

اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین کودکان معلول جسمی- حرکتی

ناصر یوسفی^۱، بنت الهدا کریمی پور^۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۰۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین کودکان معلول جسمی- حرکتی بود. این پژوهش با روش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل والدین معلولین جسمی - حرکتی دارای پرونده در بهزیستی شهرستان پلدختر در سال ۱۳۹۶ بود که، نمونه تحقیق به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به گروه آزمایش ارائه گردید. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. هر دو گروه یک هفته پیش از جلسه اول و یک هفته پس از جلسه آخر و ۳۰ روز بعد، با پرسشنامه‌های خودکارآمدی والدگری دومکا (PSAM) و تحمل ناکامی هارینگتون سنجش شدند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر (RM- MANOVA) نشان داد که برنامه آموزشی بر بهبود خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی اثر داشته و میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است ($P < 0/001$). یافته‌های پژوهش حاضر ضمن ارائه چشم اندازی روشن در حیطه استفاده از درمان نوظهور ذهن آگاهی در کاهش مشکلات روانشناختی افراد، زمینه مطلوبی جهت اتخاذ این برنامه آموزشی در حوزه پیشگیری و گسترش این شیوه در مشکلات بین فردی فراهم می‌آورد.

۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول) NaserYoosefi@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، معلولیت، ناکامی، خودکارآمدی.

مقدمه

تولد فرزند سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند. پیدایش غریبه سوم به نام نوزاد، علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین تحمیل می‌کند. حال اگر نوزادی با معلولیت‌های ذهنی یا جسمی، رفتاری و یا ترکیبی از آنها متولد شود، فشارهای روانی حاصل از وجود چنین فرزندی بر اعضای خانواده به ویژه والدین چندین برابر می‌شود (عباسی، کریمی و جعفری، ۱۳۹۵). معلولیت به عنوان محرومیت‌های فرد در نتیجه اختلال تعریف می‌شود و مشارکت در اجتماع معیاری است که معلولیت بر مبنای آن تعریف می‌شود (اسماعیلی قاضی ولوئی، قمی، جمالی و شفیع، ۱۳۹۶). معلولیت‌های جسمی - حرکتی جدا از محدودیت‌ها و مشکلاتی که از نظر کاربردی در فرد ایجاد می‌کنند، موجب تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته و موجب کاهش عزت نفس (نوزک، هیوز، سویدلند، تیلور و سوانک^۱، ۲۰۰۳)، پریشانی روانی (دادخواه، ۱۳۸۶) و افسردگی (شریفیان ثانی، سجادی، طلوعی و کاظم نژاد، ۱۳۸۵) می‌شود و می‌تواند تأثیرات منفی‌ای بر کارکردهای خانواده داشته باشد (براون و تورنر^۲، ۲۰۱۲). با تولد کودک معلول، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک در والدین ایجاد می‌شود که به طور طبیعی غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد (یکتاخواه، ۱۳۸۸). ناکامی و دیگر اشکال عواطف منفی مانند غم، افسردگی و تحریک پذیری به عنوان زمینه سازهای مشترک برای خشم و پرخاشگری در والدین کودک معلول مشاهده شده است (برکوویتز^۳، ۲۰۱۲). تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است و تحمل کم در برابر ناکامی شامل، نشانه‌هایی از قبیل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت است (چاند^۴، ۲۰۱۵). از طرفی افرادی که توانایی تحمل ناکامی و قرار گرفتن در شرایط تنش‌زا را دارند، از لحاظ

-
1. Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor & Swank
 2. Brown & Turner
 3. Berkowitz
 4. Chand

نگرش خودکارآمد هستند. خودکارآمدی به برداشت و قضاوت هر شخص نسبت به توانایی‌های خود در برابر برنامه‌ریزی، اقدام و رسیدن به اهداف تعریف شده است (لوسنس و یوسف^۱، ۲۰۰۷). افرادی با ویژگی خودکارآمدی ادراک شده بالا، به جای تمرکز بر شکست‌ها و نقاط ضعف، بر ویژگی‌های مثبت و پیروزی‌ها متمرکز هستند و به توانایی‌های خود برای انجام درست و به موقع تکالیف خود اعتماد دارند و در شرایط دشوار احساس توانمندی و قدرت می‌کنند (بندورا^۲، ۲۰۰۴). پژوهش مگ لارا و موریسون^۳ (۲۰۱۵) و مگ لارا، بوتن^۴، موریسون (۲۰۱۴) نشان داد بین خودکارآمدی و شاخص‌های بهزیستی ذهنی و شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و باورهای خودکارآمدی با کاهش اختلالات روانشناختی همراه است.

از آنجایی که والدین به عنوان مراقبت‌کنندگان اولیه از کودک معلول، چالش‌های فراوانی جهت تطابق با مشکلات ناشی از معلولیت فرزندشان دارند، ترکیبی از فشارهای فیزیکی و روانی را تجربه کرده و چنانچه بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی‌شان به عنوان بیمار پنهان کاهش می‌یابد (گود، هالی، راث و فوت^۵، ۱۹۹۸). در مواجهه با آسیب‌های ناشی از بیماری‌ها و معلولیت‌ها رویکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ (MBSR) می‌توانند برای درمان انواع گوناگونی از استرس‌های روانشناختی در راستای بهبود سلامت روان افراد در معرض خطر اختلالات روان‌شناختی بکار روند (یوشیماسو، اوگا، کاگایا، کیتابایاشی و کانایا^۷، ۲۰۱۲). کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله روانی-آموزشی است که به افراد در راستای تمرین مراقبه ذهنی-بدنی کمک می‌کند و با هدف کاهش استرس و بهبود سلامتی بکار برده می‌شود. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (والش، بلینت، اسمالیرا، فردریکسن و مدسن^۸، ۲۰۰۹). در این الگو در واقع ذهن آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای که در حال حاضر

-
1. Luthans & Youssef
 2. Bandura
 3. Magklara & Morrison
 4. Burton
 5. Goode, Haley, Roth & Fotd
 6. mindfulness- based stress reduction
 7. Yoshimasu, Oga, Kagaya, Kitabayashi & Kanaya
 8. Walsh, Balian, Smolira, Fredericksen & Madsen

در جریان است، این توجه دارای ویژگی غیرقضاوتی و همراه با پذیرش است (رزنزوئیک، گریسون، رایبل، جیسر و بیسلی^۱، ۲۰۱۰). مکانیسم اصلی ذهن‌آگاهی خود‌کنترلی توجه است، چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (سامپل، رید و میلر^۲، ۲۰۰۵). بنیان نظری این برنامه آموزشی به درمان‌های موج سوم شناختی - رفتاری بر می‌گردد، این مداخلات با خیز گرفتن درمان‌های رفتارگرایی مبتنی بر اصول شرطی سازی عاملی و پاسخگر آغاز شد که این پدیده را می‌توان واکنشی به رویکردهای روان‌تحلیلی در دهه ۱۹۵۰ تلقی کرد. خیز دوم نیز علیه افراط‌گرایی‌های دیدگاه رفتارگرایی کلاسیک و در واکنش به نادیده گرفتن بعد شناختی اختلالات در دهه ۱۹۷۰ دانست که توسط ارون بک^۳ به وجود آمد. در پایان دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ رویکردهای مربوط به خیز اول و دوم باهم ادغام شدند و مجموعه‌ای از درمان‌ها را تحت عنوان درمان‌های شناختی - رفتاری ایجاد کردند. موج سوم نیز تلفیقی از سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه و تفکر نظاره‌ای است و یکی از رویکردهای آموزشی آن ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) می‌باشد (کارداسیوتو^۴، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ نزولی خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۰۲). پژوهش هاشمی نصرت آباد، راستگار فرج زاده، خانجانی و ماشینیچی عباسی (۱۳۹۴) نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود رفتارهای مادران دارای کودکان دچار بیماری‌های مزمن موثر است و توانسته کیفیت زندگی این افراد را به طور معناداری افزایش دهد. فوگل کل، چا، لوهلر، باور و وهنر-رودلر^۶ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، مقدار فعالیت اجتماعی و بهزیستی زنان می‌شود. همچنین پژوهش وود، جانزلز و

-
1. Rosenzweig, Greeson, Reibel, Jasser & Beasley
 2. Sample, Reid & Miller
 3. Beck
 4. Cardaciotto
 5. Segal, Williams & Teasdal
 6. Flugel Colle, Cha, Loehrer, Bauer & Wahner-Roedler

بردن^۱ (۲۰۱۵) نشان داد درمان ذهن آگاهی می تواند در بهبود کیفیت زندگی مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان موثر باشد.

وجود کودکان معلول در خانواده به عنوان یک مسئله و چالش جدی برای والدین و از عوامل زمینه ساز بروز مشکلات روحی و روانی است. والدین این کودکان در معرض فشارها و تنش های بسیاری قرار داشته و به طبع شرایط خاصی که در نگهداری و سرپرستی این کودکان وجود دارد استرس بیشتری را تجربه می کنند. این والدین ممکن است ناکامی و احساسات منفی زیادی را تجربه کرده و به مرور زمان نگرش های ناکارآمد و منفی را نشان دهند. همچنین در زمان روبرو شدن با فشارها و ناکامی در رشد و بهبود فرزندانشان، سطح تحمل آنها کاهش یافته و خودآثرمندی و خودکارآمدی آنها تقلیل یابد و بنابراین دچار مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب شوند. ابزارهای حمایتی متنوعی برای خانواده کودکان با کم توانی جسمی و ذهنی به کار برده می شود که شامل خدمات حمایتی، مدل های حمایتی دوستان و اطرافیان، مداخلات روانی-آموزشی از آن دسته می باشند. با توجه به آسیب پذیری این قشر از جامعه ضرورت مداخله های روانی-آموزشی جهت جلوگیری از بیماری و بالا بردن سلامت روان این افراد وجود دارد و از آنجا که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش های بسیاری برای طیفی وسیعی از مشکلات روانشناختی موثر بوده بر آن شدیم تا تاثیر این رویکرد را بر تحمل ناکامی و خودکارآمدی والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی بیازماییم. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین کودکان دارای معلولیت جسمی - حرکتی بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق نیمه تجربی است و در آن از پیش آزمون و پس آزمون همراه با پیگیری برای دو گروه شامل: گروه آزمایش و کنترل استفاده شد و مرحله پیگیری پس از یک ماه اجرا شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه والدین (پدر و مادر) کودکان دارای معلولیت جسمی - حرکتی زیر ۱۲ سال که، در سال ۹۶ دارای پرونده در واحد توانبخشی بهزیستی شهرستان پلدختر بودند را، تشکیل می داد (۲۴۵ پرونده). لازم

به ذکر است که آزمودنی‌های پژوهش همگی به صورت زوج در پژوهش مشارکت داشتند و هیچ کدام از خانواده‌ها به صورت تک والد نبودند. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری دردسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شد. پس از بررسی و مصاحبه اولیه تعداد ۳۲ آزمودنی بر اساس ملاک‌های ورود داشتن سواد حداقل دیپلم جهت درک محتوای پرسشنامه‌ها، پرکردن رضایت‌نامه مبنی بر رضایت آگاهانه، امکان ایاب و ذهاب و متعهد به حضور به موقع در جلسات و داشتن حداقل یک فرزند دارای معلولیت جسمی - حرکتی و ملاک خروج پژوهش تکمیل نکردن فرم رضایت آگاهانه، سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماه گذشته در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) گمارده شدند. مداخله انجام شده بر روی آزمودنی‌های پژوهش از طریق بررسی پیشینه پژوهشی در مورد اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در خصوص مشکلات والدین دارای کودک ناتوان جسمی و ذهنی متناسب سازی شد. برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی‌های صورت گرفته با بهزیستی شهرستان، ۳۲ نفر از والدین کودکان معلول که شرایط ورود به نمونه را داشتند انتخاب، سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها ضمن دادن اطمینان جهت رعایت رازداری اطلاعات شخصی ایشان، طی تماس و دعوت از ایشان جهت توضیح مراحل مختلف کار و انجام هماهنگی‌های لازم، روز آزاد والدین جهت شرکت در دوره آموزشی مشخص شد. برای کنترل و اندازه‌گیری کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی مطرح شده در جلسات آموزشی، ابتدا پرسشنامه خودکارآمدی والدگری دومکا و همکاران (۱۹۹۶) و پس از تکمیل آن، پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵)، قبل از شروع جلسات آموزشی توسط والدین، تحت عنوان مرحله پیش‌آزمون تکمیل گردید. مکان برگزاری جلسات در کلینیک مددکاری تحت نظارت بهزیستی شهرستان بود و زمان برگزاری جلسات در روز توافق شده به مدت ۹۰ دقیقه، عصرها برگزار شد. جلسات هفته‌ای یکبار و به مدت ۸ هفته به طول انجامید. جلسات توسط تیم درمانی یعنی محققین این پژوهش و به کمک و راهنمایی اساتید دانشگاه به صورت تخصصی برگزار گردید. در پایان هر دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از پرسشنامه‌های ذکر شده و به همان ترتیب که در مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید، مجدداً تحت عنوان مرحله پس‌آزمون ارزیابی شدند. سپس در

مرحله پیگیری پس از گذشت یک ماه زوجین پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پرسشنامه تحمل ناکامی^۱: این مقیاس توسط هارینگتون^۲ (۲۰۰۵) به منظور سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف ساخته شد. پرسشنامه تحمل ناکامی دارای ۳۵ عبارت است که، ۴ عامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت و شایستگی (استحقاق) را می‌سنجد. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی است. مجموعه نمرات پایین نشان دهنده تحمل ناکامی بالا و مجموع نمرات بالا نشانگر تحمل ناکامی سطح پایین است. این مقیاس در ایران توسط بابارئسی و علی محمدی (۱۳۹۳) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد. در پژوهش آنها نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد پایایی کل این ابزار برای شرکت کنندگان ۰/۸۴، برای مولفه‌ی عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مولفه‌ی عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مولفه‌ی پیشرفت ۰/۵۲ و مولفه‌ی استحقاق ۰/۷۱ است. علاوه بر این ضریب آلفا در نمونه خارجی (هارینگتون، ۲۰۰۵) بالاتر از نمونه ایرانی است که دامنه آن از ۰/۸۷ (مولفه‌ی عدم تحمل ناراحتی) تا ۰/۹۴ کل مقیاس گزارش شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش عباسی، کریمی و جعفری (۱۳۹۵) به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۷ و ۰/۵۰ گزارش شده است. پرسشنامه خودکارآمدی والدگری^۳: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط دومکا و همکاران برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی والدین توسعه داده شد. این آزمون کارایی و ناامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت‌های کودک، توانایی حل تعارضات والد - کودک و تلاش و مقاومت‌شان را در والدگری ارزیابی می‌کند. آزمون دارای ده گویه و در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است که پنج گویه یعنی گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۸ به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این مقیاس خودکارآمدی بالا و نمره پایین خودکارآمدی پایین را نشان می‌دهد. در پژوهش جمالی نژاد (۱۳۹۱) پایایی ابزار ۰/۸۰ و در پژوهش رضائی، غضنفری و رضائیان (۱۳۹۶) به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است.

1. The Frustration Discomfort Scale

2. Harrington

3. Parental Self agency (Self- efficacy) Measure (PSAM)

گروه مداخله، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس بسته مدون شده توسط باون و مارلات^۱ (۲۰۱۱) را در قالب ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. لازم به ذکر است که در برنامه مداخله این پژوهش، درمانگر در هر جلسه آموزش در زمینه کسب یک مهارت خاص را در پیش گرفته و سپس تمرین مرتبط با آن را به والدین ارائه می‌نمود. والدین ضمن فراگیری مهارت‌ها، به تمرین و پیاده سازی آن به صورت تکلیف خانگی در فاصله بین جلسات اقدام نمودند.

جدول ۱. شرح جلسات برگزار شده

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح مختصری از قوانین گروه، شروع آموزش تن آرامی همراه با تمرین خوردن یک عدد کشمش، تمرین واریسی بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این تمرین‌ها، تکلیف: پیاده کردن آنچه در انجام تمرین آموخته‌اند در مورد غذا خوردن و ظرف شستن.
دوم	انجام تمرین واریسی بدن و بحث در مورد آن، شناسایی افکار و احساسات و ارتباط میان آن دو به شرکت کنندگان، آموزش ثبت رخداد‌های مثبت روزمره، آموزش تن آرامی به صورت نشسته. تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام تن آرامی نشسته و واریسی بدن به مدت ۳۰ دقیقه.
سوم	انجام حرکات آرام و ذهن آگاه یوگا جهت آرام کردن علائم بدنی استرس و آگاهی از حرکات ظریف بدن، تمرین دیدن و شنیدن غیر قضاوتی، تن آرامی نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، تکلیف: ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید، ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.
چهارم	مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، گوش دادن به صداهای بدن و افکار (مدیتیشن چهار بعدی)، بحث پیرامون نحوه پاسخدهی به رویدادهای پر استرس و واکنش فرد به موقعیت‌های دشوار و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن آگاه. تکلیف: تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، واریسی بدن و تن آرامی نشسته.
پنجم	مراقبه نشسته، ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن، تکلیف: ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید، ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.
ششم	بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های دوفری، ارائه تمرین خلق و فکر (محتوای افکار واقعی نیستند)، تمرین ۴ نوع تن آرامی با ترجیح شرکت کنندگان، تکلیف: تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، واریسی بدن و تن آرامی نشسته.

تمرین "بهترین راه مراقبت از خودم چیست"، تمرین مشخص کردن رویدادهای خوشایند و ناخوشایند و سپس تدوین برنامه جهت افزایش رویدادهای خوشایند، تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد جدید، انجام تن آرامی بر اساس ترجیح شخص.	هفتم
تن آرامی، تمرین استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، پرسش و پاسخ در مورد سوالات شرکت کنندگان. خاتمه جلسات.	هشتم

نتایج

به منظور تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار Spss 23 و روش تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه-گیری مکرر (RM- MANOVA) استفاده شد. ابتدا به بررسی میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می‌پردازیم.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودکارآمدی والدینی و تحمل ناکامی در گروه-های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
تحمل ناکامی	آزمایش	پیش آزمون	۱/۳۰	۵/۹۹	۱۶
		پس آزمون	۸۵/۲۶	۵/۷۱	۱۶
		پیگیری	۸۷/۵۳	۵/۷۱	۱۶
	گواه	پیش آزمون	۱/۲۸	۵/۳۰	۱۶
		پس آزمون	۱/۲۷	۴/۹۲	۱۶
		پیگیری	۱/۲۸	۵/۱۰	۱۶
خودکارآمدی والدگری	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۱۳	۲/۵۵	۱۶
		پس آزمون	۳۲/۰۶	۴/۱۹	۱۶
		پیگیری	۳۰/۳۳	۳/۸۴	۱۶
	گواه	پیش آزمون	۲۰/۷۳	۲/۳۷	۱۶
		پس آزمون	۲۰/۲۰	۲/۰۴	۱۶
		پیگیری	۱۹/۸۶	۲/۰۹	۱۶

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی، در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج در ادامه آمده است. قبل از اجرای تحلیل اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون

لوین^۱ استفاده گردید که نتایج درجدول ۲ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که در خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی، در تمام مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است، لذا واریانس‌ها برابر هستند، اما در مرحله پیگیری متغیر خودکارآمدی والدگری سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است. با توجه به اینکه حجم نمونه برابر است، F نسبت به تخطی از پیش فرض‌های پارامتریک در مرحله پیگیری مقاوم است (فرگوسن و تاکانه؛ ترجمه دلاور، ۱۳۸۷) و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در سه بار آزمون خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی

متغیر	آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
خودکارآمدی والدگری	پیش آزمون	۰/۰۹۶	۱	۲۸	۰/۷۵
	پس آزمون	۰/۰۹۱	۱	۲۸	۰/۷۶
	آزمون پیگیری	۷/۷۶	۱	۲۸	۰/۰۰۹
تحمل ناکامی	پیش آزمون	۰/۰۹۲	۱	۲۸	۰/۷۶
	پس آزمون	۰/۰۱۰	۱	۲۸	۰/۹۲
	آزمون پیگیری	۰/۰۰۳	۱	۲۸	۰/۹۶

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف استفاده گردید که نتایج درجدول ۳ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که در متغیر خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی، سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف متغیر خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی

کلموگراف-اسمیرنوف		متغیر
سطح معناداری	آماره	مراحل
۰/۶۴	۰/۷۴	پیش آزمون
۰/۳۰	۰/۹۶	پس آزمون
۰/۴۲	۰/۸۷	پیگیری
۰/۶۷	۰/۷۲	پیش آزمون

1. levene's test

۰/۰۶	۱/۳۳	پس آزمون
۰/۱۳	۱/۱۶	پیشگیری

برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته از آزمون کروییت ماچلی^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی تناسب کواریانس های متغیر خودکارآمدی و تحمل ناکامی

متغیر	کروییت موجلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	گرین هوس - گایسر	هاین - فلت	اپسیلون ها
تحمل ناکامی	۰/۷۱	۹/۱۴	۲	۰/۰۱	۰/۷۷۷	۰/۸۴۳	۰/۵۰۰
خودکارآمدی- والدگری	۰/۴۵	۲۱/۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۰/۶۹۲	۰/۵۰۰

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، به دلیل معنادار شدن آزمون کروییت ماچلی در متغیرهای وابسته خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی ($P < 0/05$) که به معنای کروی نبودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته می باشد، اما با توجه به اینکه حجم نمونه برابر است، آزمون F نسبت به این پیش فرض مقاوم می باشد لذا، استفاده از آزمون F و درجات آزادی این آزمون برای تحلیل بلا مانع می باشد. در اجرای تحلیل واریانس با اندازه- های تکراری یکی از برون داده ها تحلیل واریانس چند متغیری است. در جدول شماره ۵ و ۶ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (تحلیل مانوا) مربوط به فرضیه پژوهش آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تاثیر آزمون خودکارآمدی والدگری در گروه آزمایش و کنترل

اثر	میزان	ارزش F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	N.Para	مجذور اتا	توان
اثر پیلایی	۰/۷۳۳	۳۷/۰۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۷۴/۱۴	۰/۷۳	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۶۷	۳۷/۰۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۷۴/۱۴	۰/۷۳	۱

1. mauchly's test of sphericityb

۱	۰/۷۳	۷۴/۱۴	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۳۷/۰۷	۲/۷۴	اثر هتلینگ
۱	۰/۷۳	۷۴/۱۴	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۳۷/۰۷	۲/۷۴	بزرگترین ریشه ری
۱	۰/۷۶	۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۴/۴۰	۰/۷۶۷	اثر پیلابی
۱	۰/۷۶	۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۴/۴۰	۰/۲۳۳	لامبدای ویلکز
۱	۰/۷۶	۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۴/۴۰	۳/۲۹	اثر هتلینگ
۱	۰/۷۶	۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۴/۴۰	۳/۲۹	بزرگترین ریشه ری

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تاثیر عضویت گروهی در سه بار آزمون

تحمل ناکامی

اثر	میزان	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	N.Para	مجذور اتا	توان
اثر پیلابی	۰/۹۵۳	۲/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۵۴۸/۰۳	۰/۹۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۷	۲/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۵۴۸/۰۳	۰/۹۵	۱
اثر هتلینگ	۲۰/۲۹	۲/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۵۴۸/۰۳	۰/۹۵	۱
بزرگترین ریشه ری	۲۰/۲۹	۲/۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۵۴۸/۰۳	۰/۹۵	۱
اثر پیلابی	۰/۹۴۹	۲/۴۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۴۹۸/۹۹	۰/۹۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۱	۲/۴۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۴۹۸/۹۹	۰/۹۴	۱
اثر هتلینگ	۱۸/۴۸	۲/۴۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۴۹۸/۹۹	۰/۹۴	۱
بزرگترین ریشه ری	۱۸/۴۸	۲/۴۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۴۹۸/۹۹	۰/۹۴	۱

همان گونه که در جدول ۴ و ۵ ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی هم در اجرای سه بار آزمون و هم در تعامل آزمون و عضویت گروهی از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد. به عبارت دیگر درمان بر خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی و میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه

کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($P < 0/001$). میزان این تأثیر در خودکارآمدی والدگری و تحمل ناکامی در اجرای آزمون به ترتیب برابر با $0/73$ و $0/95$ بوده است. توان آماری ۱ نیز نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول ۷. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
تحمل ناکامی	اثرآموزش	۵۵۴۸/۸	۱	۵۵۴۸/۸	۲۵/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	خطا	۶۲۰/۲۹	۲۸	۲۲/۱۵				
خودکارآمدی والدگری	اثرآموزش	۴۳۰/۶۷	۱	۴۳۰/۶۷	۶۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	خطا	۱۷۸/۶۸	۲۸	۶/۳۸				

بر اساس نتایج جدول ۷ سطح معنی داری تحلیل واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که، درمان در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تحمل ناکامی و خودکارآمدی والدگری تأثیر گذار بوده است و تفاوت معنی دار است. بنابراین این روش درمانی بعد از اجرای درمان و در مراحل پیگیری هم تأثیر خود را از دست نداده است و ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج و یافته‌های پژوهش، آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بالا بردن سطح خودکارآمدی و تحمل ناکامی والدین دارای کودک معلول جسمی-حرکتی موثر بود. پژوهش‌های مختلفی در راستای بهره‌گیری از آموزش‌های موج سوم رفتار درمانی در درمان و بهبود مشکلات روانشناختی صورت گرفته است، منجمله پژوهش فضلیان، صولتی، موسوی و قاسمی پیر بلوطی (۱۳۹۷) با استفاده از مداخله به شیوه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد این برنامه آموزشی منجر به بهبود پایدار کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران لوپوس گردیده است. پژوهش نوروزی و هاشمی (۱۳۹۶) نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق به چالش کشیدن افکار و اصلاح هیجان، خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان را افزایش داد. در همین راستا پژوهش سانگ و

لیند کوئست^۱ (۲۰۱۵) و لاواس و بارسکی^۲ (۲۰۱۰) نشان داد برنامه آموزشی ذهن آگاهی در تعدیل اختلالات اضطرابی و کاهش استرس دانش‌آموزان موثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، نظریه‌های ذهن آگاهی بر توانمندی افراد به منظور تمرکز توجه بر حالت‌های درونی خود از جمله شناخت‌ها و هیجانات تأکید دارند. آگاهی هیجانی یکی از بنیادهای ذهن آگاهی است زیرا هیجانات قوی تأثیر زیادی بر بروز رفتارها و فرایندهای شناختی خودکار دارند. در این روش فرد به جای سرکوب کردن و یا رد کردن افکار و احساسات دردناک و منفی خود، فقط آنها را مشاهده می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد همانطوری که هستند، باشند. با توسعه‌ی توجه پایدار و آگاهی غیر قضاوتی و غیر واکنشی، دامنه‌ی گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی جسمی، تعادل هیجانی، تنظیم رفتاری و تغییراتی در خودقضاوتی، خودآگاهی و ارتباط با دیگران تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. بهبود در هریک از این حوزه‌های کارکردی می‌تواند به طور بالقوه تجربه‌ی فشار روانی و اضطراب را کاهش دهد. ذهن آگاهی می‌تواند با شناختی که به وجود می‌آورد، احساس عمیق‌تر و پایدارتری از بهزیستی را در جریان آنچه در زمان حال به وقوع می‌پیوندد، ایجاد کند (کابات زین^۳، ۲۰۰۳؛ والاس و شاپیرو^۴، ۲۰۰۶). فنون و سازوکارهای به کار گرفته شده در تمرین‌های ذهن آگاهی مانند فقدان قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، درگیر نشدن در مارپیچ شناختی منفی، پذیرش و رها شدن، موجب افزایش آگاهی ذهنی، بهزیستی، کاهش استرس و علائم فیزیکی و روانشناختی آن می‌شود (کابات زین، ۲۰۰۳). زمان صرف شده در تمرین‌های مراقبه رسمی مانند یوگا با ارتقاء ذهن آگاهی و بهزیستی مرتبط است و یک عامل میانجی برای افزایش عملکرد روانشناختی و کاهش علائم استرس است. به تعبیری ذهن آگاهی باعث احساس آرامش و امیدواری، توانایی بهتر برای مقابله با تنش، افزایش اعتماد به نفس و کنترل درونی می‌شود. در ارتباط با روابط والد-فرزندی می‌توان گفت که، اگر والدین قادر باشند هیجانات خود و فرزندشان را با آگاهی ذهنی در تعاملاتشان شناسایی کنند، در نتیجه می‌توانند انتخاب‌های آگاهانه‌ای در مورد چگونگی پاسخ‌دهی به جای واکنش خودکار به این تجارب، انجام دهند. گذشته از عناصر توجه کامل و آگاهی هیجانی،

-
1. Song & Lindquist
 2. Lovas & Barsky
 3. Kabat-zinn
 4. Wallace & Shapiro

والدگری ذهنی نشانگر مقداری از خودتنظیمی نیز می باشد. والدینی که مهارت خودتنظیمی را بخوبی یاد گرفته اند در مقابل ابراز هیجان های منفی فرزندانشان حمایتگر بوده و با همدلی و شفقت پاسخ می دهند. شفقت تحت عنوان هیجانی تعریف می شود که نشان دهنده " تمایل برای تسکین رنج" است (لازاروس و لازاروس^۱، ۱۹۹۴). یک والد ذهن آگاه از طریق شفقت، نوعی تمایل به برآورده ساختن نیازهای مناسب فرزند و تسکین پریشانی هایی که او ممکن است داشته باشد، احساس می کند. فرزندان والدین ذهن آگاه عواطف مثبت و حمایت بیشتری از جانب والدین شان احساس می کنند. شفقت نسبت به خود، بخشی از احساس انسانیت را تشکیل می دهد (نفر^۲، ۲۰۰۳)، زمانی که در والدگری مورد استفاده قرار می گیرد، این فرصت را در اختیار والدین قرار می دهد تا نسبت به تلاش های والدگری خود ملایم تر بوده و خودشان را ببخشند. شفقت نسبت به خود مستلزم اجتناب از خود-سرزنی در زمانی است که به اهداف والدگری دست نیافته اند و می تواند زمینه ساز مشارکت مجدد در تعقیب اهداف والدگری باشد. همچنین خطر ارزیابی اجتماعی را که در آن والدین احساس می کنند دیگران آنها را بر اساس رفتارهای والدگری شان یا رفتارهای فرزندشان در زمینه های اجتماعی قضاوت می کنند، کاهش می دهد. خود-ارزیابی های والدین نیز می تواند تاثیر قابل توجهی بر والدگری و تعاملات والد-فرزند داشته باشد. والدینی که خود را با صلاحیت و کارآمدی می دانند به گونه ای با فرزندشان تعامل می نمایند که نتایج رشدی موثر را تقویت می کند (کلمن و کاراکر^۳، ۲۰۰۳). از طرفی تاریخچه تجارب زندگی ما نشان می دهد که در مواجهه با موقعیت هایی که آگاهی کمی داریم یا کاملاً ناآگاه هستیم، به طور خودکار به ارزیابی و قضاوت همه چیز می پردازیم (برگ و چارترند^۴، ۱۹۹۹). غالباً این ارزیابی های اولیه، قضاوت های بنیادی درباره یک موضوع یا تجربه را تحت عنوان "خوب" یا "بد" شکل می دهند و این قضاوت های خودکار همراه با تعصبات شناختی که ناشی از باورها، نگرش ها و انتظارات ماست، ممکن است ما را به سوی تحریف واقعیت آنچه که در حال حاضر رخ داده، سوق دهد. تصور می شود که توجه و آگاهی ذهنی می تواند این تحریف ها را تحت کنترل درآورد و یک آگاهی روشن از تجارب فوری فرد فراهم آورد. از این منظر، حفظ

1. Lazarus
2. Neff
3. Calman & Karaker
4. Bargh & Chartrand

آگاهی ذهنی، این امکان را فراهم می‌سازد تا در پاسخ به تجربه‌ها، انتخابی صورت بگیرد و متناوباً شخص در واکنش‌های شناختی و رفتاری عادی یا "خودکار" به تجارب درونی و بیرونی مشارکت نماید (براون، رایان و کرسول^۱، ۲۰۰۷a). این مداخلات و دیگر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی حال محور در برخی مطالعات برای کاهش موثر واکنش پذیری روانی و فیزیولوژیکی در موقعیت‌های مختلف استرس‌زا و بیماری‌های مزمن (برانتلی^۲، ۲۰۰۵؛ کابات-زین، ۲۰۰۳)، درمان اضطراب (رومرو اورسیلو^۳، ۲۰۰۷)، کاهش بازگشت دوره‌های افسردگی (ما و تیسدا^۴، ۲۰۰۴) و بازگشت به سوء مصرف مواد در بزرگسالان (باون^۵ و همکاران، ۲۰۰۶) مورد استفاده قرار گرفته‌اند و نتایج این پژوهش‌ها موید این است که سازوکارهای بکار رفته در مداخله ذهن آگاهی از طریق افزایش ظرفیت پذیرش افکار و عواطف، تعدیل و کاهش افکار منفی و ناکارآمد افراد، با کاهش میزان بار مراقبتی و استرس‌های ناشی از مراقبت از کودک معلول، در افزایش سلامت روانشناختی و بهزیستی روانی نقش مهمی داشته و با ارتقاء سلامت روان در سازگاری و افزایش تحمل ناکامی و سازگار نمودن والدین این کودکان با شرایط ناگوار و مشکلات کودک معلول، خودکارآمدی و تحمل ناکامی را در آنها افزایش می‌دهد (ریچنبرگ و همکاران^۶، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه در پژوهش حاضر فقط اختصاص آزمودنی‌ها به گروه‌های مورد مطالعه تصادفی بوده و امکان انتخاب تصادفی اولیه وجود نداشته است، از این رو بازگشت آماری و رخدادهای همزمان با اجرای پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش را محدود نماید. محدودیت دیگر آن مربوط به استفاده از روش پرسشنامه و اندازه‌های خودگزارشی بود که به دلیل تمایل آزمودنی‌ها به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی، سوگیری در پاسخ را افزایش داده و باعث محدود شدن تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌شود. همچنین به دلیل تعداد اندک پژوهش‌های صورت گرفته در ایران در زمینه مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، توصیه می‌شود حیطه کاربرد این برنامه آموزشی به حوزه مشکلات روان‌تنی و روان‌شناختی افزایش یافته و گسترش یابد.

-
1. Brown, Ryan, & Creswell
 2. Brantley
 3. Roemer & Orsillo
 4. Ma & Teasdale
 5. Bowen & etal
 6. Reichenberg & etal

منابع

- اسماعیلی قاضی ولوئی، ف؛ قمی، م؛ جمالی، ع؛ و شفیعی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی رواندرمانی وجودی به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی و تحمل آشفتگی معلولین جسمی حرکتی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶ (۲)، ۲۴-۳۴.
- جمالی نژاد، ر. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش خلاقیت مادر - کودک بر خلایفیت کودکان و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان پیش دبستانی. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد*.
- دادخواه، ا. (۱۳۸۶). سنجش میزان اثربخشی توانبخشی روانی بر کودکان دارای معلولیت جسمی و ذهنی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۸ (۲)، ۵۷-۶۲.
- رضایی، ف؛ غضنفری، ف؛ و رضائیان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی. *مجله طنین سلامت*، ۵ (۱)، ۷-۱۶.
- شریفیان ثانی، م؛ سجادی، ح؛ طلوعی، ف؛ و کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۵). دختران و زنان دچار معلولیت جسمی - حرکتی: نیازها و مشکلات. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۷ (۲)، ۸-۴۱.
- عباسی، ح؛ کریمی، ب؛ و جعفری، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش آموزان با کم توانی ذهنی. *فصلنامه روان شناسی افراد استثنائی*، ۶ (۲۴)، ۸۱-۱۰۸.
- فضلیان، م؛ صولتی، س. ک؛ موسوی، م؛ و قاسمی پیر بلوطی، م. (۱۳۹۷). مقایسه‌ی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۶ (۱۱۵)، ۷۸-۹۱.
- نوروزی، ح؛ و هاشمی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۱۰ (۲)، ۳۹-۴۸.
- هاشمی نصرت آباد، ت؛ راستگار فرج زاده، ل؛ خانجانی، ز؛ و ماشینچی عباسی، ن. (۱۳۹۴). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تداوم رفتارهای مراقبتی در

مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۰ (۳۸)، ۱۸۷-۲۰۱.

یکتاخواه، س. (۱۳۸۸). مقایسه میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نابینا، کم‌شنوا و عادی مقطع ابتدایی شهرستان کرج. ماهنامه تعلیم و تربیت/استثنایی، ۸۸، ۳-۱۳.

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *The American Psychologist*, 54(1), 462-479.
- Berkowitz, L. (2012). *A cognitive-neoassociation theory of aggression*. Thousand Oaks: Sage.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (1), 343-347.
- Bowns, CN, Marlatt, GA. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive bevvrirr.: a ll iii ii nn'u uui...* New York: Guilford press.
- Brantley, J. (2005). *Mindfulness-based stress reduction*. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. Series in anxiety and related disorders* (pp. 131-145). New York, NY: Springer.
- Brown R. L, Turner R. J. (2012). Physical limitation and anger. *Society and Mental Health*, 2 (2), 69-84.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007a). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]*. Philadelphia, PA: Drexel University.
- Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1(6), 92-94.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148.
- Flugel Colle, K. F. Cha, S., S. Loehrer, L. Bauer, B., A. & Wahner-Roedler, D., L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 16, 36-40.
- Goode, K., Haley, W., Roth, D. & Fotd, G. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Journal of Health Psychology*. 5, 190-198.

- Harrington, N. (2005). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374-387.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (1), 144-156.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion & reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Lovas DA, Barsky AJ. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *J Anxiety Disord*, 24(8), 931-5.
- Luthans, F, Youssef, C. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 3(3), 21 -39.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of different relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Magklara, E, Burton, CR, Morrison, V. (2014). Does selfefficacy influence recovery and well-being in osteoarthritis patients undergoing joint replacement? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 28(9), 835-846.
- Magklara, E, Morrison, V. (2015). The associations of illness perceptions and self-efficacy with psychological wellbeing of patients in preparation for joint replacement surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 1-8.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Nosek, M. A, Hughe R. B, Swedlund, N, Taylor, H. B, Swank, P. (2003). Self-esteem and woman with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56 (8), 1737-1747.
- Reichenberg A, Cederlof M, McMillan A, Trzaskowski M, Kapara O, Fruchter E, et al. (2016). Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(4), 1098-1003.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptancebased behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Rosenzweig, S, Greeson, J M, Reibel, D K, Green, J S, Jasser, S A, & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosom Res*, 68, 29 - 36.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 372-392.

- Song Y, Lindquist R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today Journal*, 35, 86-90.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and wellbeing: Building bridges between Buddhism and Western. *The American Journal of Psychology*, 61 (1), 690-701.
- Walsh, J., Balian, M. G.; Smolira S. J. D.R.; Fredericksen, L.K. & Madsen, S. (2009). "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual Differences*, 46 (1), 94- 99.
- Wood, AW, Gonzalez, J, & Barden, SM. (2015). Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *Journal Psychosoc Oncol*, 33(1), 66-84.
- Yoshimasu, K., Oga, H., Kagaya, R., Kitabayashi, M., & Kanaya, Y. (2012). Parent-child relationships and mindfulness. *Nihon Eiseigaku Zasshi*, 67 (1), 27-36.

