

اثر بخشی معنا درمانی به روش گروهی بر میزان تاب آوری مادران دارای کودک سندرم داون

فاطمه باقریان سهلوانی^۱، مرضیه ابوترابی زارچی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد

^۲ دکترای تخصصی مغز و اعصاب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

نام نویسنده مسئول:

فاطمه باقریان سهلوانی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی معنادرمانی به روش گروهی بر میزان تابآوری مادران دارای کودکان مبتلا به سندرم داون انجام گرفت. روش پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۳ تا ۱۳ سال داون بود که تا بهار ۱۳۹۶ در اداره کل بهزیستی استان اصفهان پرونده پزشکی داشتند که پیش آزمون روی ۶۵ نفر از این افراد که به صورت تصادفی هدفمند انتخاب شدند، اجرا شد و از بین آنها تعداد ۳۰ نفر از افرادی که پایینترین نمره در آزمون تابآوری کانر - دیویدسون یعنی نمره برش کمتر از ۵۰ میباشند کسب کردند به عنوان نمونه آماری وارد پژوهش شدند. سپس افراد نمونه به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری به عنوان گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه تابآوری کانر دیویدسون (CD - RISC) بود به گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته فنون معنا درمانی آموزش داده شد و بعد از آن پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد و نتایج نشان داد که معنا درمانی باعث افزایش تابآوری مادران دارای کودک مبتلا به سندرم داون گردیده است.

واژگان کلیدی: معنادرمانی، تاب آوری، سندرم داون.

مقدمه

تولد یا حضور یک کودک معلول بالأخص ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی تلخ و چالش زا محسوب گردد. معلولیت یکی از فرزندان، بر کل نظام خانواده و کارکردهای مختلف آن اثرات بسیار عمیقی خواهد گذاشت. به طوری که بر انسجام و ساختار خانواده آسیب وارد نموده و پیامد آن ایجاد تغییرات در نقش ها، عملکرد و سازگاری خانواده است. در این میان والدین بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر معلولیت قرار می گیرند. لذا والدین بایستی تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل نمایند (فرتوم و همکاران^۱، ۲۰۱۵).

تریزومی ها شایع ترین نوع اختلالات کروموزومی هستند و شایع ترین آنها در انسان تریزومی ۲۱ بوده که تحت عنوان سندرم داون^۲ نام گذاری شده است. سندرم داون شایع ترین علت کم توانی ذهنی با منشا کروموزومی است (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳).

نتایج تعداد زیادی از مطالعات بیانگر این واقعیت است که والدین دارای کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با سایر والدین، اضطراب و فشار زیادی را تحمل می کنند. این مشکلات روانی ممکن است ناشی از نگرانی آن ها درباره مشکلات آینده کودک، شدت معلولیت ذهنی، هزینه های سنگین مالی، آرزوهای بر باد رفته و رفتارهای ترحم انگیز اطرافیان، باورهای غلط جامعه، محدودیت دسترسی به خدمات آموزشی و توان بخشی و ... باشد که این عوامل باهم، فشار روانی زیادی را بر والدین وارد می نماید که زندگی شخصی و خانوادگی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد. از طرفی مراقبت های اضافی که برخی از کودکان معلول به والدین تحمیل می کنند، بر نحوه تعامل والدین تأثیر می گذارد. بروز معلولیت در فرزندان اختلالات عاطفی و مشکلات اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می کند، به نحوی که یکایک افراد خانواده دچار بحران های ناشی از وجود فرد معلول می شوند. روابط دچار سردی و تیرگی می شود و روابط اجتماعی خانواده نیز محدود می گردد و به طور کلی بهداشت روانی (سلامت عمومی و تاب آوری) خانواده که ضامن سلامت کودکان و سرمایه های فردی-اجتماعی است به شدت به مخاطره می افتد (رنجر و همکاران، ۱۳۹۱).

مطالعات پیشین نشان داده اند که داشتن یک کودک ناتوان به طور معناداری بر وضعیت روانشناختی والدین تأثیر گذاشته و باعث ایجاد استرس در خانواده می گردد (توتسیکا و همکاران، ۲۰۱۱) و در این میان، بیشترین فشار روانی گریبان گیر مادران است (هستینگز^۴، ۲۰۰۳). مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود، بیشترین احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می کنند. از طرفی چون آنها بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط داشته و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می گیرند. همچنین از آنجا که آنها در زندگی روزمره با کودکان تنها هستند و در مقایسه با مادران کودکان بهنجار، وظایف مراقبتی بیشتری بر عهده دارند، استرس بیشتری را نیز در زندگی تجربه کرده (بیکر-اریکزن، بروکمن-فرازی، استیمر^۵، ۲۰۰۵)، و از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند (دوراته، بوردین، یازیگی و مونی، ۲۰۰۵؛ ریانا و روزنبام^۶، ۲۰۰۵؛ دیل، جاهودا و نات^۷، ۲۰۰۷)، و شیوع مشکلات سلامت روان به ویژه اختلال افسردگی در میان آنها بیشتر است (سینگر^۸، ۲۰۰۶) که میتواند نقش آنها را در مدیریت بیماری کودک محدود کرده و باعث ایجاد مشکلات هیجانی و روانپزشکی در کودک شود و بر توانایی خانواده برای سازگاری با بیماری کودک تأثیر گذار باشد (ریانا و روزنبام، ۲۰۰۵).

تاب آوری^۹ به منزله یک سیر در برابر موقعیت های تهدید کننده و فزاینده ی مقابله و سازگاری موفقیت آمیز با شرایط چالش انگیز و استرس آفرین زندگی تعریف میشود (ماستن، بست، و گارمزی^{۱۰}، ۱۹۹۰). تاب آوری استعداد و ظرفیت افراد برای مقابله با استرس، حوادث و فجایع را افزایش می دهد (دیویدسون^{۱۱}، ۲۰۰۰). و موجب توانایی سازگاری موفقیت آمیز افراد در موقعیتهای مختلف زندگی میشود (مدی و خوشابا^{۱۲}، ۲۰۰۵). به بیان دیگر تاب آوری ترجمان رشد مثبت و انطباق پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در افراد است (ریچاردسون^{۱۳}، ۲۰۰۲ به نقل از صفاری نیا، فرخان، و مهر آبادی، ۱۳۹۳). به همین جهت ماستن و

³Fairthorne & etal⁴Down syndrome⁵Kaplan & Sadock⁶Hastings⁷Baker-Ericze'n, Brookman-Frazee, & Stahmer⁸Riana, Rosenbam⁹Dale, Jahoda, & Knott¹⁰Singer¹¹Resilience¹²Masten, Best, & Garnezy¹³Davidson¹⁴Maddi, & Khoshaba¹⁵Regardson

همکاران (۱۹۹۰) بر این باور بودند که تاب آوری نه تنها گویای شکست ناپذیری افراد در برابر حالت های اضطرابی افراد است بلکه موجب میشود افراد با قوای ذهنی و روانی بیشتری در برابر عوامل استرس زا مقاومت کنند. با افزایش تاب آوری در افراد نه تنها می توان ستیز درونی افراد را در موقعیت های استرس آفرین کاهش داد بلکه می توان سلامت عمومی افراد را در گستره ی زندگی افزایش داد (راتر^{۱۴}، ۱۹۹۳). از نظر فرانکل^{۱۵} (۱۳۸۰) یکی از ریشه های آسیب پذیری در افراد، بی معنایی و بی هدفی آنهاست. جستجوی معنا و هدف چیزی است که رسیدن به آن سبب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی می شود و اختلال روانی را از میان بر می دارد.

معنا درمانی یک فرایند درمانی است که به دنبال کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی، گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی حال و آینده ی فرد معنا میدهد (کوری^{۱۶}، ۱۳۹۳). چهارچوب یک گروه، فرصت مناسب را برای رویارو شدن با موضوعات مورد ملاحظه در تمام طول زندگی ایجاد کرده و پاسخدهی مناسب را فراهم می آورد (هدایتی، ۱۳۸۵)؛ و معنا درمانی از جمله روشهای درمانی مؤثر است که در قالب کار گروهی امکان پذیر است. این روش که در زمره رویکرد وجودی است، می تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعین جهت چالش با یافتن معنی در زندگی شان آماده کند. معنا بخشی به بحرانها و حادثه آسیبزا نقش مهمی را در مدل های رشد و تکامل پس آسیبی دارد (جوزف و لاینل^{۱۷}، ۲۰۰۵، به نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۲).

معنادرمانی یک شاخه مجزا در مکتب رواندرمانی وجودگرا- انسانگرا است. معنادرمانی نوعی درمان فعالانه- رهنمودی است که متوجه یاری رساندن به بیمار به ویژه در مراحل بحران زندگی است. این نوع درمان مفروض میگرد که زندگی معنای بیقید و شرط دارد و این معنا را هر کس، در هر جا و هر زمان میتواند بیابد و کشف کند (فرانکل، ۲۰۰۰؛ به نقل از لوکاس و هیرش^{۱۸}، ۲۰۰۲). معنادرمانی سعی میکند میدان دید فرد را وسعت دهد تا معنا و ارزش نهفته شده در مصیبت را ببیند، آن گاه قادر خواهد بود شجاعانه آن را بپذیرد و با آن مبارزه کند. هدف معنادرمانی تواناساختن فرد بیمار برای غلبه بر مثلث غم انگیز زندگی یعنی درد، گناه و رنج است تا فرد بتواند به کشف معنای منحصر به فرد خود دست یابد. این رویکرد حدود اختیار و آزادیهای فرد را ترسیم میکند و در شکستن چرخه های معیوب روان آزردهی مؤثر است (لنتز^{۱۹}، ۲۰۰۶).

لوگوتراپی^{۲۰} یا معنا درمانی (بعنوان یک روش درمانی) به این دلیل بوجود آمده که نیازهای جوامع کنونی بشری ایجاب می نمود. بشر امروزه که از میزان اعتقادات و ارزشهای معنوی کافی برخوردار نیست و دلیل رنجها و ناملایمات زندگی خویش را نمی داند، دچار نوعی غمگینی بی انگیزه ای در زندگی شده است. بیشتر ناراحتی ها و بیماریهای قرن کنونی به دلیل عدم وجود انگیزه تمایل و معنادهی صحیح به زندگی و فعالیتهای انسان و پذیرفتن مسوولیت زندگی فردی می باشد. فرانکل^{۲۱} از طریق تحلیل و توضیح مفهوم رنج به تجربه معنادرمانی خود می پردازد. لوگوتراپی یا معنادرمانی به انسان کمک می کند تا معنای درد و رنج هایش را بیابد و شرایط سخت را به آرامش و راحتی تبدیل کند. ویکتور امیل فرانکل درباره این شیوه می گوید: «معناجویی زمانی پا به عرصه می گذارد که فرد در مقابل حوادث و مشکلات غیرقابل پیش بینی قرار می گیرد و مستأصل و گیج می ماند که چه کند و گاه چاره ای جز پذیرفتن مشکل خود نمی یابد» (فرانکل، ۱۳۸۵).

در پژوهشی کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵) به تاثیر معنا درمانی اسلامی در بهبود سازگاری اجتماعی و تاب آوری مادران کودکان عقب مانده ذهنی پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که آموزش معنادرمانی اسلامی منجر به تفاوت معنی دار در میانگین پس آزمون نمرات گروه های آزمایش در هر دو متغیر سازگاری اجتماعی و تاب آوری شد. ضرغامیان (۱۳۹۰) در بررسی اثربخشی آموزش کسب معنا بر تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیاز ویژه، به تأثیر مثبت معنا درمانی بر تاب آوری و افزایش کیفیت زندگی مادران دست یافت.

در یک جمع بندی می توان گفت که هدف معنا درمانی توانا ساختن افراد برای کشف معنای منحصر به فرد خودشان می باشد. معنا درمانی می کوشد تا حدود اختیارها و آزادی های فرد را ترسیم کند. معنا درمانی در شکستن چرخه های معیوب روان آزردهی مؤثر است. معنا درمانی رفتاری اختیاری برای غلبه بر خلاء وجودی است و عبارت است از: کمک به افراد برای یافتن معنا در زندگی خود. معنا درمانی به دنبال جهت دهی مجدد افراد برای انجام فعالیتهای زندگی است (فرانکل، ۱۳۸۵).

¹⁶Rutter¹⁵Frankel¹⁸Korry¹⁹Jozeef & Laynel²⁰Lukas & Hirsch¹⁹Lantz²⁰Logotherapy

23. Frankeii

با توجه به مطالب ذکرشده و اینکه معنا درمانی درصدد کمک به افراد، در جهت معنا دهی به زندگی، رنجها و سختی‌ها می‌باشد، می‌تواند در دیدگاه فرد آسیب دیده و دچار مشکل تاثیر گذار باشد. در این پژوهش سعی بر آن است تا تأثیر این درمان بر تاب آوری مادران دارای کودک سندرم داون بررسی شود.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری در این پژوهش کلیه مادران دارای کودک مبتلا به سندرم داون با محدوده ی سنی کودکان ۳ تا ۱۳ سال بود که تا اردیبهشت سال ۱۳۹۶ در اداره بهزیستی استان اصفهان دارای پرونده پزشکی بودند. شیوه ی نمونه گیری پژوهش از نوع نمونه گیری تصادفی هدفمند بود و نمونه حاضر بدین صورت انتخاب شدند که ابتدا با همکاری اداره کل بهزیستی استان اصفهان ۸ مرکز توانبخشی معلولان ذهنی زیر ۱۴ سال از مناطق مختلف شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شدند که در این ۸ مرکز در مجموع تعداد ۶۵ نفر کودک سندرم داون حضور داشتند. سپس پرسشنامه تاب آوری بین مادران این ۶۵ نفر توزیع شد و پس از نمره گذاری پرسشنامه ها مشخص شد که تعداد ۳۰ نفر از مادران نمره کمتر از ۵۰ در آزمون تاب آوری به دست آوردند که این تعداد نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. نمونه به صورت تصادفی به دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند. سپس مداخله ی معنا درمانی برای گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته اجرا و در پایان پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

فرضیه پژوهش

معنا درمانی گروهی باعث افزایش تاب آوری مادران دارای کودک سندرم داون میشود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب آوری (CD-RISC)

پرسشنامه تاب آوری توسط کانر - دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شد و ۲۵ گونه دارد که سازه تاب -آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) می سنجد. محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. حداقل نمره تاب آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ و نمره میانگین در این مقیاس ۵۰ میباشد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس تاب آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. همچنین روایی همزمان آن با پرسشنامه سرسختی کوبا سو ۰/۸۳ گزارش نمودند. به علاوه این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد که ارتباط منفی معناداری بین این دو ابزار وجود دارد. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) در پژوهش خود با بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در فرهنگ ایرانی، با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی آن را مورد تأیید قرارداد و ضریب پایایی مقیاس مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده است.

روش اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش حاضر، ابتدا معرفی نامه از واحد آموزش دانشگاه برای اداره بهزیستی استان اصفهان صادر شد و سپس با همکاری بهزیستی استان اصفهان ۸ مرکز توانبخشی معلولان ذهنی تحت پوشش اداره بهزیستی به طور تصادفی از مناطق مختلف شهر اصفهان انتخاب شدند که تعداد کودکان سندرم داون این مراکز جمعاً ۶۵ نفر بود با همکاری مراکز جلسات توجیهی جداگانه یی در هر مرکز برای مادران این کودکان برگزار شد و از آنها خواسته شد که در صورت تمایل به پرسشنامه ها پاسخ دهند و این اطمینان به آنها داده شد که پاسخ ها و اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند. و همه مادران با رضایت کامل از طرح استقبال کرده و پرسشنامه هارا تکمیل کردند. قبل از اجرای پرسشنامه ها و شروع جلسات درمانی رضایت نامه حضور داوطلبانه در فرآیند درمان از پاسخ به پرسشنامه ها تا جلسات مداخله و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان توسط شرکت کنندگان تکمیل شد.

بعد از جمع آوری پرسشنامه ها و تصحیح آنها تعداد ۳۰ نفر از مادران در آزمون تاب آوری نمرات پایینتر از میانگین به دست آوردند و این تعداد نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. سپس این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند گروه کنترل و گروه آزمایش. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته و در هفته ۲ جلسه معنادارمانی انجام شد. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از تحلیل کوواریانس و توسط نرم افزار SPSS تحلیل شد. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: محتوای جلسات معنادرمانی

جلسات	مباحث
جلسه اول	در ابتدا معارفه اعضا و درمانگر انجام شد. سپس قوانین و مقررات گروه به اعضا منتقل شد. سپس به صورت فشرده معرفی مختصری از فرانکل و معنادرمانی و باورهای بنیادین این روش درمانی پرداخته شد. درمانجویان با مفاهیمی چون معنای زندگی (تبدیل شدن جنبه های غم انگیز زندگی به نگرش و دستاوردی که انسان در وضعیت خود اتخاذ می کند) و یافتن معنا از سه راه (۱) با انجام کاری شایسته، ۲- با درک ارزش روحی، ۳- با پذیرش رنج آشنا شدند و در پایان جمع بندی بحث و نظرات مختلف اعضا و پاسخ به سوالات صورت گرفت و در پایان تکلیف منزل به مراجعان داده شد.
جلسه دوم	در ابتدا مرور جلسه قبل و خلاصه ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد. سپس بررسی تکالیف منزل که جلسه قبل داده شده بود مورد بررسی قرار گرفت و مشکلات درمانجویان حل شد و بازخورد مثبت به اعضا داده شد. بعد از آن به بیان مشکل و بحث در باره ی مشکلات کودکان (گفت و گو در زمینه ی معنایی که درمانجویان از دشواری بیماری کودک خود دریافت کردند) پرداخته شد سپس بحث راجع به مهم ترین رکن معنا درمانی (هدف) انجام شد و در نهایت جمع بندی مطالب و ارائه تکالیف منزل با موضوع مشخص کردن هدف های اصلی و فرعی در زندگی جلسه به پایان رسید.
جلسه سوم	در ابتدای جلسه مروری بر جلسه قبل انجام شد و تکالیف منزل مورد بررسی قرار گرفت و باز خورد مثبت به درمان جویان ارائه شد. سپس تعریف تاب آوری و سلامت عمومی برای مراجعان انجام شد و مولفه های مربوط به سلامت روان به صورت کامل و واضح برای درمانجویان شرح داده شد همچنین راجع به شناخت عوامل افزایش دهنده تاب آوری و سلامت عمومی، علائم و نشانه های افراد تاب آور و عواملی که سلامت عمومی و مولفه های آن را به خطر می اندازند برای درمانجویان توضیح داده شد. در پایان جمع بندی مباحث و پاسخ به پرسش های درمانجویان انجام شد و تکالیف منزل با موضوع تعیین میزان تاب آوری و همچنین تعیین میزان هر یک از مولفه های سلامت عمومی (احساس های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسایی اجتماعی و افسردگی) را در خود بررسی کرده و گزارش را برای جلسه بعد به کلاس و گروه ارائه دهند.
جلسه چهارم	در ابتدا مرور جلسه قبل انجام شد و خلاصه ای از مطالب ارائه شد. سپس تکالیف منزل مورد بررسی قرار گرفت و بازخورد مثبت به درمانجویان داده شد و مشکلات مربوط به تکالیف برطرف شد. سپس گفت و گو در زمینه ی آزادی فردی، مسولیت پذیری و مرتبط ساختن هر پنداره با واقعیت زندگی درمانجویان انجام شد. و در پایان جمع بندی بحث و ارائه تکالیف منزل انجام شد. برای تکلیف این جلسه از درمانجویان خواسته شد از توجه سطحی به خویش فرا تر رفته و به آینده بنگرند و وظایف خود در آینده را مشخص کنند.
جلسه پنجم	در ابتدای جلسه مروری بر مباحث جلسه قبل انجام شد و تکالیف منزل مورد بررسی قرار گرفت و باز خورد مثبت به درمانجویان داده شد. سپس مباحثی پیرامون درک و دریافت معنای رنج، ایجاد معنا از طریق تحمل درد و رنج و گفت و گو در زمینه درد ها رنج های کودکان بیان شد. و در ادامه تکنیک بازتاب زدایی (توجه دوباره به خود و در نظر گرفتن جنبه های هر چه مثبت تر زندگی) شرح داده شد و در پایان جمع بندی مباحث و ارائه تکالیف منزل انجام شد. موضوع تکلیف این جلسه تمرکز بر جنبه های مثبت خود بر زندگی و ارائه نتایج به گروه بود.
جلسه ششم	در ابتدای جلسه مروری بر مباحث جلسه قبل انجام شد و تکالیف منزل درمانجویان مورد بررسی قرار گرفت و باز خورد مثبت به آنها داده شد بعد از آن تکنیک تصحیح نگرش ها انجام شد این تکنیک کمک می کند تا چهار چوب نگرش های فرد از منفی به حالت مثبت تغییر کند. در ادامه بحث راجع به مثبت نگری و مثبت اندیشی انجام شد. (منظور از مثبت نگری مراد تخیل مثبت نیست، زیرا تخیل پشتوانه واقعی ندارد. مثبت نگری کشف واقعیت های خوشایند است و کمک می کند زیبایی های زندگی کشف و در کنار همه مشکلات به حساب آورده شود). در نهایت به جمع بندی بحث پرداختیم و تکلیف منزل با موضوع تکنیک نگرش مثبت انجام شد.
جلسه هفتم	در ابتدای جلسه پلی به جلسه قبل زده شد و مطالب جلسه قبل مرور شد و تکالیف منزل بررسی و باز خورد مثبت داده شد. بعد از آن به بحث در مورد درک و دریافت معنی مرگ و گفتگو در باره ی گذرایی زندگی، واقعیت مرگ و

معنای آن پرداخته شد و در پایان جلسه جنج بندی مباحث و تکالیف منزل ارائه شد. تکلیف این جلسه با موضوع نگرش هر یک از اعضا از مسئله مرگ بود	
در ابتدای جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد مثبت داده شد و بطور خلاصه مباحث و نکات مهم از جلسه اول تا کنون برای درمانجویان بیان شد. و به سوالات درمانجویان پاسخ داده شد و در نهایت پس از آزمون (پرسش نامه ی تاب آوری CD_RISC و پرسش نامه سلامت عمومی GHQ)، از درمانجویان گرفته شد	جلسه هشتم

یافته‌ها

یافته های جمعیت شناختی

جدول ۲ فراوانی سطح تحصیلات آزمودنیها

تعداد کل	تحصیلات	فراوانی	درصد
۳۰	ابتدایی	۱۵	۵۰
	سیکل	۴	۱۳/۳۳۱
	دیپلم	۹	۳۰
	کارشناسی	۲	۶/۶۶

همان طور که از جدول ۲ مشخص است ۵۰ درصد آزمودنیها تحصیلات ابتدایی داشتند و بعد از آن ۳۰ درصد سطح تحصیلات مربوط به دیپلم و ۳۳/۱۳ درصد مربوط به سیکل و کمترین مقدار یعنی ۶/۶۶ درصد از مادران تحصیلات کارشناسی داشتند.

جدول ۳ فراوانی سنی آزمودنیها

تعداد کل	سن	فراوانی	درصد
۳۰	۲۵ تا ۳۴ سال	۱۱	۳۶/۶۶
	۳۵ تا ۴۴ سال	۷	۲۳/۳۳
	۴۵ تا ۵۴ سال	۴	۱۳/۳۳
	۵۵ تا ۶۴ سال	۸	۲۶/۶۶

همانطور که در جدول شماره ۳ مشخص است بیشترین تعداد شرکت کننده در پژوهش در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند و کمترین تعداد مربوط به رنج سنی ۴۵ تا ۵۴ سال میباشد

یافته های مربوط به فرضیه پژوهش

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که برای متغیر تاب آوری معنادار نشد. بنابراین، داده‌ها در متغیر تاب آوری نرمال بود. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این آزمون نیز معنادار نشد و تساوی واریانس‌ها برقرار است.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون متغیر، با کنترل پیش‌آزمون‌های آن‌ها (تاب آوری) انجام گرفت. جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه گواه

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	توان آماری	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
اثر پیلای ^{۲۲}	۰/۶۳۴	۶۴/۰۷۸	۲	۲۱	۰/۹۲۷	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^{۲۳}	۰/۱۶۳	۶۴/۰۷۸	۲	۲۱	۰/۹۶۷	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^{۲۴}	۵/۱۲۶	۶۴/۰۷۸	۲	۲۱	۰/۹۶۷	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌ی روی ^{۲۵}	۵/۱۲۶	۶۴/۰۷۸	۲	۲۱	۰/۹۶۷	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیر وابسته در سطح $p < 0.001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که در میزان تاب‌آوری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بعلاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۳ درصد تفاوت دو گروه، مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. توان آماری آزمون نیز برابر با ۰/۹۲۷ می‌باشد، یعنی احتمال خطای نوع دوم تقریباً برابر با صفر است.

جدول ۵. آمار توصیفی مربوط به تاب‌آوری، پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به گروه آزمایش و کنترل

	تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار	واریانس
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶	۱۹	۵۷/۵۶	۱۶۶/۸۱۰
	پس‌آزمون	۱۵	۴۹	۸۱	۶۳	۹۲
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۰	۸۰	۵۵	۳۳۵
	پس‌آزمون	۱۵	۲۰	۷۲	۴۷/۵۰	۲۴۱/۹۷

همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است، نمرات مربوط به متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با فراوانی ۱۵ و کمترین مقدار ۳۶ و بیشترین مقدار ۷۹ و همچنین میانگین ۵۷/۵۶ گزارش شده است واریانس و انحراف معیار این متغیرها در این مرحله به ترتیب ۱۶۶/۸۱۰ و ۱۲/۹۱۵ به دست آمد. نمرات پس‌آزمون همین گروه بعد از جلسات مداخله با فراوانی ۱۵، کمترین مقدار ۴۹، بیشترین مقدار ۸۱، و میانگین ۶۳ و انحراف معیار ۹/۵۸۲ و واریانس ۹۲ گزارش شده است.

همچنین نتایج گروه کنترل نشان‌دهنده‌ی فراوانی ۱۵ در هر دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و میانگین ۵۵ در مرحله‌ی پیش‌آزمون و ۴۷/۵۰ در مرحله‌ی پس‌آزمون می‌باشد. در رابطه با انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب مقادیر ۳۳۵ و ۱۸/۳۲ و واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز به ترتیب ۳۳۵ و ۲۴۱/۹۷ به دست آمده است. همچنین کمترین مقدار و بیشترین مقدار در مرحله پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۳۰ و ۸۰ و در مرحله‌ی پس‌آزمون ۲۰ و ۷۲ می‌باشد.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تاب‌آوری گروه آزمایش و گروه گواه

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	توان آماری	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۳۸۵/۸۲۰	۱	۳۸۵/۸۲۰	۱۲/۰۷۴	۰/۹۱۸	۰/۳۰۹	۰/۰۰۲

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تاثیر معنا درمائی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری بررسی شد. نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین دو گروه در متغیر تاب‌آوری ($P=0.002$ & $F=12.074$) تفاوت معنی‌دار می‌باشد. بنابر این فرضیه پژوهش تایید می‌شود و معنا درمائی گروهی توانسته است سطح تاب‌آوری گروه آزمایش را افزایش دهد به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۰ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر تاب‌آوری است توان آماری آزمون نیز برابر ۰/۹۱۸ یعنی احتمال خطای نوع دوم تقریباً صفر است.

²². Pillai Trace²³. Wilks' lambda²⁴. Hotelling's Trace²⁵. Roy's Largest Root

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی بر میزان تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سندرم داون صورت گرفته است. بر اساس نتایج ارایه شده فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر معنا درمانی به روش گروهی بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک سندرم داون تایید میشود. بدین معنا که معنا درمانی باعث افزایش تاب آوری در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون می شود در ارتباط با فرضیه این پژوهش نتایج حاکی از تاثیر معنا درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک مبتلا به سندرم داون میباشد، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵)، امانی و همکاران (۱۳۹۳) و زرغامیان (۱۳۹۰) و ساند (۲۰۰۸) همخوان است. این پژوهشگران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی در نمونه های آماری مختلف توانسته میزان تاب آوری افراد را افزایش دهد. تاب آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق میشود. و «مقاومت در برابر استرس» یا «رشد پس ضربه ای» نیز نامیده شده است، در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیبهای روانشناختی قرار میگیرد. تاب آوری بر حسب این تعریف، فراتر از جان سالم بدر بردن از استرس ها و ناملایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت میکند. روانشناسان بالینی، اخیراً مدلهایی از تاب آوری را تحت شرایط فقدان، مصیبت، افسردگی و درد بررسی کرده اند. نتایج هماهنگ این پژوهشها مؤید تأثیرات مثبت، سازنده و محافظت کننده تاب آوری در مقاومت و مقابله موفق و انطباق رشد یافته با شرایط خطر و استرس زای فوق الذکر است. برعکس، سطوح پایین و ضعیف تاب آوری با آسیب پذیری و اختلال های روانشناختی مرتبط است (ماستن و همکاران، ۱۹۹۰). کیم و همکاران، (۲۰۰۵) معتقدند بین تابآوری و معناداری زندگی رابطه وجود دارد و افزایش معناداری زندگی نه فقط به فرد در غلبه بر ناسازگاریها کمک میکند، بلکه به بهبود رضایت شخص از زندگی نیز منجر میشود. در نتیجه به نظر میرسد این ویژگی از معنا نقش مهمی در کمک به افراد در غلبه بر موقعیتهای ناسازگار بازی میکند. به عقیده گرانت و همکاران (۲۰۰۷) یکی از ویژگیهای اصلی فرد که از طریق آن میتواند چرایی و چگونگی ایجاد تابآوری را توضیح دهد، جستجوی معنا در مواجهه با مشکلات به ظاهر حل نشدنی یا موقعیتهای چالش انگیز است. این ویژگی باعث خواهد شد که استقامت و سختکوشی فرد افزایش یابد. همچنین سبب میشود که فرد خود را از نو بیافریند و پیشرفت خود در طول زندگی را افزایش دهد. کسب معنا در زندگی باعث به وجود آمدن ایده های به نام در اختیار گرفتن زندگی خواهد شد. بنابر این میتوان گفت معنا درمانی با بازنگری در تعریف رنج و سختی باعث میشود که فرد در مواجهه با سختیها و چالشهای زندگی درصدد یافتن معنایی هستیبخش بوده و با این رنجهای به شکل مطلوبی مقابله نماید. در صورتیکه فرد بتواند به شکلی موفقیت آمیز برای رویدادهای تلخ و غیر قابل تغییر زندگی معنایی بیابد، در این صورت قادر به تحمل ناملایمات زندگی خواهد بود. بنابر این روشن است که معنا درمانی میتواند نگرش فرد در قبال سختیها و مشکلات را تحت تاثیر قرار داده و قدرت تاب آوری آنان را افزایش دهد.

فنون معنا درمانی به درمانجو کمک میکند که با علایم روبرو شود. جنبه مثبت زندگی اش را مرور کند، نگرش های منفی اش را تغییر دهد و خودش به خودش کمک کند و اینکه به دنبال کسب معنا در زندگی و در آنچه باشد که باعث رنج و آزارش شده است (تاب آوری کم که ناشی از این واقعیت که فرد دارای فرزندی است که به سندرم داون مبتلا است) بنابر این میتوانیم انتظار داشته باشیم که با استفاده از معنی درمانی و فنون ذکر شده توسط درمانگر در طی فرایند درمان تاب آوری و سلامت عمومی رو به افزایش بگذارد و ابعاد مختلف سلامت عمومی بهبود یابد. بنابر این نتایج به دست آمده هم با نتایج تحقیقات قبلی هم با پژوهش حاضر همخوانی دارد و هم اینکه منطقی بنظر می رسد. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر تنها از پرسشنامه که یک ابزار خودگزارش دهی است استفاده شده است، پیشنهاد می شود که از دیگر روش های جمع آوری اطلاعات مانند مصاحبه نیز برای جمع آوری اطلاعات استفاده شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود که از روش معنا درمانی برای درمان اختلالات و علایم خاص استفاده شود و این روش توسط سازمان بهزیستی در مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی برای والدین اجرا و بهره برداری شود. با توجه به نوپا بودن روش درمان به کار برده شده در این پژوهش پیشنهاد می شود که آموزش این روش درمانی به درمانگران در دستور کار مراکز آموزش روشهای درمان روانشناختی قرار گیرد.

منابع و مراجع

- [۱] امانی، ا.، یوسفی، ن.، احمدی، س. (۱۳۹۳). اثربخشی معنادرمانی به شیوه ی گروهی بر تاب آوری و احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای نشانگان ضربه عشق. فصلنامه پژوهشهای مشاوره. شماره ۴۹، صفحه ۸۱-۱۰۳.
- [۲] باقری نیا، ح.، یمینی، م.، ایلدر آبادی، الف.، باقری نبا، ف. (۱۳۹۴). رابطه ویژگیهای شخصیتی و سلامت روان با واسطه تاب آوری در پرستاران. مجله سلامت روانشناختی. دوره ۲۲. شماره ۲۶. صفحه ۱۰۶۳ تا ۱۰۷۰.
- [۳] سامانی، س.، جوکار، ب. و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری. سلامت روانی و رضایت از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. شماره ۵۰. صفحه ۲۹۰-۲۹۵.
- [۴] صفاری نیا، م.، ترخان، م. و مهر آبادی، ف. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش مصون سازی در برابر استرس بر فرسودگی شغلی و تاب آوری کارکنان دانشگاه، مجله ی مطالعات روانشناختی. دوره ۱۰ شماره ۱. صفحه ۸۹-۱۰۸.
- [۵] ضرغامیان، ض. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی کسب معنا بر تابآوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیاز ویژه شهر برازجان. پایاننامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهیدچمران اهواز.
- [۶] فرانکل، و. (۱۹۶۳). انسان در جست و جوی معنا. ترجمه صالحیان و میلانی. (۱۳۸۵). تهران. انتشارات درس.
- [۷] فرانکل، و. (۱۹۶۳). معنی درمانی چیست؟. ترجمه فرنودی و میلانی (۱۳۸۰). تهران، انتشارات درس.
- [۸] کنعانی، ک. و گودرزی، م. (۱۳۹۵). تاثیر معنا درمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب آوری مادران کودکان عقب مانده ذهنی. مجله سلامت جامعه. شماره ۱. ۵۲-۶۲.
- [۹] کوری، ج. (۲۰۱۲). نظریه و کاربرست در مشاوره ی گروهی. ترجمه زهرا کار. محسن زاده. حیدرنیا. بوستانی پور و سامی. (۱۳۹۳). تهران نشر ورایش.
- [۱۰] محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سومصرف مواد. رساله دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [11] Baker-Ericze'n, M. J., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 194-204
- [12] Dale, E., Jahoda, A., & Knott, F. (2007). 'Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: Exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future': Erratum to autism 10(5), *Autism*, 11, 93-193
- [13] Davidson, R. J. (2000). "Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214
- [14] Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416-427
- [15] Fairthorne J, Jacoby P, Bourke J, de Klerk N, Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J Psychiatr Res*. 2015; 61: 223-230.
- [16] Grant, G., Ramcharan, P., & Flynn, M. (۲۰۰۷). Resilience in Families with Children and Adult Members with Intellectual Disabilities: Tracing Elements of A Psycho-Social Model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, ۵۷۵-۵۶۳، (۶)۲۰.
- [17] Hastings, R. P. (2003). Child behavior problems and parental mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4), 231-237
- [18] Kaplan and Sadock Synopsis of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins Ninth ed, 2003.
- [19] Kim, T-H., Lee, S., M., Yu, K., Le, S., k., and Puig, A. (۲۰۰۵). Hope and the Meaning of Life as Influenceson Korean Adolescents Resilience: Implications for Counselor. *Asia Pacific Education Review*, No.۲, Vol ۶, ۱۴۳-۱۵۲.
- [20] Lantz, J. (2006). Resistance in Family Logo therapy. *Contemn Porary Family Therapy*, (5), 4-5

- [21] Lukas, E. & Zwang Hirsch, B. (2002). Logotherapy. In: Kaslow, F. W. (Chief Editor). Comprehensive Handbook of psychotherapy. Vol. 3, 338-356, New York: John Wiley & Sons, INC.
- [22] Maddi ,S.R & Khoshaba ,D.M. (2005). Resilience at work. AMA com, American management Association, 1601, Broadway, N.Y10019.
- [23] Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990) Resilience and development. Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology,2,425-444.
- [24] Riana, P., Rosenbam, P. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics, 6, 626-645
- [25] Singer, G. H. S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. American journal of mental retardation, 111, 155-69