction and Mental Health in Parents of Exceptional Children. *Life Science Journal*, 15(6), 987-103.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*. USA, Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. USA, Washington: American Psychiatric Pub.
- Azeem, M. W., Dogar, I. A., Shah, S., Cheema, M. A., Asmat, A., Akbar, M., & Haider, I. I. (2013). Anxiety and depression among parents of children with intellectual disability in Pakistan. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 290-295.
- Bartkowski, J. P., Xu, X., & Levin, M. L. (2008). Religion and child development: Evidence from the early childhood longitudinal study. *Social science research*, 37(1), 18-36.
- Barton, Y. A., & Miller, L. (2015). Spirituality and positive psychology go hand in hand: An investigation of multiple empirically derived profiles and related protective benefits. *Journal of religion and health*, 54(3), 829-843.
- Cerqueira, M. M. F., Alves, R. D. O., & Aguiar, M. G. G. (2016). Experiences in the therapeutic itineraries of mothers of children with intellectual disabilities. *Ciencia & saude coletiva*, 21(10), 3223-3232.
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their

- mental retardation and physical disabilities. *Hormozgan Medical Journal*, 20(5), 337-344.
- Kronenberger, W. G., Meyer, R. G., & Harris, S. L. (1996). The child clinician's handbook. *Psychcritiques*, 41(10), 1063-1074.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-population health*, 2, 294-303.
- Mohajan, H. K. (2017). Two criteria for good measurements in research: Validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University. Economic Series*, 17(4), 59-82.
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. *PloS one*, 12(2), e0168847.
- Orathinkal, J., & Vansteenwegen, A. (2006). Religiosity and marital satisfaction. *Contemporary family therapy*, 28(4), 497-504.
- Pal, D. K., Chaudhury, G., Das, T., & Sengupta, S. (1999). Validation of a Bengali adaptation of the Conners' Parent Rating Scale (CPRS-48). *British journal of medical psychology*, 72(4), 525-533.
- Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global journal of health science*, 1(1), 2-11.
- Robinson, M., & Neece, C. L. (2015). Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(1), 23-46.
- Ross, J. J., Kennedy, G. A., & Macnab, F. (2015). *The effectiveness of spiritual/religious interventions in psychotherapy and counselling: a review of the recent literature*. Melbourne: PACFA.
- Rostami, A. M., & Gol, H. C. (2014). Prediction of marital satisfaction based on spiritual intelligence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 2573-2577.
- 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. *SSM-population health*, 2(3), 542-548.
- Young, K. W. (2012). Positive effects of Spirituality on Quality of life for People with Severe Mental Illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 16(2) 62-77.