

تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی^۱

نسترن سیداسماعیلی قمی^۲، فرنگیس کاظمی^۳، شهلا پزشکی^۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۰۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۰۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی بود. روش پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی دوره آمادگی شهر مارلیک در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۲۴ نفر از مادرانی که نمره های فشار روانی شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه بود، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. به گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد. برای جمع آوری داده ها از فرم ۵۲ سوالی پرسشنامه ی منابع فشار روانی فردریک استفاده شد. داده ها از طریق آزمون آماری کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که فرضیه ی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی مورد تأیید قرار گرفته است و مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه کنترل در پس آزمون، به طور معناداری فشار روانی کمتری داشتند ($p < 0/01$). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی تأثیر معناداری دارد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، فشار روانی، مادران، کودکان کم توان ذهنی.

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم نسترن سیداسماعیلی قمی در دانشگاه علامه طباطبایی می باشد.

۲. کارشناس ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) (seyedesmaili@yahoo.com)

۳. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی (farangis_kazemi@yahoo.com)

۴. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی (sh.pezeshk@gmail.com)

مقدمه

تولد فرزند کم‌توان ذهنی^۱ مانند بسیاری از رویدادهای زندگی نیازمند سازگاری‌های جدیدی می‌باشد. این پدیده به دلیل فشار روانی، خشم، هیجانات متعدد، و سرانجام ناکامی و تعارضی که به دنبال دارد، نیاز به استفاده از روش‌های جدیدی برای سازگاری در ساختار خانواده می‌باشد. مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که از نظر تاریخی پژوهش‌های دهه‌ی ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ در ابتدا بیشتر به تأثیر رفتار والدین بر کودک توجه داشتند، و سپس به اثرات منفی کودکان کم‌توان ذهنی بر والدین پرداخته‌اند (احمدپناه، ۱۳۸۰). مطابق پژوهش‌های انجام گرفته، والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی، فشار روانی بیشتری را تحمل می‌کنند (اولوفسن و ریچاردسون^۲، ۲۰۰۶؛ گوپتا^۳، ۲۰۰۷؛ سینگر، اتریج و آلدنا^۴، ۲۰۰۷). این فشار روانی می‌تواند ناشی از نگرانی از آینده‌ی کودک، چگونگی کنار آمدن کودک با مشکلات آینده، مشکلات رفتاری و سطح ناتوانی کودک، هزینه‌های سنگین اقتصادی، نگرش منفی جامعه، محدودیت در دسترسی به خدمات و امکانات، تعارضات مربوط به بچه‌دار شدن مجدد و غیره باشد. مجموعه‌ی این عوامل باهم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین این کودکان وارد می‌کند که زندگی شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راینسون، راینسون، اومن، و کامپیون، ۱۹۷۶؛ ترجمه‌ی ماهر، ۱۳۸۵).

بر اساس رویکردهای سیستمی، خانواده سامانه‌ای بی‌گرایش و راکد نیست، بلکه اعضای آن بر هم تأثیر دارند و پدیده‌ای مثل آسیب‌دیدگی فرزند و فشار روانی ناشی از آن می‌تواند کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (برسیتول و گالاکو^۵، ۱۹۸۶؛ به نقل از کاوه، ۱۳۸۸). بنابراین، فشار روانی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی بر روابط آنها با فرزندان‌شان تأثیرگذار است. همچنین فشار روانی ناشی از داشتن کودک دارای ناتوانی منجر به افسردگی، اضطراب و احساسات منفی و همچنین واکنش‌های جسمی در والدین

-
1. intellectually disable
 2. Oelofsen & Richardson
 3. Gupta
 4. Singer, Ethridge & Aladna
 5. Bresitul & wegaleko

می‌شود و سلامت این والدین به خاطر نیازهای فشارآور فرزندان و وظیفه‌ی سنگین مراقبت از آنان، در حاشیه قرار می‌گیرد (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۹۱). در کشور ما با توجه به جمعیت ۲۰ میلیونی دانش‌آموزان و این که بین ۲ تا ۲/۵ درصد از این جمعیت را دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی تشکیل می‌دهند (افروز، ۱۳۸۹) که والدین این فرزندان سلامت جسمی و روانی پایین‌تری دارند، احساس فشار بیشتری می‌کنند و افسردگی بالاتری دارند. در واقع، چالش‌های روزمره‌ای که والدین دارای کودکان با ناتوانی با آنها مواجه می‌شوند، اغلب این والدین را در موقعیت‌های دشواری قرار می‌دهند که قوای جسمی و روانی آنها را کاهش می‌دهد و فشارانی روانی زیادی را بر آنها تحمیل می‌کند (شیلینگ و شینک، ۱۹۸۴). این فشارهای روانی گاه از زمان تولد کودک و یا قبل از آن و همچنین در مرحله تشخیص ناتوانی آغاز می‌شود و ممکن است با افزایش سن کودک، بر میزان آنها افزوده شود. آغاز حضور در مدرسه دوره پرفشاری برای والدین دارای کودکان با نیاز ویژه است. در این زمان آنها به طور کامل با مشکلات ناشی از آسیب‌دیدگی مواجه می‌گردند. زیرا آنها به خاطر مسأله‌ی مقایسه و آگاهی یافتن بیشتر از محدودیت‌های کودک، تفاوت این کودکان را در هر دوره سنی با کودکان همسن و سال‌شان لمس می‌کنند و شاهد نقایص و مشکلات فرزند خویش می‌باشند که این مسأله باعث می‌شود فشار روانی بسیاری بر آنان وارد گردد (استراندوا، ۲۰۰۶).

فشار روانی که بر والدین دارای کودکان کم‌توان‌ذهنی وارد می‌شود به دلیل استمرار و شدت، افزون بر سلامت جسمی و روانی خود آنها، سلامت و آسایش فرزندان سالم و فرزندان دارای کم‌توانی ذهنی‌شان و در سطحی گسترده‌تر سلامت و بهداشت روانی خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، خانواده‌هایی که سطح فشار روانی بالایی دارند نیازمند توجه بیشتر و انجام مداخله‌هایی هستند که موجب کاهش سطح فشار روانی آنها می‌شود (اورتگا، بوکامن، کانیسکان، ۲۰۰۸). در پژوهش هستینگز و بک^۴

-
1. Schilling & Schinke
 2. Strandova
 3. Ortega, Beachemin & Kaniskan
 4. Hastings & Beck

(۲۰۰۴) مشخص شده است که برخی مداخله‌های مربوط به فشار روانی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی، کودک را محور فعالیت‌های خود قرار داده‌اند و برخی دیگر بر والدین این کودکان تمرکز کرده‌اند. از جمله مداخله‌های مربوط به کودکان در این رابطه می‌توان به آموزش مهارت‌ها به آنان و کاهش مشکلات رفتاری آنها اشاره نمود. مداخله‌هایی که والدین را محور قرار داده‌اند انواع مختلفی را در بر می‌گیرند. برخی از آنان مربوط به تأثیر حمایت‌ها و ارائه‌ی خدمات مثل مراقبت موقتی و مدیریت موردی یا مدل حمایتی والد به والد است. انواع دیگری از این مداخله‌ها شامل مداخله‌های گروهی است که از جمله آنها می‌توان گروه‌های دریافت‌کننده اطلاعات آموزشی، روش‌های تنش‌زدایی و خانواده درمانی نظام‌دار را نام برد (هستینگز و بک، ۲۰۰۴).

مسأله‌ای که باید مورد نظر قرار داد این است که در سال‌های اخیر، روانشناسی از مفاهیم و مداخله‌های متفاوتی تأثیر پذیرفته که یکی از آنها ذهن‌آگاهی^۱ می‌باشد. ذهن‌آگاهی یکی از راه‌های کاهش فشار روانی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزایش ذهن‌آگاهی پیامدهای مختلفی از بهزیستی مانند کاهش فشار روانی، اضطراب، افسردگی، افراط در خوردن، درد و غیره به همراه داشته است (چانگ، پالش، کالدول، گلاسگو، آبرامسون، لوسکین، جیل، بورک، و کوپ‌من^۲، ۲۰۰۴). ذهن‌آگاهی یک توجه غیر قضاوتی است که تا قبل از تجربه کردن، هیچ چیز به تجربیات ما اضافه یا از آن کم نمی‌کند. مهمترین بخش تمرینات ذهن‌آگاهی، آگاه بودن یعنی تعهد به حضور ذهن می‌باشد، به طوری که فرد بتواند عملکردی غیرقضاوتی داشته و بدون تلاش و به صورت غیرواکنشی نسبت به موقعیت در هر زمانی آگاهی داشته باشد (اورسیلو و رومر^۳، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی یک الگوی دو مولفه‌ای است، مولفه‌ی نخست شامل خودنظم‌دهی توجه شده است که در تجربیات آنی وجود دارد و در نتیجه شرایط را برای افزایش بازشناسی وقایع ذهنی در لحظه‌ی حال مهیا می‌کند. مولفه‌ی دوم شامل اتخاذ یک جهت‌گیری ویژه به

1. mindfulness

2. Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramason, Luskin, Gill, Burke & Koopman

3. Orsillo & Roemer

سمت تجربیات شخص در لحظه‌ی حال است. جهت‌گیری که مشخصه‌ی آن تیزحسی، باز و پذیرا بودن و پذیرش است (بی‌شاپ، زاک و مک‌ماین^۱، ۲۰۰۴).

یکی از انواع روش‌های ذهن آگاهی، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ می‌باشد که در کلینیک کاهش فشار روانی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه ماسوچوست در سال ۱۹۸۰ به وسیله جان کابات-زین^۳ (۱۹۸۲)، بسط و گسترش داده شد. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله‌ی موثر بالقوه در درمان دردهای مزمن است که کابات-زین (۱۹۹۰) برای کاهش نشانه‌های درد، کاهش نشانه‌های اضطراب، فشار روانی، افسردگی و افزایش اعتماد به نفس به کار برد. کابات-زین (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را آگاهی از طریق توجه کردن روی یک هدف در لحظه‌ی کنونی، به صورت غیرقضاوتی تعریف کرده است. همچنین یافته‌های پژوهشی متعددی در رابطه با این برنامه نشان داده‌اند که این برنامه فشار روانی، وضعیت سلامت جسمی، کارکرد سیستم ایمنی، و کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد (بائر^۴، ۲۰۰۳؛ گروسمن، نیمان، اسکمیت، و والچ^۵، ۲۰۰۴). برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از لحاظ تأکید بر آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهانه‌ی فشرده، انجام تکالیف خانگی برای مقابله با فشارهای زندگی روزانه، و غیره منحصر به فرد می‌باشد (رینولدز^۶، ۲۰۰۶).

در چندین پژوهش به بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی پرداخته‌اند. مارتین و گارسیا^۷ (۲۰۱۰) در یک مطالعه شبه‌ی آزمایشی بررسی کردند که چگونه ذهن آگاهی باعث کاهش فشار روانی در گروه متخصصان سلامت می‌شود. نتایج بعد از مداخله، ۰/۳۵ کاهش فشار روانی را نشان داد. یافته‌ها در پیگیری سه ماه بعد همچنان ثابت بود. در تحقیقی که توسط کریگان، جانسون، استوارت،

-
1. Bishop, Zack & McMain
 2. mindfulness-based stress reduction
 3. Kabat-zinn
 4. Baer
 5. Grossman, Niemann, Schmidt & Walach
 6. Reynolds
 7. Martin & Garcia

مگ‌یاری، هاتن و الن^۱ (۲۰۱۰) انجام شد به بررسی محتوا، ادراکات و تجربیات شرکت کنندگان جوان در مداخله‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی پرداختند. تحلیل محتوا آشکار ساخت که همه‌ی شرکت کنندگان سودمندی‌های مثبت و افزایش خودآگاهی را به عنوان نتیجه مشارکت در برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی گزارش کردند. دامنه‌ی این تغییرات از کاهش در عامل‌های فشارزای روزانه تا تغییرات در جهت زندگی و بهزیستی بود. در تحقیقی که توسط ایروینک، دوبکین و پارک^۲ (۲۰۰۹) انجام شد به بررسی فوایدی که از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از قبیل افزایش بهزیستی مقابله با فشار روانی می‌شود، پرداختند. شواهد نشان داد، شرکت کردن در برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای متخصصان بالینی در حوزه‌ی سلامت جسمی و روانی به بار می‌آورد. در تحقیقی که توسط کارلجین و کویچیرس (۲۰۰۸)، به نقل از عرب‌خزائلی، (۱۳۹۰) بر روی ۴۰ زن و ۲۰ مرد با نشانه‌های فشار روانی به منظور بررسی اثر مداخله‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی انجام شد، مشخص شد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری در فشار روانی ادراک شده، نشان داده‌اند. وایتک-جانوسک، آلبوکورکو، کرونیاک، کرونیاک، دورازو-آرویزو و متیوز^۳ (۲۰۰۸) در تحقیقی به بررسی تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی کارکردهای ایمنی بدن، کیفیت زندگی و مقابله با فشار روانی در زنانی که به‌تازگی تشخیص سرطان سینه گرفتند، پرداختند. نتایج نشان داد زنانی که در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت داشتند کاهش معنی‌داری در سطح کورتیزول، بهبود کیفیت زندگی و افزایش سودمندی مقابله با فشار روانی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. در تحقیقی که توسط چیسا و سرتی^۴ (۲۰۰۹) بر روی افراد سالم انجام شد، نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند فشار روانی، نشخوار فکری و اضطراب را کاهش دهد. در تحقیقی

1. Kerrigan, Johnson, Stewart, Maggyari, Hutton & Ellen

2. Irving, Dobkin & Park

3. Witek-janusek, Albuquerque, Chroniak, Chroniak, Durazo-Arvizu & Mathews

4. Chiesa & Serretti

که توسط پرایسمن^۱ (۲۰۰۸) به منظور نشان دادن سودمندی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در نمونه‌های متنوع انجام شد، مشخص شد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک درمان موثر برای کاهش فشار روانی و اضطراب در زندگی روزانه و بیماری مزمن است. چانگ و همکاران نیز (۲۰۰۴) پژوهشی به منظور بررسی اثر مداخله‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی درد، حالات مثبت ذهن، فشار روانی و خودکارآمدی انجام دادند. میزان فشار روانی در اندازه‌گیری پس از مداخله به طور معنی‌داری پایین‌تر از اندازه‌گیری پیش از مداخله بود. یافته‌ها بر پتانسیل بالقوه‌ی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای مدیریت فشار روانی، آگاهی و آموزش توجه و حالات مثبت ذهن تأکید می‌کنند.

با توجه به مطالب یاد شده و پژوهش‌های انجام گرفته، و با مد نظر قرار دادن این مسأله که فشار روانی در میان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، شایع است؛ هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد. نتایج این تحقیق در صورتی که نشان دهنده‌ی اثرات مثبت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی باشد، می‌تواند مورد استفاده‌ی مسئولان بهداشتی، آموزش و پرورش، روان‌شناسان و مشاوران قرار گیرد.

روش پژوهش

روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

شرکت‌کنندگان: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مادران کودکان کم‌توان ذهنی دوره‌ی آمادگی شهر مارلیک در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. به منظور انتخاب نمونه ابتدا پرسشنامه‌ی منابع فشار روانی در بین مادران اجرا شد. سپس از بین آنها، ۲۴ نفر از مادرانی که نمره‌های فشار روانی‌شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه بود به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش

(۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه‌ی منابع فشار روانی: در این پژوهش از فرم ۵۲ سوالی پرسشنامه‌ی منابع فشار روانی فردریک (۱۹۸۳) استفاده شده که از فرم اصلاح شده‌ی هالروید (۱۹۸۲) تهیه شده است. این پرسشنامه به صورت بله و خیر می‌باشد که دارای چهار مقیاس فرعی به شرح زیر است: الف) مقیاس فرعی نخست به بررسی مسایل والدین و خانواده اختصاص دارد. ۲۰ سوال وجود دارد که به ادراک والدین از مسایل و مشکلات خودشان و سایر اعضای خانواده می‌پردازد. ب) مقیاس فرعی دوم به ارزیابی نگرانی والدین نسبت به آینده کودک اختصاص دارد که شامل ۱۱ سوال می‌باشد، این سوال‌ها نگرانی والدین را نسبت به آینده کودک خود در جهت رسیدن به خودبستگی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ج) مقیاس فرعی سوم که شامل ۱۵ سوال می‌باشد به بررسی خصوصیات و ویژگی‌های کودک به عنوان یک منبع فشار روانی می‌پردازد. ۱۱ سوال به ویژگی‌های کودک، ۳ سوال نگرش‌های منفی والدین به کودک، و ۱ سوال به محدودیت‌های شغلی او اختصاص دارد. د) مقیاس فرعی چهارم که شامل ۶ سوال می‌باشد، ناتوانایی‌ها و محدودیت‌های جسمی کودک را به عنوان یک منبع فشار روانی والدین مورد بررسی قرار می‌دهد. فردریک و همکاران (۱۹۸۳) برای سنجش روایی و پایایی این پرسشنامه آن را همراه با فرم افسردگی بک، و مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو-کرون روی گروهی از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اجرا نمودند که با استفاده از روش کودر-ریچاردسون، ضریب پایایی ۰/۹۳ به دست آمد و رابطه‌ی معناداری با دو فرم پرسشنامه‌های بک و مار-کرون نشان داد. در ایران برای نخستین بار این پرسشنامه در سال ۱۳۷۳ توسط بیان زاده، ریحانی، و شهرامی ترجمه گردید و روایی آن به عنوان ابزاری مفید در سنجش فشار روانی مراقبین از جانب چهار روانپزشک، سه روانشناس و روان‌سنج و سه کارشناس ارشد روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت. برای برآورد ضریب پایایی، این پرسشنامه به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲ والد ایرانی اجرا شد. ضریب همبستگی نمره فشار روانی پدران در دوبار اجراء تست مساوی ۰/۹۶ و برای مادران مساوی ۰/۹۴ بود. همچنین

ضریب همبستگی میانگین نمره‌های مادران و پدران طی اجراء آزمون ۰/۹۸ به دست آمد (رحیمی، ۱۳۸۲). در این پژوهش نیز روایی این پرسشنامه مورد تأیید اساتید راهنما و مشاور قرار گرفت و پایایی آن با روش آلفای کرانباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

شیوهی اجرای پژوهش: برای اجرای این پژوهش ابتدا پرسشنامه‌ی منابع فشار روانی بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی دوره‌ی آمادگی شهر مارلیک اجرا شد. پس از استخراج نتایج پرسشنامه‌ها، از بین مادرانی که نمره‌های فشار روانی‌شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه بود، ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین گشتند. به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (هر جلسه یک‌ونیم ساعت و هفته‌ای دوبار) آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. خلاصه جلسات آموزشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	برقراری ارتباط، تعریف و مفهوم‌سازی، و لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی.
جلسه دوم	آشنایی با نحوه‌ی تن آرامی، آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلات پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها و پیشانی.
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه، آرواره‌ها، پیشانی و لب‌ها و تکالیف خانگی تن آرامی.
جلسه چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه‌ی قبل، آشنایی با نحوه‌ی ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکالیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه.
جلسه پنجم	آموزش تکنیک پویس بدن: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...)، تکالیف خانگی ذهن آگاهی خوردن

(خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره‌ی غذا).

آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها.

جلسه
ششم

ذهن آگاهی کامل: تکرار و آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه.

جلسه
هفتم

مرور و جمع‌بندی جلسات قبلی و اجرای پس‌آزمون.

جلسه
هشتم

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از محاسبه‌ی فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها پژوهش

جدول ۲. آماره‌های توصیفی مربوط به فشار روانی مادران

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲	۴۱/۰۸	۴/۳۱
	کنترل	۱۲	۴۰/۸۳	۴/۰۸
پس‌آزمون	آزمایش	۱۲	۳۱/۹۱	۳/۹۴
	کنترل	۱۲	۴۱/۳۳	۳/۲۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار فشار روانی گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۴۱/۰۸ و ۴/۳۱، و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۰/۸۳ و ۴/۰۸، است. اما در مرحله‌ی پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار فشار

روانی گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۱/۹۱ و ۳/۹۴، و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۱/۳۳ و ۳/۲۵ می باشد. با توجه به داده‌های جدول می توان گفت که گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون از لحاظ میزان فشار روانی تقریباً هم سطح می باشند، اما بعد از آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به گروه آزمایش، در مرحله‌ی پس‌آزمون از لحاظ میزان فشار روانی بین دو گروه تفاوت ایجاد شده است. بنابراین، با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کواریانس به بررسی معنادار بودن این تفاوت پرداخته شده است.

تجزیه و تحلیل کواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه‌ی آزمودنی‌ها بکار می‌رود. بدین ترتیب که هر یک از نمره‌ها در پیش‌آزمون به عنوان هم‌تغییر در نمره‌های پس‌آزمون بکار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند همگنی شیب خط رگرسیون، وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته، و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها برقرار بودند (همگنی شیب خط رگرسیون: $F=2/53$ ، $P>0/05$ ، وجود رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته با توجه به موازی بودن شیب‌های خطوط رگرسیون، و همگنی واریانس‌های خطا: $F=1/67$ ، $P>0/05$)، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در جدول زیر تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه‌ی فشار روانی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳ تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی فشار روانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اِتا
مدل تصحیح شده	۷۲۷/۷۲۲	۲	۳۶۳/۸۶۱	۸۳/۱۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۸
عرض از مبدا	۱۳/۱۱۱	۱	۱۳/۱۱۱	۲/۹۹۶	۰/۰۹۸	۰/۱۲۵
پیش‌آزمون	۱۹۵/۶۸۰	۱	۱۹۵/۶۸۰	۴۴/۷۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰
گروه	۵۵۱/۷۴۵	۱	۵۵۱/۷۴۵	۱۲۶/۰۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۷

خطا	۹۱/۹۰۳	۲۱	۴/۳۷۶
کل	۳۳۰۱۳	۲۴	
کل تصحیح شده	۸۱۹/۶۲۵	۲۳	

نتایج جدول ۳ ($F=126/075$ ، $P<0/01$) نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است و با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که تقریباً ۸۵ درصد از تفاوت‌ها ناشی از مداخله می‌باشد. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان فشار روانی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ فشار روانی تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش چشمگیری در میزان فشار روانی مادران گروه آزمایش در پس‌آزمون شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مارتین و گارسیا (۲۰۱۰)، کریگان، جانسون، استوارت، مگ‌یاری، هاتن و الن (۲۰۱۰)، ایروینک، دوبکین و پارک (۲۰۰۹)، کارلجین و کویچپرس (۲۰۰۸)، به نقل از عرب‌خزائی، (۱۳۹۰)، وایتک-جانوسک و همکاران (۲۰۰۸)، چیسو و سرتی (۲۰۰۸)، پرایسمن (۲۰۰۸)، و چانگ و همکاران (۲۰۰۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف مطلوب برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پرورش آگاهی پایدار^۱ و غیرواکشی^۲ در مورد تجربه‌های درونی (مثل

1. steady
2. nonreactive

شناختی، عاطفی، و حسی) و تجربه‌های بیرونی فرد (مثل اجتماعی، و محیطی) می‌باشد. در این روش فرد به جای سرکوب کردن^۱ و یا رد کردن^۲ 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 غیرقضاوتی و غیرواکنشی، دامنه‌ی گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون متعدد از قبیل آرمیدگی جسمی^۳، تعادل هیجانی^۴، تنظیم رفتاری^۵، و تغییراتی در خودقضاوتی^۶، خودآگاهی^۷، و ارتباط با دیگران، به طور بالقوه تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. بهبود در هر یک از این حوزه‌های کارکردی^۸ می‌تواند به طور بالقوه تجربه‌ی فشار روانی و اضطراب را کاهش دهد. کسب این مهارت‌های توجه^۹، فرد را قادر می‌سازد تا انجام واکنش‌های هیجانی، قضاوتی و یا تحلیلی از روی عادت^{۱۰} را نسبت به موضوع مورد توجه، قطع و یا محدود نماید و با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی پاسخ دهد (اپستاین^{۱۱}، ۲۰۰۹).

براساس پژوهش‌های پیشین راجع به اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌توان گفت که این برنامه می‌تواند اثرات مثبت معناداری روی شرکت‌کنندگان از لحاظ فشار روانی، اضطراب، باورهای خودکارآمدی، راهبردهای مقابله، مکان کنترل، و غیره داشته باشد (ور، بروورس، اُورس، و تومیک^{۱۲}، ۲۰۰۹). از آنجایی که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی هم عملکرد ذهنی و هم عملکرد رفتاری را تقویت می‌کند (کابات-زین، ۱۹۹۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۴)، می‌توان انتظار داشت که شرکت‌کنندگان در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نگرش مثبت‌تری

-
1. suppressing
 2. rejecting
 3. physical relaxation
 4. emotional balance
 5. behavioral regulation
 6. self-judgment
 7. self-awareness
 8. functional
 9. attentional skills
 10. habituated
 11. Epstein
 12. Veer, Brouwers, Evers & Tomic

نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند و در کنار آمدن با فشار روانی زندگی به طور موفقیت‌آمیزی عمل کنند.

همچنین، براساس پژوهش‌های انجام گرفته، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کمک به افراد برای مقابله پارانرژی با مشکلات، موثر بوده است. یافته‌های تجربی نشان داده‌اند که شرکت‌کنندگان در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (گروسمن، نیمان، اسکمیت، و والچ، ۲۰۰۴؛ سگولا، و ریس، ۲۰۰۴). در حالی که رویکردهای سنتی درمان شناختی-رفتاری، بر تلاش جهت کاهش یا کنترل فشار روانی والدین تمرکز داشتند. با این حال، بلک‌لج و هایز^۲ (۲۰۰۶؛ به نقل از اپستاین، ۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که روی والدین کودکان مبتلا به اتیسم انجام دادند، دریافتند که راهبردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش، ممکن است تنها گزینه‌ی موجود برای والدینی باشد که فرزندان‌شان از لحاظ شناختی یا رفتاری، نیاز ویژه دارند. آن‌ها می‌گویند دلیل این گفته این است که افکار و احساسات دشواری که این والدین تجربه می‌کنند، لزوماً اغراق‌آمیز یا نادرست نیستند، و بنابراین، با روش حل مسأله از بین نمی‌روند و نمی‌توان به صورت شناختی با آنها به مقابله پرداخت. اما برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش است که در درمان و یا پذیرش و کنارآمدن با نشانه‌های مرتبط با اختلال‌های گوناگون جسمی و روان‌شناختی، امیدوار کننده بوده است. ذهن آگاهی، به فرد می‌آموزد که چگونه نسبت به واکنش‌های خودکار خود، آگاهی و شناخت بیشتری پیدا کند و به او یاد می‌دهد که چگونه فرد می‌تواند بدون قضاوت کردن، در لحظه‌ی حال توجه کند، که این‌ها به طور بالقوه منجر به ایجاد پاسخ‌های انطباقی‌تر در برخورد با فشار روانی ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی می‌شوند.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که برای کاهش فشار روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شود. از

-
1. Sagula & Rice
 2. Blackledge & Hayes

جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، مربوط به جامعه آماری آن می‌باشد که فقط متشکل از مادران بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، این مورد توجه قرار گرفته و هم از پدران و هم از مادران به‌عنوان نمونه‌ی پژوهش استفاده شود.

منابع

- احمدپناه، م. (۱۳۸۰). تأثیر کم‌توانی ذهنی بر بهداشت روانی خانواده. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال اول، شماره اول، ۳۶-۲۴*.
- افروز، غ. (۱۳۸۹). *روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته گام (عقب‌مانده‌ی ذهنی)*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- رایینسون، ن.ا.، رایینسون، ه.ب.، اومن، گ.ا.، و کامیون، ج.س. (۱۹۷۶). *کودک عقب‌مانده‌ی ذهنی*. ترجمه‌ی ماهر، ف. (۱۳۸۵)، مشهد: آستان قدس رضوی.
- رحیمی، ح. (۱۳۸۲). *بررسی و مقایسه‌ی میزان احساس فشار روانی در والدین کودکان عقب‌مانده‌ی ذهنی و عادی شهر اصفهان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- سیف‌نراقی، م.، و نادری، ع. (۱۳۹۱). *روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی*. تهران: ارسباران.
- عرب‌خزانی، ن. (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله با استرس در دانش‌آموزان مقطع دوم دبیرستان شهرستان ساری*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- کاوه، م. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه‌ی افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین کودک کم‌توان ذهنی خفیف*. رساله‌ی دکتری چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی.

Baer, R.A. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 2, 125-143*.

Bishop, F.C., Zack, M., & McMain, S. (2004). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the

- treatment of substance abuse. *Journal of Clinical psychology: Science and Practice*, 9, 275-299.
- Chang, V.Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramason, M., Luskin, F., Gill, M., Burke, A., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy positive states of mind. *Journal of Stress and Health*, 20, 141-147.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress Management in Healthy people: A Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Epstein, B.J. (2009). *Effects of a mindfulness based stress reduction program on fathers of children with developmental disability*. Unpublished Doctoral Dissertation, Hofstra University, ProQuest Dissertations and Theses.
- Gupta, V.B. (2007). comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 417-425.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hastings, R.P., & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1338-1349.
- Irving, J.A., Dobkin, P.L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Journal of Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66.
- Kabat-zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte press.
- Kabat-zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 144-156.
- Kazdin, A.E., & Nock, M.K. (2003). Delineating mechanism of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.
- Kerrigan, d., Johnson, K., Stewart, M., Maggyari, T., Hutton, N., & Ellen, j.N. (2010). Perception, experiences, and shifts in perspective occurring among urban youth participating in a mindfulness-based stress

- reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 1-6.
- Martin, & Garcia-Banada. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) Reduces Stress-Related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 897-905.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31, (1), 1-12.
- Ortega, S., Beauchemin, A., & Kaniskan, R. B. (2008). *Best practices in mental health*. Lyceum Books, Inc, 4 (1).
- Praissman, Sh. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinicians guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216.
- Orsillo, S.M., & Roemer, L.B. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Conceptualization and Treatment*. United States of America, Springer, 131– 147.
- Reynolds, J.W. (2006). *Mechanisms of action in mindfulness-based stress reduction (MBSR), and specific factors mediating the reduction of anxiety*. Unpublished Doctoral Dissertation, George Mason University, ProQuest Dissertations and Theses.
- Schilling, R.F.A., & Schinke, S.P. (1984). Personal coping and social support for parents of handicapped children. *Child and Youth Services Review*, 6, 195-206.
- Singer, G.H., Ethridge, B.L., & Aladna, S.A. (2007). Primary and secondary parenting and stress management intervention for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 352-369.
- Strandova, I. (2006). Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Journal of Remedial Education*, 17, (2), 35-50.
- Sagula, D., & Rice, K.G. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333-342.
- Veer, S.D., Brouwers, A., Evers, W., & Tomic, W. (2009). A pilot study of the psychological impact of the mindfulness-based stress reduction program on persons who stutter. *European Psychotherapy*, 9, (1), 39-56.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H.L.A. (2008). Effect of mindfulness based

stress reduction on immune function, quality of life and coping in woman newly. *Brain, Beain, Behavior, and Immunity*, 22, 969-981.