

# اثر بخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته‌گام (کم‌توان ذهنی)

شهرزاد بخشی‌زاده\*، غلامعلی افروز، احمد به‌پژوه، باقر غباری‌بناب، دکتر محسن شکوهی‌یکتا

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۱۷

## چکیده

زمینه و هدف: تولد و حضور کودک آهسته‌گام در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی گردد که احتمالاً تنیدگی و سرخوردگی و مشکلات مربوط به سلامت‌روانی را در پی خواهد داشت. با عنایت به پژوهش‌های متعددی که گویای ارتباط مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری با ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی و تأثیر آن بر سلامت‌روانی هستند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر ارتقای مهارت‌های سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی مادران کودکان آهسته‌گام بود.

روش بررسی: روش پژوهش مذکور از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که از میان مادران کودکان آهسته‌گام شهرستان دهدشت و حومه با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، ۳۰ نفر از مادران انتخاب شده و با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل در پژوهش حاضر شرکت کردند. جلسات آموزش تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی در قالب گروه‌های ۱۵ نفره در طول ۱۲ جلسه برگزار شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه سلامت‌روانی ۲۸ سوالی و مقیاس محقق ساخته تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بودند که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌وسیله افراد تکمیل شدند. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که اجرای برنامه مداخله‌ای بر میزان سلامت‌روانی و مولفه‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی در مادران کودکان آهسته‌گام گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری ( $p < 0.05$ ) مؤثر بوده است. به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری معنوی به کاهش علایم افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی مانند صبر، رضا، توکل و شکرگزاری منجر شده است.

نتیجه‌گیری: به دلیل تغییر در نگرش مادران کودکان آهسته‌گام، آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی می‌تواند سلامت‌روانی و مولفه‌های تاب‌آوری معنوی را بهبود بخشد و به آنان کمک کند که سلامت‌روانی خود را علی‌رغم مواجهه با استرس و تنش حفظ نمایند.

واژه‌های کلیدی: مادران کودکان آهسته‌گام، آموزش تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی، سلامت‌روانی.

\*نویسنده مسئول: شهرزاد بخشی‌زاده، تهران، دانشگاه تهران، گروه روان‌شناسی

Email: sh.bakhshizadeh@yahoo.com

## مقدمه

در سال‌های اخیر، رویکرد روان‌شناسی مثبت با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان، مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی قرار گرفته است. این رویکرد بر شناسایی سازه‌ها و پرورش توانمندی‌هایی تأکید می‌کند که ارتقاء سلامت و شادکامی انسان را فراهم می‌کند (۱). تاب‌آوری مهم‌ترین راهبردی است که در این رویکرد مورد توجه پژوهشگران است و جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی دارد (۲). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملايمات زندگی است (۳-۵). کانر و دیویدسون (۶) تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک تعریف می‌کنند. آن‌ها تاب‌آوری را تنها پایداری در برابر شرایط تهدید کننده قلمداد نمی‌کنند، بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم می‌دانند. بنابراین تاب‌آوری توانایی انسان برای سازگاری در برابر مصیبت‌ها، ضربه‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و محرک‌های تنش‌زای بااهمیت در زندگی بوده و افراد با تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند.

رمضانی‌فرانی و همکاران معتقدند، یکی از عواملی که تأثیر فشارهای زندگی را به کمترین سطح می‌رساند و منجر به تاب‌آوری بیشتر می‌شود،

اعتقادات مذهبی و دینی است (۷). کسی که اعتقادات مذهبی قوی دارد، در تمامی شئون زندگی، خداوند را ناظر بر زندگی خود دانسته، بنابراین به پیشواز مشکلات رفته و انتظار رخداد آن را دارد. مصائب، مشکلات و ناگواری‌ها را به عنوان امتحان، خواست، قضا و صلاح‌دید الهی تلقی کرده بدین وسیله آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در برابر عوامل فشارزا، امید به حل آن‌ها دارد و آینده را روشن می‌بیند. بنابراین یکی از زمینه‌هایی که منجر به رشد تاب‌آوری افراد می‌شود، اعتقادات مذهبی است و نگرش مذهبی و امید به آینده، به عنوان پتانسیل‌های حمایتی برای تاب‌آوری قلمداد می‌شوند (۸ و ۹) و بر اساس مدل کامپفر (۱۰) نیز یکی از عوامل درون‌فردی تاب‌آوری که در اکثر پژوهش‌ها مورد بی‌توجهی قرار گرفته است، عامل اعتقادات و ارزش‌های شخصی می‌باشد. همچنین فطرت خداجوی انسان، زمینه و بافت مذهبی، فرهنگی - قومی، وجود ریشه‌های عمیق باورهای مذهبی، وجود سنبل‌ها و نمونه‌های صبر و استقامت، مانند حضرت زهرا (س) و حضرت زینب (س) و احادیث و آیه‌های مختلف در این زمینه به عنوان نمونه آیه ۱۵۲ از سوره بقره (پس مرا با عبادت و اطاعت خویش یاد کنید که من نیز شما را با دادن نعمت‌ها یاد خواهم کرد و سپاسگزار من باشید و نعمت‌های مرا ناسپاسی نکنید) و آیه ۱۵۵ از سوره بقره (و حتماً شما را به اندکی از ترس و گرسنگی و کاهشی از مال‌ها و جان‌ها و محصولات، درختان، یا ثمرات زندگی از زن و فرزند، آزمایش خواهیم نمود و شکیبایان را مژده ده)، همه این‌ها را می‌توان منابع حمایتی مبتنی بر

پرداخته‌اند، از جمله باومن (۱۵) و گاردنر و همکاران (۱۶) در مطالعه‌ای جداگانه، تاب‌آوری والدین کودکان آهسته‌گام را کمتر از والدین عادی یافتند و در مطالعه آن‌ها، تاب‌آوری کمتر منجر به بروز بیشتر اختلال‌های روانی در والدین می‌شود. کاوه، علیزاده، و همکاران (۱۷) نیز در پژوهشی با هدف تدوین و تهیه برنامه افزایش تاب‌آوری و مطالعه اثربخشی آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای فرزندان آهسته‌گام، انجام دادند. نتایج مبین این بود که برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین، اثرگذار است. مادرانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند، کیفیت زندگی مطلوبی داشته و این افراد با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نمی‌شوند و انعطاف‌پذیری بیشتری دارند. حسین چاری و همکاران (۱۸) دریافتند که برخی از ابعاد اعتقادات دینی و مذهبی، در پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی دانشجویان نقش دارد. حسینی‌قمی و همکاران (۱۹) نیز به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معنی‌داری بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری وجود دارد. یانگ و همکاران (۲۰) نیز معتقدند داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. هورتون و همکاران (۲۱) و بروکس و همکاران (۲۲) براین باورند که عوامل درون‌فردی تاب‌آوری، مانند عقاید فردی، نگرش‌ها و سبک رفتار فرد، تأثیر عوامل خطرآفرینی

اعتقادات مذهبی به‌شمار آورد که تأمین‌کننده حفظ آرامش فردی بوده و توانایی افراد را برای مقابله با شرایط سخت زندگی افزایش می‌دهد و پایه‌ای اساسی برای مقاومت در برابر مشکلات زندگی بشر و افزایش تاب‌آوری می‌باشد (۱۱). روبرت، به نقل از کوئنگ و همکاران (۱۲)، معتقد است که اعتقادات دینی و مذهبی برای افراد در رویارویی با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیت‌ها و منابع دینی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند، راهکارهایی برای مقابله به‌شمار می‌آیند. بنابراین افرادی که مذهبی‌ترند، تاب‌آوری بیشتری دارند، زیرا اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌دهد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (۱۳). بر همین اساس رابطه پیش‌بینی‌کنندگی قوی باورهای مذهبی بر تاب‌آوری قابل تبیین است (۱۴). ادبیات پژوهشی گسترده‌ای در رابطه با تاب‌آوری وجود دارد، اما مطالعه‌های مداخله‌ای در رابطه با تاب‌آوری که مولفه معنویت را در مادران کودکان آهسته‌گام به صورت خاص و حتی در سایر جمعیت‌ها به صورت عام، انجام شده باشد، متأسفانه صورت نگرفته است. به ویژه این که در پژوهش‌های انجام گرفته در مورد تاب‌آوری، ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی، اکثراً جنبه توصیفی داشتند و کار مداخله‌ای کمتری به چشم می‌خورد. برقراری رابطه بین مطالب مذکور و انجام مداخلات آموزشی در این زمینه می‌تواند گامی در جهت غنی کردن ادبیات پژوهش موجود باشد. پژوهش‌های متعددی به بررسی متغیر تاب‌آوری

در این قبیل مادران بیشتر باشد و مجموعه این مسائل و مشکلاتی از قبیل: پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی، موجب افزایش روان‌پریشی و در نتیجه پایین آمدن سلامت‌روانی و شادکامی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه می‌شود (۲۸). بررسی‌های انجام شده ایزونهاور و همکاران (۲۹) نشان داده است که مادران کودکان آهسته‌گام در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی و روان‌شناختی پایین‌تر و اضطراب و افسردگی بالاتری دارند. همچنین نتایج پژوهش پلچات و همکاران (۳۰)، بیانگر آن بود که عزت نفس و سازگاری والدین دارای فرزندان آهسته‌گام، به مراتب پایین‌تر از سایر افراد است و در افسردگی، احساس حقارت، بهداشت‌روانی، احساس گناه، استرس، غم و اندوه همراه با خود سرزنشی، در مقایسه با سایر افراد نمرات بالاتری را به دست آوردند.

تحقیق‌های مختلف بیانگر این واقعیت است که باورهای معنوی و داشتن یک زندگی هدفمند و معنی‌دار، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود مشکلات سلامت‌روانی داشته باشد و نوع نگاه و باورهای آدمی درباره زندگی، تأثیر زیادی بر بهداشت و سلامت‌روانی آنان به‌جای گذاشته و همچنین فرد را برای مقابله مناسب با مشکلات و سختی‌های زندگی آماده سازد (۳۱-۳۴، ۱۳). مذهب و رفتارهای معنوی از طریق ایجاد آرامش ذهنی، کاهش استرس و فشار روانی، رابطه با خداوند و خلق مثبت حاصل از شرکت در مراسم‌های مذهبی و عبادت و افزایش حمایت اجتماعی، باعث بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن و افزایش سلامت‌روانی می‌شود (۳۵). رفتارهای مذهبی

مانند انواع ناتوانی، استرس و دشواری ناشی از مراقبت از کودک دارای ناتوانی را در والدین، کاهش می‌دهند.

یکی دیگر از عواملی که تحت تأثیر آهسته‌گامی کودک قرار می‌گیرد، سلامت‌روانی والدین است. خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضا و اجزای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده، موجب تشدید اختلال‌های مربوطه به اجزا و پیدایش مشکلات جدید می‌گردد. با این نگرش، تولد کودک آهسته‌گام، بر تمامی اعضای خانواده و کارکردهای مختلف آن، به ویژه مادران، تأثیر منفی می‌گذارد (۲۳ و ۲۴). زمانی که این خانواده‌ها با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت‌روانی کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به‌طور معنی‌داری، سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است (۲۵ و ۲۶). پژوهش‌ها نشان داده است که واکنش‌های نوروپیک مادران کودک آهسته‌گام بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به‌خصوص مادر خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می‌کند (۲۷). مادران در مقایسه با پدران بیشتر تحت فشار هستند، زیرا بیشتر وظیفه رشد و تربیت فرزندان را بر عهده دارند و از نزدیک با مشکلات و خطرات احتمالی که ممکن است فرزند آسیب‌دیده‌شان را تهدید کند، آشنا هستند، بنابراین انتظار می‌رود که میزان ترس مرضی

هم‌چون نماز خواندن، صداقت، اعتقاد به خداوند یا خواندن کتاب‌های مذهبی ممکن است از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران م‌آیوس‌کننده که بر روی آن‌ها تسلط چندانی هم ندارد، سبب ایجاد یک نوع آرامش درونی گردد (۳۶). یافته‌های بهرامی احسان (۳۷) بیانگر آن است که مادرانی که اعتقادات مذهبی بیشتری دارند، با مردم و موقعیت‌ها بر اساس آموزه‌های دینی و انجام رفتارهای توصیه شده دینی و عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت برخورد می‌کنند و از سلامت‌روانی بیشتری برخوردار هستند. از سویی دیگر، مادرانی که از زندگی ناخشنود بودند و نسبت به حیات، معنای زندگی و زندگی پس از مرگ تردید و دودلی داشتند، سلامت‌روانی آن‌ها کمتر بود. می‌توان گفت داشتن اعتقاد مذهبی به افراد این توانایی را می‌دهد که زندگی را با معنا تر ببینند و به تبع آن از سلامت‌روانی بیشتری برخوردار باشند.

بنابراین، پژوهش حاضر در راستای چنین اهدافی با تنظیم جلساتی با عنوان آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی که در ادامه توضیح داده خواهد شد، انجام گرفت و سعی شد با استفاده از آیات، روایات، مباحث فقهی و متون مذهبی مرتبط با خانواده و تاب‌آوری، فنون و تکنیک‌هایی بر پایه تعالیم اسلامی در کنار مباحث علمی به مادران آموزش داده شود تا با استفاده از آن با نگاهی مثبت و سرشار از امید و خوش‌بینی، زندگی سالم همراه با حداکثر تاب‌آوری و سلامت‌روانی را سپری کنند. بنابراین، با توجه به تأثیرهای متعدد آهسته‌گامی کودک بر خانواده‌های آن‌ها، به خصوص مادران این

کودکان و با عنایت به پژوهش‌های متعددی که گویای ارتباط مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری با ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی و تأثیر آن بر سلامت‌روانی هستند از یک سو و اهمیت و تأثیرگذاری گرایش‌های مذهبی بر جنبه‌های گوناگون زندگی انسان به خصوص در فرهنگ ایرانی و فقدان شواهد پژوهشی داخلی در حیطه مداخله‌های معنوی در کاهش پریشانی مادران کودکان آهسته‌گام به طور اخص، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر سلامت‌روانی و تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام، طراحی و اجرا شده است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مادران دارای دانش‌آموز آهسته‌گام آموزش‌پذیر شاغل به تحصیل شهرستان دهدشت و حومه واقع در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۹۵-۱۳۹۴ هستند که تعداد آن‌ها بالغ بر ۱۲۰ نفر می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از شرکت داوطلبانه، داشتن فرزند آهسته‌گام و سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج، عدم تمایل مادران برای همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در فرایند آموزشی بوده است.

به دلیل احتمالی ریزش آزمودنی‌ها، تعداد شرکت‌کنندگان، ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی،

برنامه تاب‌آوری که از قبل تدوین شده بود، قرار گرفت و برای گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. در نهایت، پس از اتمام دوره آموزشی گروه آزمایش، از دو گروه، پس‌آزمونی در زمینه‌های مذکور به عمل آمد. به دلیل ریزش آزمودنی‌ها، در نهایت اطلاعات مربوط به ۱۵ آزمودنی، مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند (۳۹).

در این پژوهش از دو مقیاس سلامت‌روانی (GHQ) (۱) ۲۸ سوالی و مقیاس محقق ساخته تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی استفاده شده است، پرسشنامه سلامت‌روانی در فرم ۲۸ ماده‌ای با استفاده از روش تحلیل عاملی به منظور شناسایی اختلال‌های روانی غیرروان پریشی در سال ۱۹۷۹ به وسیله گلدبرگ و هیلر تدوین گردیده و فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت‌روانی به وسیله گلدبرگ و هیلر، به نقل از تقوی (۴۰)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. مدت زمان اجرای این آزمون به طور متوسط هشت دقیقه است. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای

ساده‌ترین راه، استفاده از جدول‌های تدوین شده به وسیله کوهن (۱۹۸۶) است (۳۸). بنابه این جدول، برای انجام دادن یک پژوهش آزمایشی با دو گروه (آزمایش و گواه)، چنانچه آلفا مقدار ۰/۰۵ اختیار شود، با انتخاب ۲۰ نفر برای هر گروه می‌توان به توان آزمون برابر با ۰/۸۸ دست یافت (۳۸). بنابراین برای بالابودن توان آزمون در این مطالعه، ابتدا برای انتخاب نمونه از بین پرونده‌های موجود در بهزیستی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، ۴۰ نفر انتخاب گردیدند. بعد از نمونه‌گیری و انتخاب افراد مورد نظر، جمع‌آوری اطلاعات در چند مرحله صورت گرفت. به تمام افراد شرکت‌کننده، هدف پژوهش به اختصار توضیح داده شد و بی‌نام و نشان ماندن آنان در تمام منابع و مقالاتی که از این پژوهش استخراج می‌شود، تضمین گردید. در ضمن به هرکدام از افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش پیامد ناگوار روانی و عاطفی برای آنان نخواهد داشت و در صورت احساس ناراحتی، با همکاران پژوهشی که از مدرسان دانشگاه تهران هستند تماس بگیرند. افزون بر این، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت تمایل می‌توانند از ادامه همکاری صرف‌نظر نمایند. در گام بعدی به طور تصادفی، ۲۰ نفر از مادران، به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ نفر از آن‌ها در گروه کنترل قرار گرفتند و پژوهشگر به اجرای پرسشنامه‌ها و برگزاری پیش‌آزمون در زمینه سلامت‌روانی و تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی از هر دو گروه اقدام نمود. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی در معرض آموزش

چهار گزینه هستند. دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. در روش اول گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۰، ۱، ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که بر اساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (اصلاً ۰، در حد معمول ۱، بیش از حد معمول ۲، به مراتب بیش از حد معمول ۳) نمره‌گذاری شده و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در این ابزار نمره پایین دال بر سلامتی و نمره بالا حاکی از اختلال است. تقوی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بر روی ۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز انجام داد (۴۰). ضرایب پایایی بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب روایی همزمان با پرسشنامه میدلکس ۰/۵۵ و روایی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه شده است. در پژوهش کنونی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای پایایی این آزمون به دست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی یک پرسشنامه محقق ساخته است. به دلیل عدم وجود مقیاسی که به ارزیابی تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بپردازد وجود نداشت، لذا محقق اقدام به ساختن این مقیاس نمود. جهت ساختن این پرسشنامه، پژوهشگر در وهله اول به بررسی پیشینه نظری تجربیات معنوی و آزمون‌های مرتبط پرداخت و در راستای تکمیل اطلاعات با تنی چند از مادران کودکان آهسته گام و تعدادی از روحانیون علوم دینی،

مصاحبه نمود. مجموعه اطلاعاتی که از طریق مصاحبه و مطالعه پیشینه نظری به دست آمده بود، پس از خلاصه کردن و حذف موارد تکراری، مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۲۸ گویه است. در هر گویه، محتوایی مربوط به تاب‌آوری معنوی ارائه شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، نه موافق و نه مخالف ۳، موافق ۴ و کاملاً موافق ۵) در مورد تاب‌آوری معنوی پاسخ بدهد. هر چه فرد در این آزمون نمره بیشتری بگیرد، نشان‌دهنده تاب‌آوری معنوی بالاتر است. مجموع عبارت‌ها به بررسی ۴ حوزه تاب‌آوری شامل؛ رضا، شکر، توکل و صبر و عبارت‌هایی نیز به ارزیابی سبک زندگی اسلامی آزمودنی می‌پردازد. به منظور بررسی روایی محتوایی، پنج متخصص روان‌شناس و مشاور با درجه دکترا در زمینه مشاوره خانواده و ازدواج و سه متخصص علوم حوزوی و دینی، پرسشنامه را مورد بررسی و مطالعه قرار دادند و پس از اعمال نظر آنان تعدادی از سوال‌ها حذف و سپس در یک مطالعه مقدماتی نظر سنی مادر، پیرامون قابل فهم بودن سوال‌ها بررسی شد و بعد از اعمال نظر آنان در نهایت ۲۸ سوال انتخاب گردید. جهت محاسبه روایی، همزمان با اجرای مقیاس تاب‌آوری مبتنی بر معنویت، مقیاس سنجش نگرش مذهبی خدایاری فرد (۴۱) بر روی ۸۰ مادر نیز اجرا شد. همبستگی بین مقیاس تاب‌آوری مبتنی بر معنویت با مقیاس نگرش مذهبی ۰/۴۳۳ به دست آمد که در سطح ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنی‌دار

از منابع دینی و روان‌شناختی تدوین نماید. برای تدوین جلسه‌های آموزشی، در ابتدا پژوهشگر با مطالعه و بررسی منابع، مقاله‌ها، کتاب‌ها و پژوهش‌های موجود و متون معتبر اسلامی (قرآن کریم، احادیث نبوی و داستان‌های مرتبط با تاب‌آوری موجود در ادبیات اسلامی)، با هدف گردآوری عوامل و مؤلفه‌های مؤثر آموزشی، شناسایی مؤلفه‌های اثربخش، نقاط قوت و ضعف برنامه‌های موجود حوزه تاب‌آوری و معنویت، مراحمی که در این متون به صورت آشکار یا تلویحی مرتبط با فرایند تاب‌آوری هستند، استخراج نمود و در محتوای برنامه از آنها استفاده گردید. سپس با اجرای پرسشنامه نیازسنجی و مصاحبه تکمیلی با مادران کودکان آهسته‌گام، در مورد عقاید دینی و مذهبی‌شان به شناسایی منابع تاب‌آوری معنوی آنها در زمان مواجهه با مشکلات اقدام نمود و در نهایت بر اساس اطلاعات حاصله، بسته آموزشی تدوین گردید. آموزش معنویت در این پژوهش با توجه به مطالعه پیشینه برگرفته از مفاهیم صبر، رضا، توکل و شکرگزاری است که در اسلام، ارکان اصلی تاب‌آوری قلمداد می‌شوند و حول سه محور ارتباط فرد با خدا، ارتباط فرد با دیگران، و ارتباط فرد با خود انجام می‌گیرد. جهت اطمینان خاطر از روایی محتوی و انسجام برنامه تدوین شده، شواهد لازم گردآوری گردید. در بخش نخست جهت بررسی روایی محتوا برنامه، پیشینه‌های موجود (نظریه‌ها و پژوهش‌های تجربی) و متون دینی مرتبط با تاب‌آوری

است، لذا با ۹۹ درصد اطمینان همبستگی مشاهده شده بین این دو مقیاس معنی‌دار می‌باشد. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده شد. جهت ارزیابی ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس، ابتدا پرسشنامه تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر روی ۸۰ مادر با کودک آهسته‌گام اجرا و سپس با فاصله ۱۴ روز، به اجرای مجدد این مقیاس اقدام گردید. ضریب پایایی بازآزمایی،  $0/76$  به دست آمد که در سطح  $(p < 0/05)$  معنادار بود. همسانی درونی پرسشنامه از طریق «آلفای کرونباخ» محاسبه و ضریب به دست آمده برای کل آزمون،  $0/79$  محاسبه گردید. بررسی همسانی درونی سؤال‌های هر مؤلفه نیز نشان داد که مؤلفه‌های به دست آمده از همسانی درونی بالایی برخوردارند (ضریب پایایی مولفه‌ها بین  $0/68$  تا  $0/79$  به دست آمد). نتایج در جدول ۱ نشان داده شده است.

در مجموع، به نظر می‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب، امکان تکمیل در زمان کوتاه و قابلیت به‌کارگیری در موقعیت‌های مختلف، برای سنجش تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی در این پژوهش، ابزاری مناسب است.

پژوهشگر در بررسی پیشینه، پژوهشی که مستقیماً به بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی پرداخته شود، به دست نیاورد، لذا با استفاده از مطالب موجود و مرتبط و کمک متخصصین تلاش کرد برنامه جامعی را با بهره‌گیری



در دین اسلام مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. هدف از این کار، طراحی و تدوین برنامه تاب‌آوری در بافت فرهنگ اسلامی- ایرانی بود. به منظور احراز روایی صوری، محتوای برنامه آموزشی به همراه چک لیستی که با هدف بررسی تناسب نظری و مصداق‌های رفتاری تهیه شده بود، در اختیار هشت نفر از متخصصان روانشناسی و علوم حوزوی گذاشته شد تا میزان تناسب هر یک از جلسات برنامه آموزشی را در مقیاس اندازه‌گیری طیف لیکرت (از نمره ۱ که "کمترین تناسب" و تا ۵ که "بیشترین تناسب" با تاب‌آوری معنوی را دارد)، مشخص نمایند. متخصصین، ارزیابی خود را به تفکیک جلسات، از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری نمودند تا با استفاده از آن، میزان مرتبط بودن محتوای کلی جلسات آموزشی با برنامه ارزیابی گردد (جدول ۲). پس از گردآوری داده‌های حاصل از ارزیابی داوران، میانگین نمره به دست آمده از توافق داوران، نمره ۴/۱۱ از ۵ بود که نشان‌دهنده توافق بالایی از توافق داوران در مورد روایی بسته طراحی شده است. بدین ترتیب، با تأیید برنامه به وسیله کارشناسان، نخستین مرحله از گردآوری شواهد لازم جهت تعیین روایی و انسجام برنامه اجرا گردید. جهت بررسی روایی سازه برنامه آموزشی، از پرسشنامه محقق‌ساخته تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی از طریق مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت. برنامه تهیه شده در ابتدا

بر روی گروه کوچکی از مادران اجرا گردید. هدف از این اجرای مقدماتی، کسب تسلط بیشتر بر محتوای آموزشی، اصلاح محتوا، تکمیل طرح درس‌ها از نظر نحوه و مدت زمان و فعالیت‌های گروهی و بررسی میزان قابلیت اجرای عملیاتی پرسشنامه بود. پس از اجرای مقدماتی برنامه، بازنگری و اصلاح و کسب تسلط بیشتر بر محتوای آن و تأیید برنامه و آموزش به وسیله اساتید، نوبت به اجرای نهایی آن رسید. با توجه به این که اکثر پژوهش‌های انجام شده مذکور، به ویژه برنامه‌هایی که برای والدین اجرا شده بودند، محدودۀ زمانی بین ۱۲ تا ۱۵ جلسه داشتند (۴۲) و با توجه به محتوای انتخاب شده، این برنامه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه اجرا گردید.

جهت افزایش تأثیر مداخله‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی، از روش‌های یادگیری مختلف مانند، مداخله‌های مذهبی و اسلامی (نظیر استفاده از داستان‌ها، آیات قرآنی، احادیث)، بیان و بحث پیرامون نتایج پژوهش‌ها و تجربه‌های متناسب با موضوع، سخنرانی، بحث گروهی، مدل‌سازی به وسیله پژوهشگر، صحنه‌سازی و تمرین‌های ایفای نقش و انجام تکالیف در منزل، استفاده گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار..... و آزمون‌های آماری..... تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: ضرایب پایایی همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی کل مقیاس تاب‌آوری معنوی و خرده‌مقیاس‌ها

خرده‌مقیاس‌ها	ضریب بازآزمایی	ضریب آلفای کراباخ
صبر	۰/۷۵۰	۰/۷۱۳
رضا	۰/۷۶۹	۰/۷۴۵
شکرگزاری	۰/۸۰۱	۰/۷۸۱
توکل	۰/۶۹۳	۰/۶۸۸
سبک زندگی اسلامی	۰/۸۲۱	۰/۷۳۸
تاب‌آوری معنوی کل	۰/۷۶۰	۰/۷۹۱

جدول ۲: خلاصه‌ای از جلسه‌های برنامه آموزش تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی

جلسات	اهداف
۱	معرفی، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه و اثر فعالیت‌های گروهی در کاهش مشکل‌های شرکت‌کنندگان و معرفی عناوین جلسه‌های مداخله‌های معنوی و کشف دیدگاه شرکت‌کنندگان در مورد رویکرد معنوی و بحث و تبادل نظر پیرامون معنای زندگی.
۲	: بیان خلاصه‌ای از احساس‌های مادران دارای کودک آهسته‌گام از بدو تشخیص آهسته‌گامی کودکانشان، دعوت مادران به در میان گذاشتن تجارب خود در ارتباط با آسیب‌های آهسته‌گامی کودک بر زندگی شخصی و خانوادگی‌شان و بحث و تبادل نظر پیرامون معنای صبر و اثرات مثبت آن در مواجهه با آسیب‌های احتمالی تولد کودک آهسته‌گامشان بر جنبه‌های عاطفی و رفتاری زندگی خانوادگی‌شان، و استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و رویارویی صحیح با رویدادها از طریق صبر و بردباری پیشه کردن.
۳	آموزش رضا، رضامندی و شکرگزاری از دیدگاه اسلام به همراه معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر رضا و دادن تکلیف.
۴	آشنایی با مفهوم تاب‌آوری، معرفی خصوصیت‌های افراد تاب‌آور شامل شادی، خردمندی و بینش، شوخ‌طبعی، همدلی، کفایت‌های عقلانی، هدفمندی در زندگی و ثبات‌قدم، آشنایی با عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و نقش معنویت در ارتقای تاب‌آوری.
۵	آشنایی و بحث پیرامون راه‌های ایجاد تاب‌آوری مانند هدفمندی و امید داشتن به زندگی، پذیرفتن تغییر، پرورش اعتماد به نفس، خودمراقبتی معنوی، چارچوب دادن به استرس‌ها
۶	آشنایی با استرس و استرس‌های ناشی از داشتن فرزند آهسته‌گام، آموزش مهارت‌های کنترل استرس مبتنی بر معنویت مانند یادگیری آموزش فن آرمیدگی عضلانی و ذهنی (فن ریلاکس) به مادران با تجسم ذهنی پدیده‌های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار تحریف شده و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجان‌ها و رفتار منطقی و خوشایند پس از افکار منطقی
۷	آموزش مثبت‌نگری، پذیرش موقعیت و اسناد امور به خداوند و یادگیری نحوه تغییر سبک تبیین برای موفقیت‌ها و شکست‌ها و ارائه تکلیف در زمینه شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی بحث درباره مثبت‌نگری و خوش بینی درباره دیگران با استناد به آیات قرآن کریم. ارائه تکالیف شناختی- رفتاری در زمینه تمرین و کاربرد فنون ارائه شده.
۸	ارزیابی از تکالیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم بخشایش، پیامدهای بخشایش، آموزش چگونگی طلب بخشایش از خود و دیگران، همچنین در پایان جلسه به زوجین تکالیف شناختی در زمینه بخشیدن و طلب بخشش داده می‌شود.
۹	ارزیابی از تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های اجتماعی با تأکید بر رویکرد معنوی، تأکید بر اهمیت روابط مثبت داشتن با دیگران و داشتن نگرش مثبت نسبت به آن‌ها، بحث درباره مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی، احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش‌خلقی، و آراستگی ظاهری با استناد به آیات قرآن کریم و بحث درباره موانع ارتباطی از دیدگاه دینی (خشم، عجله، سوءبرداشت، تندخویی، بداخلاقی، ناسزاگویی و شک و تردیدهای بی‌مورد) و ارائه تکلیف به مادران برای شناسایی این موانع در روابط خود و دادن تکلیف.
۱۰	آشنایی با مفهوم شکر، تأثیر شکرگزاری در تغییر هیجان‌ها و افکار، آموزش باورهای مؤثر در مورد تأثیر شکرگزاری بر کاهش هیجان‌های منفی مادران و دادن تکلیف انجام شکرگزاری.
۱۱	آشنایی با مفهوم نیایش و توکل و تأثیر توکل در کنار آمدن با رویدادهای زندگی، آموزش و بحث و گفت‌وگو در مورد تأثیر نیایش و توکل بر هیجان‌ها و افکار و فرایند حل مشکل، ارائه تکلیف دعا و توکل برای خود و دیگران.
۱۲	بحث پیرامون ذکر و آثار آن و بررسی ذکر و اثرات مقابله‌ای آن بر کاهش هیجان‌های منفی و چالش خودگویی‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت و سازنده که در دین اسلام آمده است مانند ذکرهای مختلفی که مراجع انجام می‌دهند و موجب کاهش تنش و اضطراب و ایجاد امیدواری می‌شود و ارائه تکلیف ذکر در زمان مواجهه با مشکلات و هیجان‌های منفی.

## یافته‌ها

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر سلامت‌روانی و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی با توجه به فرضیه‌های مطرح شده در این پژوهش، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی گزارش می‌شود. مشخصه‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد که میانگین سلامت‌روانی و میانگین تاب‌آوری معنوی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تغییر قابل توجهی داشته است، یعنی میانگین نمرات سلامت‌روانی از  $M=69/07$  به  $M=57/52$  و میانگین نمرات تاب‌آوری معنوی از  $M=80/60$  به  $M=95/46$  تغییر یافته است. در حالی که در گروه کنترل، میانگین نمرات سلامت‌روانی از  $M=62/13$  به  $M=62/80$  و میانگین نمرات تاب‌آوری معنوی از  $M=81/866$  به  $M=82/200$  رسیده است که تغییرات چندانی را نشان نمی‌دهد. معنی‌دار بودن این تفاوت‌ها از لحاظ آماری در بخش داده‌های استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است.

جهت بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر مؤلفه‌های سلامت‌روانی و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته، همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج جدول ۴ و بررسی آزمون

لوین، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در دو متغیر تاب‌آوری معنوی و سلامت‌روانی تأیید گردید. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنف، پیش‌فرض هنجار بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید شد. نتایج آزمون ام‌باکس نیز برای متغیر تاب‌آوری معنوی، ( $F=0/90$ ،  $p=0/55$ )، ( $F=16/92$ ،  $p=0/110$ ) و سلامت‌روانی ( $BOX=18/55$ )، بیانگر همسانی کوواریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل است و این نتایج، انجام آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌داند.

جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر عامل گروه و زمان ( $\eta^2=0/47$ )، ( $F=4/764$ ،  $P<0/01$ ) و ( $\eta^2=0/784$ )، ( $F=13/824$ ،  $p<0/001$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر نتایج بیانگر تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مؤلفه‌های سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی می‌باشند که نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌ها، حداقل در یکی از خرده مقیاس‌ها وجود دارد. پس از معنی‌داری تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های مقیاس‌های یاد شده، به منظور بررسی این‌که تفاوت بین کدامیک از خرده مقیاس‌ها وجود دارد، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج جدول ۶ نشان داد بین میانگین متغیرهای پژوهش (سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی) در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد

آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی موجب بهبود علایم اختلال در کارکرد اجتماعی ( $F=6/25, p<0/001, \eta^2=0/39$ ) و افسردگی ( $F=6/35, p<0/05, \eta^2=0/21$ ) در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون شده است. نتایج همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین مولفه‌های نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد و آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر بهبود علایم اختلال در سلامت جسمانی ( $F=3/53, p<0/07, \eta^2=0/13$ ) و اضطراب و بی‌خوابی ( $F=3/53, p<0/08, \eta^2=0/12$ ) در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، اثرگذار نبوده است. همچنین مربع سهمی ایتا اندازه اثر را نشان می‌دهد.

و میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است و آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی موجب بهبود سلامت‌روانی ( $F=17/266, p<0/001, \eta^2=0/42$ ) و تاب‌آوری معنوی ( $F=79/728, p<0/001, \eta^2=0/747$ ) و بهبود مولفه‌های تاب‌آوری معنوی گروه آزمایش یعنی مولفه صبر ( $F=24/236, p<0/001, \eta^2=0/513$ )، رضا ( $F=11/321, p<0/001, \eta^2=0/330$ )، شکر ( $F=26/953, p<0/001, \eta^2=0/370$ ) و سبک زندگی اسلامی ( $F=13/510, p<0/001, \eta^2=0/374$ ) در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین نتایج نشان‌دهنده آن است که میانگین مولفه‌های کارکرد اجتماعی و افسردگی نیز در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارند و

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی در دو گروه مورد مطالعه

گروه	مرحله	آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت‌روانی (کل)		۶۹/۰۶۶	۴/۳۵۰	۶۲/۱۳۳	۳/۴۶۱
علایم جسمانی		۱۸/۱۳۶	۱/۹۲۲	۱۶/۳۳۳	۱/۲۹۸
اضطراب و بی‌خوابی		۱۷/۶۶۶	۱/۴۹۶	۱۶/۸۶۶	۲/۵۲۳
کارکرد اجتماعی		۱۶/۴۶۶	۱/۹۵۹	۱۴/۸۰۰	۱/۲۹۸
افسردگی		۱۶/۸۰۰	۲/۲۷۴	۱۴/۱۳۳	۲/۱۸۶
صبر		۱۴/۷۳۳	۱/۹۸۰	۱۴/۹۳۳	۱/۱۲۵
رضامندی		۱۵/۲۰۰	۱/۲۰۷	۱۶/۲۰۰	۱/۵۴۳
توکل		۲۳/۷۳۳	۲/۳۴۴	۲۴/۰۰	۱/۸۴۶
شکرگزاری		۱۱/۸۰۰	۰/۸۶۱	۱۲/۱۳۳	۱/۰۵۵
تاب‌آوری معنوی (کل)		۸۰/۶۰۰	۴/۷۱۷	۸۱/۸۶۶	۳/۷۵۸

جدول ۴: نتایج آزمون کالومگروف-اسمیرنوف و آزمون لویون

آزمون کالموگروف - اسمیرنوف (پیش‌فرض نرمال بودن توزیع)				آزمون لوین برای خرده مقیاس‌ها			
متغیر	کجی	کالموگروف-اسمیرنوف Z	سطح معنی‌داری	F	df <sub>1</sub>	Df <sub>2</sub>	سطح معنی‌داری
علایم جسمانی	-۰/۶۳۳	۰/۹۵۴	۰/۲۲۳	۲/۸۹۴	۱	۲۸	۰/۱۰۰
اضطراب و بی‌خوابی	-۱/۳۲۴	۱/۴۳۵	۰/۰۵۳	۰/۰۳۸	۱	۲۸	۰/۸۴۸
کارکرد اجتماعی	-۰/۵۵۹	۰/۹۴۴	۰/۳۳۵	۰/۰۳۲	۱	۲۸	۰/۸۵۵
افسردگی	-۰/۶۸۵	۰/۵۱۸	۰/۹۵۱	۰/۰۷۸	۱	۲۸	۰/۷۸۲
سلامت روانی (کل)	-۱/۴۱۳	۰/۵۲۶	۰/۹۴۵				Sig
صبر	-۱/۴۴	۰/۷۲۶	۰/۶۶۷	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲۷
رضا	-۰/۵۲	۰/۹۵۴	۰/۳۲۳	۰/۳۷۵	۱	۲۸	۰/۵۴۵
توکل	-۱/۵۵	۰/۷۹۰	۰/۵۶۱	۰/۴۸۳	۱	۲۸	۰/۴۹۳
شکر	-۱/۷۷	۱/۰۴۷	۰/۲۲۳	۱/۰۷۸	۱	۲۸	۰/۳۰۸
سبک اسلامی	-۱/۵۳	۰/۸۰۵	۰/۵۳۶	۰/۷۴۶	۱	۲۸	۰/۳۹۵
تاب‌آوری معنوی	-۲/۰۲	۱/۱۵۹	۰/۱۳۶				

جدول ۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های سلامت‌روانی و مولفه‌های تاب‌آوری معنوی

متغیر	متغیر	ارزش	F	df <sub>1</sub>	Df <sub>2</sub>	سطح معنی‌داری	$\eta^2$
تاب‌آوری معنوی	اثر پیلایی	۰/۷۸۴	۱۳/۸۲۴	۵	۱۹	-۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	لانداى ويکلز	-۰/۲۱۶	۱۳/۸۲۴	۵	۱۹	-۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	اثر هتلینگ	۳/۶۳۸	۱۳/۸۲۴	۵	۱۹	-۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
سلامت‌روانی	بزرگترین ریشه روی	۳/۶۳۸	۱۳/۸۲۴	۵	۱۹	-۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	اثر پیلایی	۰/۴۶۷	۴/۶۰۷	۴	۲۱	-۰/۰۰۸	۰/۴۶۷
	لانداى ويکلز	-۰/۵۳۳	۴/۶۰۷	۴	۲۱	-۰/۰۰۸	۰/۴۶۷
	اثر هتلینگ	۰/۸۷۷	۴/۶۰۷	۴	۲۱	-۰/۰۰۸	۰/۴۶۷
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۷۷	۴/۶۰۷	۴	۲۱	-۰/۰۰۸	۰/۴۶۷

جدول ۶: نتایج آزمون کوواریانس برای مولفه‌های سلامت‌روانی و تاب‌آوری معنوی

منبع پراش	SS	Df	MS	F	سطح معنی‌داری	مربع سهمی‌ایتا
سلامت جسمانی	۸/۹۸۷	۱	۸/۹۸۷	۳/۵۳۴	-۰/۰۷۲	۰/۱۲۸
اضطراب و بی‌خوابی	۷/۹۶۶	۱	۷/۹۶۶	۳/۳۲۱	-۰/۰۸۱	۰/۱۲۲
کارکرد اجتماعی	۹۴/۸۴۲	۱	۹۴/۸۴۲	۱۵/۲۴۹	-۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
افسردگی	۳۵/۶۳۵	۱	۳۵/۶۳۵	۶/۳۴۳	-۰/۰۱۹	۰/۲۰۹
سلامت‌روانی (کل)	۳۹۶/۰۴۷	۱	۳۹۶/۰۴۷	۱۷/۲۶۶	-۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
صبر	۴۰/۷۹۷	۱	۴۰/۷۹۷	۲۴/۲۳۶	-۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
رضا	۳۹/۰۳۸	۱	۳۹/۰۳۸	۱۱/۳۲۱	-۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
توکل	۱۳۲/۵۷۵	۱	۱۳۲/۵۷۵	۲۶/۹۵۳	-۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
شکر	۱۸/۸۹۰	۱	۱۸/۸۹۰	۱۳/۵۱۰	-۰/۰۰۱	۰/۳۷۰
سبک ز اسلامی	۴۰/۴۴۲	۱	۴۰/۴۴۲	۱۳/۷۲۲	-۰/۰۰۱	۰/۳۷۴
تاب‌آوری معنوی (کل)	۱۳۲۷/۰۷۸	۱	۱۳۲۷/۰۷۸	۷۹/۷۲۸	-۰/۰۰۱	۰/۷۴۷

## بحث

قوی باشد، با اتصال به منبع نیروی الهی، احساس پوچی، ناامیدی و یأس نمی‌کند و از عزت نفس بالایی برخوردار است. چنین فردی به آینده و محیط پیرامونش خوش‌بین است و درمورد ابتلا به افسردگی، آسیب‌پذیری کمتری نشان می‌دهد، تعاملات اجتماعی او افزایش یافته و در نتیجه، افزایش کارکرد اجتماعی به عنوان یک منبع، موجب ارتقای سلامت‌روانی او، می‌شود. به نظر می‌رسد. امید به کمک و یقین به یاری خداوندی که قدرتش فوق‌قدرت‌هاست و توکل بر او در زمان مواجهه با مشکلات، باعث می‌شود که فرد به این اطمینان برسد که با یاری مدبر هستی، توانایی مقابله با سختی‌ها را دارد و با افزایش آگاهی‌های انسان به قدرت خدا و پذیرش این حقیقت که هر مشکلی با تکیه بر قدرت پروردگار حل می‌شود و با گفتن ذکر لا حول و لا قوه الا بالله و درونی کردن مفاهیم آن در خویش، علایم افسردگی و مشکلات کارکرد اجتماعی آن‌ها، کاهش پیدا می‌کند.

نتایج پژوهش هم‌چنین گویای عدم تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری معنوی بر مولفه‌های سلامت جسمانی و اضطراب بود. علی‌رغم آن‌که به نظر می‌رسد که این نتایج با نتایج سایر مطالعات متعددی که در این زمینه انجام شده است متناقض باشد، ولی تعدادی از پژوهش‌ها نیز این یافته را تأیید کرده‌اند (۵۰ و ۱۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که عدم تغییر مولفه‌های مذکور شاید به این دلیل باشد که تغییر این مؤلفه‌ها نیاز به آموزش و زمان بیشتری دارد. از آن گذشته، مشکلات جسمانی و

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی منجر به بهبود مهارت‌های متعددی نظیر سلامت‌روانی و مولفه‌های تاب‌آوری معنوی مانند صبر، رضا، شکر و توکل شده است. بر اساس فرضیه اول، یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن است که آموزش تاب‌آوری معنوی، تأثیر معناداری بر کاهش علایم اختلال‌های سلامت‌روانی و برخی از ابعاد آن (اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) دارد. نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های فراوانی است که در رابطه با تأثیر نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی بر سلامت‌روانی صورت گرفته است (۴۵-۴۳) و همان‌طور که پیشتر گفته شد در این پژوهش، آموزش تاب‌آوری معنوی، تأثیر معنی‌داری بر کاهش علایم اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را نشان داد که در این راستا پیشینه پژوهشی قوی وجود دارد (۴۹-۴۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد انجام عباداتی چون نماز، خواندن قرآن و مانند آن‌ها، باعث ایجاد احساس نزدیکی به خدا، کاهش احساس گناه و پوچی و ایجاد نگرشی مثبت‌گرایانه در افراد می‌شود. ایمان به خداوند و توکل به او، احساس ایمنی در فرد، به خصوص در موقعیت‌هایی که غیر قابل کنترل یا غیر قابل پیش‌بینی هستند ایجاد می‌کند. زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم دانسته در نتیجه در نظر وی، وقوع حوادث، بر اساس حکمت است، جهان هستی واجد نظم بوده و تمام امور با اراده و تدبیر الهی اتفاق می‌افتد (۳۶). فردی که دارای اعتقادات دینی

مبتنی بر معنویت اسلامی، توانسته است سبب افزایش سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی مادران کودکان آهسته گام شود.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی فرضیه دوم نشان داد که ازایه بسته آموزشی، باعث بهبود مهارت‌های معنوی تاب‌آوری (صبر، رضا، توکل و شکرگزاری) می‌شود. دلیل این امر شاید برقراری ارتباط عاطفی با شرکت‌کنندگان و ارتقاء توانمندی‌هایی باشد که تنها در برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری به آن‌ها توجه می‌شود؛ از این موارد می‌توان به افزایش خودآگاهی (آگاهی نسبت به توانمندی‌ها)، احساس ارزشمندی (عزت نفس)، پیوندجویی، آینده‌نگری (هدفمندی)، افزایش خودکارآمدی (حل مسئله، تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری)، کنترل هیجانات و معنامندی (تقویت تجربیات معنوی) اشاره کرد. در واقع تفاوت برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری معنوی با سایر برنامه‌هایی که صرفاً به آموزش مهارت‌های انطباقی می‌پردازند و هدفشان بالا بردن مقطعی سطح شناخت و آگاهی افراد می‌باشد، توجه به همین عوامل است. این که ادای فرایض دینی می‌تواند تاب‌آوری و سرسختی را بدون واسطه تبیین کند، شاید به این دلیل باشد که دین از عناصر شناختی، ارزشی و رفتاری مختلفی برای ایجاد سرسختی و تاب‌آوری برخوردار است (۵۱). این الگوهای شناختی می‌تواند به عنوان عامل حمایتی و همچنین سازمان‌دهنده، هنگام رویارویی با بحران مورد استفاده قرار گیرد. از نظر

مشکلات مربوط به خواب و اضطراب، علاوه بر آموزش‌های ازایه شده نیازمند استفاده از راهکار دیگری نیز می‌باشند. بنابراین دور از انتظار نیست که طی چند هفته آموزش، تغییر اساسی نکرده باشند. از دلایل عدم معنی‌داری می‌توان به این نکته اشاره کرد که تأکید برنامه آموزشی حاضر، تأکید بر مهارت‌ها و تمرین‌های رفتاری است که کمتر به بیان راهکارهای کاهش مشکلات جسمانی و مشکلات مربوط به خواب پرداخته شده است، به همین دلیل ممکن است برنامه آموزشی بر متغیرهای مورد نظر به طور مستقیم تأثیرگذار نبوده است و نیازمند ازایه راهکارهایی باشد که به صورت مستقیم به آموزش‌هایی بپردازد که هدف آن کاهش مشکلات جسمانی و اضطراب باشد. همچنین در تبیین این مسئله می‌توان گفت در آموزش تاب‌آوری معنوی، تمرین‌های رفتاری به فرد کمک می‌کند تا بتواند این مهارت را به صورت عینی بیاموزد، در صورتی که در مشکلات جسمانی و مشکلات مربوط به خواب، تنها آموزش‌های رفتاری کافی نیست، بنابراین به‌سختی می‌توان این بعد را تحت تأثیر قرار داد. از سویی دیگر این پژوهش نیز هم‌چون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله این که در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها، ممکن است در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. در نهایت با توجه به نتایج آماری، می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری

اجتماعی و غیره، شیوه‌هایی هستند که در تعالیم اسلامی روش‌های مقابله با مشکلات و شرایط غیر قابل کنترل تلقی می‌شوند (۵۴). هنگامی که شخص به مفاهیم تاب‌آوری معنوی پی می‌برد، راحت‌تر با مشکلات کنار می‌آید و سختی‌ها را جزء جدایی‌ناپذیر این دنیا می‌بیند و با توکل بر خدای هستی و پیشه کردن صبر، به مقابله با مشکلات می‌پردازد (۳۴). در نتیجه می‌توان گفت هماهنگی بین روش‌های مشاوره و روان‌شناختی با اعتقادات دینی و فرهنگی، باعث پذیرش و اثربخشی بیشتر مهارت‌های آموزش داده شده می‌گردد و این مهارت‌ها به عنوان یک راهبرد قوی و اثربخش در توانمندسازی سازگاران مادران با کودک آهسته گام مؤثر واقع شده است. در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، علت این اثربخشی، پذیرش بی‌قید و شرط و به دور از قضاوت و همچنین احساس حضور و اتصال به نیروی لایزال الهی (ویژگی این شیوه آموزشی) دانست که به موجب آن ارزیابی‌های شناختی مهم در فرآیند مقابله، تحت تأثیر قرار می‌گیرند و به افراد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. در این پژوهش با محدودیت‌هایی هم‌چون این که پژوهش در نمونه‌ای از مادران با کودک آهسته‌گام آموزش‌پذیر به اجرا در آمده است و همین امر میزان روایی بیرونی پژوهش را کاهش می‌دهد و نیازمند اجرای پژوهش بر روی مادران کودکان آهسته گام با سطوح متفاوت هوشی است. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، عدم انجام مطالعه پیگیری در مورد ثبات نتایج به دلیل

خداوند کسانی که ایمان آورده‌اند می‌دانند که زمین مکانی است برای آزمایش؛ بنابراین در برابر سختی‌ها و مصیبت‌ها، جزع و فزع نمی‌کنند و مصیبت وارده را نوعی مشیت الهی می‌دانند. "کسانی که ایمان آورده‌اند، دل‌های آنها مطمئن و آرام خواهد بود، چون تنها با ذکر خدا دل‌ها آرام می‌گیرد" (آیه ۱۸ و ۱۹ سوره رعد). بهترین راهکار در برابر مشکلات و سختی‌ها نیز از نظر قرآن صبر پیشه کردن و دعا کردن به درگاه خداوند برای رفع بلاهاست (آیات ۸۲ تا ۹۰ سوره انبیاء). البته فردی که مؤمن و پایبند به مذهب باشد، به‌طور ناخودآگاه این راهکار را در پیش می‌گیرد و همین ایمان قلبی می‌تواند تاب‌آوری او را افزایش دهد. مهارت‌های تاب‌آوری معنوی باعث مقاومت موفقیت‌آمیز افراد در برابر موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌شود. افراد علی‌رغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها مانند آنچه مادران کودکان آهسته‌گام با آن روبرو هستند، با مقابله‌های مذهبی تاب‌آوری در مقابل مشکلات، از آثار نامطلوب آن کاسته و تعادل خود را حفظ می‌کنند. در نتیجه می‌توان گفت مقابله‌های مذهبی تاب‌آوری به عنوان یک عامل مهم در به حداقل رساندن خطر و به حداکثر رساندن عامل تاب‌آوری می‌باشد که در نتیجه این تأثیرگذاری نقش بسیار مهمی در کاهش شرایط سخت، پر مخاطره و طاقت‌فرسای زندگی دارد (۵۳ و ۵۲). ایمان و توکل به خدا، اعتقاد به مقدرات الهی، نگرش مثبت، ارتباط عاطفی با خدا و اولیاء، یاد خدا، دعا، توسل به ائمه معصومین (علیه السلام)، توبه، ذکر، تفریحات سالم، روابط خانوادگی مطلوب، حمایت



کمبود وقت است و همچنین پژوهش حاضر در مورد مادران اجرا شده است که برای تعمیم نتایج به پدران، باید احتیاط نمود.

### نتیجه‌گیری

چنانچه ذکر شد، در مجموع آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی با ایجاد تغییرات در نگرش مادران، باعث مقاومت موفقیت‌آمیز آنها در برابر موقعیت‌های چالش‌برانگیز شده و به آنان کمک می‌کند علی‌رغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، سلامت روانی خود را حفظ کنند. در نتیجه، این امر منجر به افزایش عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی و همچنین بهبود مولفه‌های تاب‌آوری معنوی شامل؛ صبر، رضامندی، توکل، شکرگزاری و سبک زندگی اسلامی مادران کودکان آهسته‌گام می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در نمونه‌های بزرگتر، مناطق و شهرهای مختلف اجرا شود تا امکان تعمیم نتایج به صورت فراگیر امکان‌پذیر گردد و بعد از اجرای برنامه، جهت بررسی میزان ثبات نتایج در شرکت‌کنندگان، با فواصل یک‌ماهه و دو‌ماهه، آزمون پیگیری اجرا گردد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بوده که تحت نظر معاونت پژوهشی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران انجام شده است

## REFERENCES

1. Kiyani Dehkordi M, Rafiei H, Samiei M, Karimloo M, Dolatshahi B, Binazadeh M. Resilience Against drug dependence in the sons of dependent and non-dependent men. *Journal of Hakim* 2005; 8(2): 31-6.
2. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour. Research and Therapy* 2006; 1(44): 585-99.
3. Bonanno GA. Loss Trauma and human resilience. *American Psychologist* 2004; (1)59: 20-8.
4. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience, Implications for interventions and social policies. *Development and Psychology* 2000; 1(12): 857-85.
5. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist* 2001; 56(3): 227-38.
6. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
7. Ramezani Farani A, Navabi Nezhad SH, Bolhari J. Religious orientation and mental health. *Journal of Analytical-Research of Islamic Azad University* 2000; 9(1): 12-22.
8. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A Thesis Submitted to the Committee on Graduate Studies in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the Faculty of Arts and Science; 2008.
9. Perkins DF, Jones KR. Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28(5): 547-63.
10. Kumpfer K. Factors and processes contributing to resilience, edited by Glantz & Johnson. *Resilience and developmental: Positive life adaptation*; 1999; 179-220.
11. Reutter KK, Bigatti SM. Religiosity and Spirituality as Resiliency Resources: Moderation, Mediation or Moderated Mediation?. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2014; 53(1): 56-72.
12. Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal Psychiatry Medicin* 1998; 28(2): 189-213.
13. Asadi Noghany AA, omidi SH, Haji Aghajani S. *Nursing*. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: boshra; 2005; .....
14. Besharat MA, Salehi M, Zebardast O, NadeAli H, Shah Mohammadi K. The relationship between exercise and mental health resilience and hard work with success among athletes. *Journal of Contemporary Psychology* 2008; 3(2): 38-49.
15. Bauman S. Parents of children with mental retardation: Coping Mechanisms and Support Needs. Faculty of Graduate school, University of Maryland: 2004; .....
16. Gardner J, Harmon T. Exploring resilience from a parent's perspective: A qualitative study of six resilient mothers of children with an intellectual disability. *Australian Social Work* 2002; 55(1): 60-8.
17. Kaveh M, Alizadeh H, Delavare A, Borjali A. Developing Program to increase resilience to stress and efficiency on the components of quality of life of parents of children with mild mental retardation. *Journal of Exceptional Children* 2011; 11(2): 119-40.
18. Hossein Chari M, Mohammadi M. Predict psychological resilience on the sense of religious beliefs in rural and urban students. *Journal of Contemporary Psychology* 2011; 6(2): 45-56.
19. Hussein Ghomi T, Salimi bejestani H. The relationship between religious orientation and resilience among mothers of children with the disease. *Journal psychology of religion* 2011; 4(3): 69-82.

20. Yang KP, Mao XY. A study of nurses spiritual intelligence: A cross sectional questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies* 2007; 1(144): 999-1010.
21. Horton T, Wallander J. Hope and social support as resilience factor against psychological distress of mothers who care with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology* 2001; 45(4): 299-382.
22. Brooks RB. Child at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry* 1994; 64(4): 545-53.
23. Alizadeh H. The impact of disabled children on families. *Monthly Journal Special Education* 2002; 14(1): 3-7.
24. Beh-Pajoo A. Families and children with special needs. Tehran: Avaye noor; 2012;
25. Ahmadpanah M. The impact of intellectual disability a child on family mental health. *Research in the area of Exceptional Children* 2001; 1(1): 52-68.
26. Kimiyaei A, Mehrabi H, Mirzaee Z. Comparing the mental health of parents with educable mentally retarded children in Mashhad. *Studies in Education and Psychology* 2010; 11(1): 261-78.
27. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. Compare the mental health of mothers of exceptional children with mental health of mothers of normal children. *Journal of Mental Health* 2007; 9(33 ,34): 16-30.
28. Shojaei S. Barriers to employment of persons with visual impairment. *Journal of Education with Special Needs (Special job training and vocational rehabilitation)* 2010; 8(106): 51-5.
29. Eisenhower AS, Bruce L, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49(9): 657-71.
30. Pelchat D, Bisson J, Ricard N, Perreault M, Bouchard JM. Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies* 1999; 36(6): 465-77.
31. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108(1): 125-30.
32. Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth-Szabó K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence* 2010; 34(1): 39-47.
33. Allen GE, Kawika M, Heppner P. Religiosity, coping and psychological well-being among latter-day saint Polynesians in the U.S. *Asian American Journal of Psychology* 2011; 2(1): 13-24.
34. Azhdar AR, Ahmadifaraz M, Zare H, Zamani M. Effectiveness of the status of prayer in physical and mental health. *Journal News in Psychotherapy* 2011; 17(61 ,62): 133-40.
35. Dabbaghi P. Explore the role of spirituality and religion on Health. *Journal of Medicine Department of the Army of the Islamic Republic of Iran* 2009; 4(1): 1-4.
36. Sajadian I, Akram N. Reliance on God and other approaches to coping with anxiety in secondary school students. *Knowledge and research in psychology* 2006; 8(30): 51-70.
37. Bahrami Ehsan H. Pilot study to evaluate the validity and reliability of the scale of religiosity. *Journal of Education and Psychology of Tehran University* 2001; 1(31): 67-90.
38. Sarmad E, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Agah; 1998; .....
39. Delavare A. Applied probability and statistics in psychology. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Roshd; 2006; .....
40. Taghavi SM. The validity and reliability of GHQ-28 questionnaire. *Journal of Psychology* 2002; 5(20): 381-89.
41. Khodayarifard M, Shokouhi yekta M, Ghobari bonab B. Preparing religious attitude scale for students. *Journal of Psychology* 2000; 4(1): 268-85.
42. Schafer RB, Wichrama KS, Keith PM. Stress a material interaction and change in Depression: A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Issues* 1998; 19(5): 578-94.
43. Firuzi A, Amini M, Asghari Z, Moghimi B. The relationship between religious beliefs and mental health among Dargaz high school students in the academic year 89-90. *Health and Development* 2013; 2(2): 138-48.
44. Gholami A, beshlideh K. Effectiveness of Spirituality therapy on mental health of divorced women. *Journal of Consulting and Family Psychotherapy* 2011; 1(3): 331-48.
45. Mirza Mohammadi MH, farmahini Farahani M, Esfandiari S. The role of religious education in personal and social health. *Studies of knowledge at the Islamic University* 2011; 47(1): 20-45.

46. Koinng H, Gochoen J, Balazer DG, Kudeler HS, Krishman KR, Slibert TE. Religious and coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Journal of Psychosomatic* 1995; 36(4): 369-75.
47. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32(6): 867-72.
48. Jalilvand MA. The relationship between mental health and adherence to religious restrictions (prayer) in university students. Paper presented at the Second Seminar Mental Health. 2003; Tehran Tarbiat Modarres University; Iran (Article in Persian).
49. Hossein Sabet F. Construction Scale Patience for teens. *Specialized scientific Journal of The Islamic Studies and Psychology* 2008; 3(1): 128-42.
50. Ghamari Givi H. Spirituality, identity and mental health in the living area. *Psychology of Religion* 2008; 4(1): 45-72.
51. Lambert NM, Dollahite DC. Development of the faith activities in the home scale (FAITHS). *Journal of Family Issues* 2010; 1(31): 1442-64.
52. Hoseseini M, Habiban E, Krauss SE, Aishah S. A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *International Journal of Psychological Studies* 2010; 2(2): 179-88.
53. King GA, Zwaigenbaum L, King S, Baxter D, Rosenbaum P, Bates A. A qualitative investigation of changes in the belief system of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health & Development* 2006; 32(3): 353-69.
54. Abbas Nejad M, Seyedi H, Rostami M. *Quran, Psychology and Educational Sciences*. 1 ed. Mashhad: Quranic Research Foundation OF University and Hozeh; 2010 .

# The Effectiveness of Resiliency based on Islamic Spirituality Training on Mental Health & Spiritual Resiliency among Mothers of Slow Pace (Mentally Retarded) Children

Bakhshizadeh SH<sup>\*</sup>, Afrooz GH A, Beh-pajooch A, ghobari Bonab B, shokoohi Yekta M

Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

Received: 30 May 2016      Accepted: 7 Jul 2016

## Abstract

**Background & aim:** Birth and presence of slow pace children in each family can be considered as challenging and adverse event that probably leads to stress and frustration and mental health related complications. According to several studies that show positive and significant relationship between resiliency and values and religious beliefs and their impact on mental health, the present study was conducted to evaluate the effectiveness of resiliency skills training based on Islamic spirituality in promoting mental health and spiritual resilience among mothers of Slow Pace children.

**Methods:** The present study used a semi-experimental design with pre test-post test which was conducted among mothers of Slow Pace Children in Dehdasht, Iran, and the countryside using random sampling, in which 30 of these mothers were randomly divided into two experimental and control groups, participated in this study. Twelve sessions of resiliency training based on Islamic spirituality were held for experimental group of 15 people. The tools used in this study included a mental health questionnaire-28 (Ghq) and resiliency based on Islamic spirituality researcher made scale that were completed by individuals in pre and post tests. Finally, collected data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** Analysis of data using multivariate analysis of covariance showed that utilization of Intervention program among mothers of Slow Pace children in experimental group was significantly ( $P > 0/05$ ) effective on mental health and components of resiliency based on Islamic spirituality. In other words, spiritual resiliency skills training was led to improve depressive symptoms, social functioning and components of spiritual resiliency such as patience, contentment, Submission and thanksgiving.

**Conclusion:** The results of the present study indicated that through changes in attitude of Slow Pace children's mothers, resiliency skills training based on Islamic spirituality can improve mental health and components of resilience-based on Islamic spirituality and helps them keep their mental health despite the exposure to chronic stress and tension.

**Keywords:** mothers of Slow Pace Children, Resiliency based on Islamic Spirituality Training, Mental Health.

---

**Corresponding author:** Bakhshizadeh SH, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran  
**Email:** sh.bakhshizadeh@yahoo.com

## Please cite this article as follows:

Bakhshizadeh SH, Afrooz GH A, Beh-pajooch A, ghobari Bonab B, Shokoohi Yekta M. The Effectiveness of Resiliency based on Islamic Spirituality Training on Mental Health & Spiritual Resiliency among Mothers of Slow Pace (Mentally Retarded) Children. Armaghane-danesh 2016; 21 (5): 492-512.