Journal of
Health Research in Community

2026. Volume 12. Issue 1

Research Paper

Effect of Spiritual Care Education on the Resilience of Mothers of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Faezeh Mansouri[1], ***Golbahar Akhoundzadeh**[1]

1. Department of Nursing, AK.C., Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Mansouri F, Akhoundzadeh G. Effect of Spiritual Care Education on the Resilience of Mothers of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Health Research in Community. 2026; 12(1):100-112 (Persian). https://doi.org/10.32598/JHRC.12.1.5618.1

https://doi.org/10.32598/JHRC.12.1.5618.1

Received: 06 Oct 2025
Revised: 15 Feb 2026
Accepted: 04 Mar 2026

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Hyperactivity is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood. The behavioral and emotional consequences of this disorder can impose significant psychological stress and caregiving challenges on mothers. The study aimed to investigate the effect of spiritual care training on the resilience of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group and included 60 mothers of children with ADHD who were referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Gorgan. Participants were selected using convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups. In the intervention group, six 45-minute sessions of spiritual care training were implemented based on the Richards and Bergin (2005) model. No intervention was provided to the control group. Data were collected using a demographic information form and the Connor-Davidson Resilience Questionnaire, which were completed before and after the intervention. Data were analyzed using SPSS software, version 24 utilizing a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) at a significance level of less than 0.05.

Results: Most mothers in the intervention group were 25–35 years old, whereas most mothers in the control group were 36–45 years old. The mean resilience score in the intervention group was 47.63±5.738 before the intervention and 83.50±5.029 after the intervention. In the control group, the corresponding scores were 47.47±7.459 and 50.33±7.063, respectively. The results of the multivariate analysis of covariance showed that spiritual care training significantly improved the total score of resilience and its dimensions in the intervention group compared to the control group (P=0.001).

Conclusion: Spiritual care training can effectively improve the resilience of mothers of children with ADHD. Therefore, integrating this approach into special support and educational services for these mothers has considerable potential to improve their quality of life and ability to adapt.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Spiritual care, Education, Resilience, Mothers, Children

Corresponding Author:
Golbahar Akhoundzadeh, PhD.
Address: Department of Nursing, AK.C., Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.
Tel: +98 (911) 1769620
E-Mail: G_akhoundzadeh1364@iau.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC 4.0: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Journal of
Health Research in Community

Extended Abstract

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder in childhood, characterized by persistent patterns of inattention, hyperactivity, and impulsive behaviors [1]. Its prevalence has been estimated at 9.5% worldwide and 7.8% in Iran [2]. This disorder can significantly disrupt a child's academic, social, and emotional functioning, with consequences that affect not only the child but also the family, especially mothers [3, 4]. Mothers of children with ADHD constantly face challenging child behaviors, academic difficulties, and family conflicts [5-7]. These conditions increase chronic stress and caregiver burnout and decrease satisfaction with the maternal role [8].

Meanwhile, resilience, defined as the capacity to maintain or restore psychological adaptation in the face of stressful situations, plays a key role in maternal mental health [9-11]. Resilience helps individuals maintain their effective functioning despite difficulties and prevent the negative consequences of stress [12].

Strengthening the resilience of mothers of children with ADHD is of particular importance [13, 14]. Spiritual care training is one effective approach to strengthening individuals' internal resources [15]. By focusing on the search for meaning, hope, acceptance of difficult situations, and an inner connection with a transcendent source, spiritual care can help individuals redefine stressful experiences [16]. This type of intervention enables individuals to develop a more adaptive attitude toward life's problems [17]. Spiritual care training can increase individuals' ability to cope with psychological stress [18]. Also, spiritual care–based interventions play an effective role in improving psychological adjustment and promoting resilience among different groups of caregivers [19].

Methods

This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group and included 60 mothers of children with ADHD who were referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Gorgan. Participants were selected using convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups. In the intervention group, six 45-minute sessions of spiritual care training were conducted based on the Richards and Bergin (2005) model. No intervention was provided to the control group.

Data were collected using a demographic information form and the Connor-Davidson Resilience Questionnaire, which were completed before and after the intervention.

Data were analyzed using SPSS software, version 24 utilizing a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) at a significance level of less than 0.05.

Results

Most mothers in the intervention group were 25–35 years old, whereas those in the control group were 36–45 years old. The mean resilience score in the intervention group was 47.63±5.738 before the intervention and 83.50 ±5.029 after the intervention. In the control group, the corresponding scores were 47.47±7.459 and 50.33±7.063, respectively. The results of MANCOVA showed that spiritual care training significantly improved the total score of resilience and its dimensions in the intervention group compared to the control group (P=0.001).

Conclusion

The results of the present study showed that spiritual care training resulted in significant improvements in all components of resilience, including competence, tolerance of negative emotions, relationships, control, spirituality in resilience, and the total resilience score. These findings indicate that the intervention can activate the internal and external coping resources of mothers in the intervention group and improve their psychological adjustment in the face of the pressures associated with parenting a child with ADHD.

In this regard, Seddighi et al. showed that short-term spiritual care interventions can increase parents' self-efficacy and self-confidence [26]. After the intervention, the participating mothers perceived the challenges associated with parenting less as an exhausting process and more as an opportunity for personal and emotional growth, which led to increased motivation, hope, and resilience. In addition, Seddighi et al. reported significant improvements in resilience and parenting competence, especially in the dimensions of accepting difficult situations and controlling negative emotions, after implementing spiritual counseling based on the "healthy heart" model for mothers of children with intellectual disabilities [1]. This finding is consistent with the results of the present study in terms of the mechanisms of effect. Zarei et al. [14] also confirmed the effectiveness of spirituality therapy, compared with acceptance and commitment therapy, in improving the resilience of mothers of children with physical and motor disabilities and reported significant increases in all resil-

ience subscales [14]. These findings can be explained by the fact that spiritual care training can increase individuals' sense of competence and empowerment by giving meaning to difficult experiences and fostering a positive attitude toward life's challenges.

Overall, the convergence of the results of domestic and foreign studies with the findings of the present study indicates that spiritual care training can sustainably improve mothers' resilience by promoting spiritual connections, giving meaning to life experiences, and providing a framework for acceptance and calm in stressful situations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Golestan University of Medical Sciences (Code: IR.GOUMS.REC.1404.131), and was registered by the Iranian Registry of Clinical Trials (ID: IRCT20250610066N1).

Funding

This article was extracted from a master's thesis of Faezeh Mansouri in the field of pediatric nursing at Islamic Azad University, Aliabad-Katoul Branch (code: 163104908. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the mothers who participated in this study for their cooperation. We also acknowledge the support and assistance provided by the staff of Ayatollah Taleghani Hospital in Gorgan.

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه

فائزه منصوری[۱]، *گلبهار آخوندزاده[۱]

۱. گروه پرستاری، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Mansouri F, Akhoundzadeh G. Effect of Spiritual Care Education on the Resilience of Mothers of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. 2026; 12(1):100-112 (Persian). Journal of Health Research in Community. 2026; 12(1):100-112. https://doi.org/10.32598/JHRC.12.1.5618.1

https://doi.org/10.32598/JHRC.12.1.5618.1

تاریخ دریافت: ۱۴ مهر ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۲۶ بهمن ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۳ اسفند ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه و هدف: بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع عصبی–رشدی دوران کودکی است. پیامدهای رفتاری و هیجانی ناشی از این اختلال می‌تواند فشارهای روانی و چالش‌های مراقبتی قابل توجهی را بر مادران تحمیل کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل روی ۶۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان انجام شد. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش مراقبت معنوی براساس مدل ریچارد و برگین (۲۰۰۵) اجرا شد. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. ابزار گردآوری شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳) بود که قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون کوواریانس چندمتغیره در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: طبق نتایج این مطالعه اغلب مادران شرکت‌کننده در گروه آزمون در محدوده سنی ۲۵–۳۵ سال و در گروه کنترل ۳۶–۴۵ سال بودند. میانگین و انحراف‌معیار نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش (قبل ۴۷/۶۳±۵/۷۳۸، بعد ۸۳/۵۰±۵/۰۲۹) و در گروه کنترل (قبل ۴۷/۷±۷/۴۵۹، بعد ۵۰/۳۳±۷/۰۶۳) به دست آمد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد آموزش مراقبت معنوی باعث بهبود معنادار نمره کل تاب‌آوری و ابعاد آن در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل شد (P=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: آموزش مراقبت معنوی می‌تواند تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه را ارتقا دهد. لذا استفاده از این مداخله در کنار درمان‌های دارویی و روان‌شناختی کودک جهت ارتقای سلامت روان خانواده و کاهش فشار مراقبتی مادران پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه، مراقبت معنوی، آموزش، تاب‌آوری، مادران، کودکان

* **نویسنده مسئول:**
دکتر گلبهار آخوندزاده
نشانی: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آبادکتول، گروه پرستاری.
تلفن: ۱۷۶۹۶۲۰ (۹۱۱) ۹۸+
رایانامه: G_akhoundzadeh1364@iau.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC 4.0: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

بیش‌فعالی–نقص توجه[1] (ADHD) یکی از اختلالات شایع عصبی–رشدی در دوران کودکی است که با الگوهای پایدار بی‌توجهی، بیش فعالی و رفتارهای تکانشی شناخته می‌شود [۱]. شیوع آن در جهان ۹/۵ درصد و در ایران ۷/۸ درصد برآورد شده است [۲]. نتایج مطالعه بیات وهمکاران نشان داد شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع مرکب ۶/۵۳ درصد، از نوع نقص توجه ۴/۰۹ درصد و از نوع بیش فعال–تکانشگر، ۲/۲۷ درصد بوده است [۳]. اگر علائم بیماری به‌موقع شناسایی و درمان نشوند، امکان دارد افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در آینده به اختلال شخصیت ضداجتماعی دچار شوند و درمقابل تحریک‌پذیری، نوسانات خلق و عدم اعتمادبه‌نفس آسیب‌پذیر باشند [۲، ۳]. همچنین این اختلال می‌تواند عملکرد تحصیلی، اجتماعی و هیجانی کودک را به‌طور قابل‌توجهی مختل کند، به‌گونه‌ای‌که پیامدهای آن نه‌تنها کودک بلکه خانواده و به‌ویژه مادران را نیز درگیر می‌سازد [۴].

دراین‌راستا نتایج پژوهش امام‌جمعه‌زادگان و همکاران در ایران نشان داد مادران کودکان مبتلا به این اختلال، به‌دلیل نقش محوری در مراقبت و تربیت کودک، با سطوح بالاتری از فشار روانی مواجه هستند [۵]. این فشارها در صورت تداوم، می‌تواند سلامت روان مادران را به خطر اندازد [۶]. مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه به‌طور مداوم با رفتارهای چالش‌برانگیز کودک، مشکلات تحصیلی و تعارضات خانوادگی روبه‌رو هستند [۷]. چنین شرایطی موجب افزایش استرس مزمن، خستگی مراقبتی و کاهش رضایت از نقش مادری می‌شود [۸]. نتایج مطالعه حاجی بابایی راوندی و همکاران نشان داد این مادران در مقایسه با مادران کودکان سالم، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر فشارهای روانی دارند [۹]. ادامه این وضعیت می‌تواند توانایی آنان در سازگاری با شرایط دشوار زندگی را تضعیف کند [۱۰].

دراین‌میان، تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیت حفظ یا بازیابی سازگاری روانی در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، نقش کلیدی در سلامت روان مادران ایفا می‌کند [۱۱]. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند با وجود مشکلات، عملکرد مؤثر خود را حفظ کنند و از پیامدهای منفی استرس پیشگیری نمایند [۱۲]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد تاب‌آوری بالاتر با بهبود توان مقابله‌ای، کاهش تنش روانی و افزایش رضایت از زندگی در مادران همراه است [۱۳]. بنابراین، تقویت تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه اهمیت ویژه‌ای دارد [۱۴]. یکی از رویکردهای مؤثر در تقویت منابع درونی افراد، آموزش مراقبت معنوی است [۱۵]. مراقبت معنوی با تمرکز بر معناجویی، امید، پذیرش شرایط دشوار و ارتباط درونی با منبعی متعالی، می‌تواند به بازتعریف تجربه‌های تنش‌زا کمک کند [۱۶]. این نوع مداخله به افراد امکان می‌دهد نگرش سازگارانه‌تری نسبت به مشکلات زندگی پیدا کنند [۱۷]. آموزش مراقبت معنوی می‌تواند توانایی مقابله با فشارهای روانی را افزایش دهد [۱۸]. همچنین مداخلات مبتنی بر مراقبت معنوی در بهبود سازگاری روانی و ارتقای تاب‌آوری گروه‌های مختلف مراقبان نقش مؤثری دارند [۱۹].

بااین‌حال، بررسی تأثیر این نوع آموزش‌ها بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه، به‌ویژه در جامعه ایران، هنوز محدود است [۲۰]. تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادی می‌تواند بر اثربخشی این مداخلات تأثیرگذار باشد و لزوم انجام مطالعات بومی را برجسته می‌سازد [۲۱]. ازسوی‌دیگر، خلأ پژوهشی در مراکز درمانی کشور در این زمینه مشاهده می‌شود [۲۲]. ازاین‌رو، اجرای چنین برنامه‌هایی با استفاده از چارچوب‌های معتبر آموزشی و سنجش دقیق پیامدها، می‌تواند نه‌تنها به بهبود وضعیت فردی مادران، بلکه به ارتقای محیط خانوادگی و کاهش اثرات منفی اختلال ADHD بر کودک و والدین منجر شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان انجام شد.

روش کار

نوع مطالعه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و با گروه آزمایش و کنترل است که بر روی ۶۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان در سال ۱۴۰۳–۱۴۰۴ انجام شد. مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گرگان و مرکز کارآزمایی بالینی ایران قرار گرفت. حجم نمونه باتوجه‌به مطالعه زارعی و همکاران [۱۴] و با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور[2] و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷۵، توان آزمون ۸۰ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵، تعداد ۵۴ نفر برآورد شد که باتوجه‌به احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پس از انتخاب، با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده و از طریق وب‌سایت رندومایزر در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل جایگذاری شدند.

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. G*Power

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی مراقبت معنوی

جلسه	محتوای آموزشی	زمان
اول	مقدمه و اهمیت مراقبت معنوی، تعریف دقیق و تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه، بحث گروهی پیرامون مدیریت استرس روزمره.	۴۵ دقیقه
دوم	آموزش آرام‌سازی معنوی، مدیتیشن متمرکز بر ارتباط با خداوند و ذکر دعاهای کوتاه، تمرین مدیتیشن ۱۰دقیقه‌ای.	۴۵ دقیقه
سوم	بررسی نقش ایمان و معنویت در مقابله با چالش‌های مربوط به ADHD ، آموزش تفکر مثبت معنوی و ساخت جملات تأکیدی.	۴۵ دقیقه
چهارم	پذیرش شرایط موجود و رهاسازی نگرانی‌ها با تمرین عملی و بحث گروهی درباره تجربه‌های شخصی.	۴۵ دقیقه
پنجم	اهمیت دعا و ارتباط معنوی برای تقویت سلامت معنوی و جایگاه آن در مواقع استرس با تمرین جمعی دعا.	۴۵ دقیقه
ششم	ایجاد شبکه‌های حمایتی معنوی و اجتماعی و آموزش روش‌های تقویت همبستگی گروهی برای حمایت متقابل.	۴۵ دقیقه

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، ایرانی و مسلمان بودن (محتوای آموزشی در این مطالعه مختص افراد مسلمان بود)، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی یا بیماری‌های مزمن (براساس پرونده پزشکی)، عدم سوءمصرف مواد، نداشتن ناتوانی جسمی و شناختی، داشتن یک فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه، گذشت حداقل ۱ سال از زمان تشخیص اختلال و قرار داشتن سن کودک در بازه ۷ تا ۱۲ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه آموزشی، تمایل نداشتن به ادامه مشارکت، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و عدم همکاری در انجام تکالیف تعیین‌شده بود.

روش اجرای پژوهش

در شروع مطالعه ابتدا یک جلسه آگاه‌سازی تشکیل شد و درخصوص هدف پژوهش و نحوه اجرای آن و توضیحات دیگری مبنی بر بی‌خطر بودن مداخله و محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. حتی این اطمینان به صورت کتبی و شفاهی به واحدهای پژوهش داده شد که حین انجام مطالعه نیز می‌توانند از مطالعه خارج شوند و عدم تمایل به شرکت در مطالعه ارتباطی با مراقبت‌های کودک نخواهد داشت. سپس از آن ها رضایت‌نامه آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد. همچنین قید شد ممکن است به‌طور تصادفی در گروه کنترل یا آزمایش قرار گیرند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای آن‌ها نخواهد شد و پژوهشگر نیز موظف است در طول مداخله به تمامی سؤالات و دغدغه‌های آزمودنی‌ها، با دقت و حوصله پاسخ دهد. سپس فرم مشخصات جمعیت‌شناختی (سن مادر، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، جنسیت کودک، سن کودک و رتبه تولد) و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون [3](۲۰۰۳) به‌صورت پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.

3. Connor-Davidson

گروه آزمایش، براساس اصول کتاب «استراتژی معنوی برای مشاوره و روان‌درمانی[4]» نوشته ریچارد و برگین[5] [۲۳]، در قالب گروه‌های ۸ نفره، آموزش مراقبت معنوی را طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، ۲ بار در هفته در طول ۳ هفته توسط روان‌شناس بالینی دوره‌دیده در زمینه معنویت درمانی دریافت نمودند و در هر جلسه فعالیت‌های عملی، تمرین فردی و بحث گروهی در اتاق کنفرانس بیمارستان اجرا شد. محتوای آموزشی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد و مراقبت‌های معمول را ادامه دادند. بلافاصله پس از اتمام مداخله در گروه آزمایش، مجدداً پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳) در دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد (مرحله پس‌آزمون). همچنین بعد از اتمام مداخله و انجام پس‌آزمون به‌دلیل رعایت مسائل اخلاقی و عدم محروم‌سازی یک گروه از مداخله سودمند، برنامه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شد.

ابزارهای پژوهش

فرم اطلاعات جمعیت شناختی

این فرم شامل اطلاعات مادر (سن، شغل، تحصیلات و تعداد فرزندان) و اطلاعات کودک (سن، جنسیت و رتبه تولد) بود.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳)

یکی از معتبرترین و پرکاربردترین ابزارهای روان‌شناختی برای سنجش تاب‌آوری فردی و ارزیابی توانایی افراد در مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی است. این مقیاس میزان تاب‌آوری افراد را در مؤلفه‌های شایستگی و استحکام شخصی (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غرایز شخصی (۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، تحمل عواطف منفی (۱، ۲، ۴، ۵، ۸)، مهار (۱۳، ۲۱، ۲۲) و معنویت در افراد (۳، ۹) اندازه‌گیری می‌کند؛ این ابزار شامل ۲۵ سؤال با طیف پاسخ‌دهی لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً

4. Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy
5. Richards and Bergin

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی مادران مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	تعداد (درصد)		سطح معنی‌داری
		کنترل	آزمایش	
شغل مادر	کارمند	۱۸(۶۰)	۱۸(۶۰)	۰/۹۹
	خانه‌دار	۱۲(۴۰)	۱۲(۴۰)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۰(۳۳/۳)	۸(۲۶/۷)	۰/۶۴
	دیپلم	۷(۲۳/۳)	۷(۲۳/۳)	
	فوق‌دیپلم	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	
	لیسانس	۶(۲۰)	۶(۲۰)	
سن مادر (سال)	۲۵–۳۵	۱۴(۴۶/۷)	۱۶(۵۳/۳)	۰/۶۱
	۳۶–۴۵	۱۶(۵۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	
تعداد فرزندان	۱	۱۲(۴۰)	۱۰(۳۳/۳)	۰/۴۳
	۲	۱۱(۳۶/۷)	۹(۳۰)	
	۳	۴(۱۳/۳)	۸(۲۶/۷)	
	۴	۳(۱۰)	۳(۱۰)	

•سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

غلط» تا «کاملاً درست» است که به هر سؤال به‌ترتیب نمره (۰ تا ۴) تعلق می‌گیرد و مجموع امتیازات، نمره کلی تاب‌آوری را در دامنه (۰ تا ۱۰۰) تشکیل می‌دهد، به‌طوری‌که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر تاب‌آوری بوده و نقطه برش این مقیاس امتیاز ۵۰ در نظر گرفته می‌شود؛ به‌نحوی‌که نمرات بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده افراد تاب‌آور است [۲۴]. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است [۲۴]. محمدی در سال ۱۳۸۴ این مقیاس را در ایران هنجاریابی کرده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است [۲۵]. برای تعیین روایی این مقیاس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد که ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد [۲۵].

روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد. در ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلک[6] توزیع نرمالیتی داده‌ها بررسی شد. برای توصیف داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف‌معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره[7] و اثرات بین‌آزمودنی استفاده شد.

یافته‌ها

طبق نتایج این مطالعه اکثریت مادران شرکت‌کننده در گروه آزمون در محدوده سنی ۲۵–۳۵ سال و در گروه کنترل ۳۶–۴۵ سال وجود داشتند. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد توزیع شغل، تحصیلات، سن و تعداد فرزندان مادران در دو گروه کنترل و آزمایش مشابه است. بیشترین فراوانی شغلی در هر دو گروه مربوط به مادران کارمند بوده و ازنظر سطح تحصیلات نیز پراکندگی نسبتاً متعادلی مشاهده شد. همچنین ترکیب سنی مادران و تعداد فرزندان در دو گروه تفاوت چشمگیری نشان نداد. نتایج آزمون‌های آماری بیانگر آن است که هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی مادران بین دو گروه اختلاف معناداری ندارند، بنابراین دو گروه از این نظر همسان بوده و این متغیرها به‌عنوان عامل مداخله‌گر در نتایج پژوهش محسوب نمی‌شوند.

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی فرزندان نشان داد در هر دو گروه کنترل و آزمایش، بیشترین فراوانی مربوط به کودکان مذکر است و توزیع جنسیتی دو گروه تفاوت معناداری ندارد. همچنین سن کودکان در رده‌های مختلف سنی پراکنده است

6. Shapiro-Wilk Test

7. MANOVA

جدول۳. مشخصات جمعیت‌شناختی فرزندان مبتلا به بیش فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد (درصد)		سطح معنی‌داری
		کنترل	مداخله	
جنسیت فرزند	مذکر	۲۲(۷۳/۳)	۲۴(۸۰)	۰/۵۴
	مونث	۸(۲۶/۷)	۶(۲۰)	
سن کودک (سال)	۷	۹(۳۰)	۲(۶/۷)	۰/۲۱
	۸	۲(۶/۷)	۴(۱۳/۳)	
	۹	۶(۲۰)	۹(۳۰)	
	۱۰	۶(۲۰)	۸(۲۶/۷)	
	۱۱	۵(۱۶/۷)	۴(۱۳/۳)	
	۱۲	۲(۶/۷)	۴(۱۳/۳)	
رتبه فرزند	اول	۴(۱۳/۳)	۵(۱۶/۷)	۰/۵۱
	دوم	۱۰(۳۳/۳)	۱۲(۴۰)	
	سوم	۴(۱۳/۳)	۳(۱۰)	
	تک فرزند	۱۲(۴۰)	۱۰(۳۳/۳)	

•سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

و اگرچه الگوهای عددی اندکی متفاوت مشاهده می‌شود، اما این اختلاف‌ها ازنظر آماری معنادار نیست. ازنظر رتبه تولد نیز تنوع مناسبی در هر دو گروه وجود دارد و نتایج آزمون آماری نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار بین دو گروه است. بنابراین، گروه کنترل و آزمایش ازلحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی فرزندان همسان بوده و این متغیرها تأثیری بر نتایج پژوهش نداشته‌اند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری و نمره کل تاب‌آوری در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری نداشته و دو گروه از نظر وضعیت اولیه تاب‌آوری در شرایطی همسان قرار داشته‌اند. بااین‌حال، پس از اجرای مداخله آموزش مراقبت معنوی، میانگین نمرات گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های تاب‌آوری شامل شایستگی، تحمل عواطف منفی، روابط، مهار و معنویت در تاب‌آوری به‌طور چشمگیری افزایش یافته است؛ به‌گونه‌ای‌که نمره کل تاب‌آوری در این گروه از ۴۷/۶۳ در پیش‌آزمون به ۸۳/۵۰ در پس‌آزمون رسیده است (P=۰/۰۰۱) که اختلاف معنی‌دار بوده است، درحالی‌که تغییرات گروه کنترل محدود و اندک بوده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است (P<۰/۰۱). بدین‌ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود بین دو گروه آزمون و کنترل، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. براین‌اساس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مراقبت معنوی مؤثر بوده است. به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمون و کنترل در هریک از متغیرها، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان انجام شد. نتایج نشان داد آموزش مراقبت معنوی موجب بهبود معنادار در تمامی مؤلفه‌های تاب‌آوری شامل شایستگی، تحمل عواطف منفی، روابط، مهار، معنویت در تاب‌آوری و نمره کل تاب‌آوری شده است. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخله انجام‌شده می‌تواند منابع مقابله‌ای درونی و بیرونی مادران در گروه مداخله را فعال کرده و سازگاری روان‌شناختی آنان را در مواجهه با فشارهای ناشی از فرزندپروری کودک مبتلا به ADHD ارتقاء دهد.

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف‌معیار مؤلفه‌های تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	میانگین±انحراف‌معیار				سطح معناداری
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	
شایستگی	۱۴/۱۳±۴/۱۱۷	۱۵/۵۳±۳/۸۴۸	۱۶/۴۰±۳/۲۴۴	۲۷/۰۷±۲/۴۹۹	۰/۰۰۱
تحمل عواطف منفی	۱۳/۶۰±۳/۵۲۹	۱۲/۷۷±۳/۵۵۹	۱۳/۵۲±۴/۱۳۳	۲۳/۷۰±۲/۵۴۸	۰/۰۰۱
روابط	۹/۲۷±۳/۲۷۵	۹/۲۳±۲/۷۵۰	۱۰/۴۳±۲/۸۴۹	۱۵/۹۰±۲/۴۸۲	۰/۰۰۱
مهار	۶/۱۳±۲/۲۲۴	۶/۱۷±۲/۱۵۱	۶/۰۰±۱/۸۳۸	۹/۸۳±۱/۳۴۱	۰/۰۰۱
معنویت در تاب‌آوری	۴/۲۳±۱/۶۳۳	۳/۹۳±۱/۷۰۱	۳/۹۷±۱/۴۲۶	۷/۰۰±۱/۴۶۲	۰/۰۰۱
تاب‌آوری کل	۴۷/۴۷±۷/۴۵۹	۴۷/۶۳±۵/۷۳۸	۵۰/۳۳±۷/۰۶۳	۸۳/۵۰±۵/۰۲۹	۰/۰۰۱

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه مولفه‌های تاب‌آوری درگروه آزمایش و کنترل

آزمون‌ها	مقادیر	F[a]	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۰۸	۱۶/۴۰۶	۵/۰۰۰	۵۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۹۲	۱۶/۴۰۶	۵/۰۰۰	۵۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۵۴۸	۱۶/۴۰۶	۵/۰۰۰	۵۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۵۴۸	۱۶/۴۰۶	۵/۰۰۰	۵۳/۰۰۰	۰/۰۰۱

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده بهبود مؤلفه «شایستگی» بود. در همین راستا، نتایج مطالعه صدیقی و همکاران نشان داد مداخلات کوتاه‌مدت مراقبت معنوی می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی و اعتمادبه‌نفس والدین شود [۲۶]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مادران شرکت‌کننده پس از مداخله، چالش‌های مرتبط با فرزندپروری را کمتر به‌عنوان فرآیندی فرساینده و بیشتر به‌مثابه فرصتی برای رشد شخصی و عاطفی ادراک کردند، که این امر به افزایش انگیزه، امید و تاب‌آوری منجر شده است.

همچنین، صادقی و همکاران،با اجرای مشاوره معنوی مبتنی بر مدل «قلب سلیم» در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی، بهبود معنادار تاب‌آوری و شایستگی والدگری، به‌ویژه در ابعاد پذیرش شرایط دشوار و کنترل عواطف منفی را گزارش کردند [۱]، که ازنظر سازوکارهای اثرگذاری با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. زارعی و همکاران نیز اثربخشی معنویت‌درمانی را در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب‌آوری مادران کودکان دارای معلولیت جسمی و حرکتی تأیید کردند و افزایش معنادار تمامی زیرمقیاس‌های تاب‌آوری را گزارش دادند [۱۴]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مراقبت معنوی از طریق معنابخشی به تجربه‌های دشوار و ایجاد نگرش مثبت نسبت به چالش‌های زندگی، می‌تواند احساس شایستگی و توانمندی فردی را افزایش دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده بهبود مؤلفه «تحمل عواطف منفی» بود. در همین راستا، ذکریایی و همکاران نشان دادند اجرای ۶ جلسه مداخله معنوی موجب بهبود سازگاری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شد [۲۷]. همچنین، عبدی و همکاران نیز گزارش کردند بهبود کیفیت زندگی روان‌شناختی و احساس شادکامی ناشی از مداخلات آموزشی، انگیزه و انرژی روانی والدین را برای مواجهه با فشارهای فرزندپروری افزایش می‌دهد [۷]. بینگ[8] و همکاران نیز رابطه مثبت و معناداری بین تاب‌آوری خانواده و سلامت روان والدین کودکان ADHD گزارش کردند [۲۸]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت داشتن باورهای معنوی قوی و احساس پیوند با یک منبع متعالی، همان‌طور که پژوهشگران اشاره کرده‌اند، همچون سپری روانی در برابر فشارهای زندگی عمل می‌کند و موجب انطباق بهتر فرد با شرایط

8. Being

دشوار می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده بهبود مؤلفه «روابط» بود. در همین زمینه، حاجی‌بابایی راوندی و همکاران نشان دادند آموزش برنامه فرزندپروری مثبت موجب بهبود سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران کودکان ADHD می‌شود؛ این عوامل می‌توانند به تقویت روابط حمایتی و ارتقاء تاب‌آوری منجر شوند [۹]. همچنین، صف‌آرا و همکاران افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی را پس از آموزش مهارت‌های معنوی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی گزارش کردند [۲۹]. همچنین چان[9] و همکاران در مطالعه کیفی خود بر نقش روابط حمایتی و مشارکت در فعالیت‌های معنادار تأکید کردند [۳۰]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مراقبت معنوی با تقویت همدلی، پذیرش غیرقضاوت‌گرانه و مهارت‌های ارتباطی، موجب بهبود روابط خانوادگی و گسترش شبکه‌های حمایتی می‌شود. وجود چنین شبکه‌های حمایتی به‌عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تاب‌آوری شناخته می‌شود، زیرا منابع عاطفی و عملی لازم برای مدیریت فشار روانی را در اختیار فرد قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده بهبود مؤلفه «مهار و خودتنظیمی هیجانی» بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج امام‌جمعه‌زاده و همکاران همخوانی دارد؛ آن‌ها نشان دادند تمرینات ذهن‌آگاهی با کاهش استرس و افزایش خودآگاهی، موجب ارتقای عزت‌نفس مادران کودکان ADHD می‌شود [۵]. رستم‌پور و همکاران نیز نشان دادند روان‌درمانی مثبت‌گرا با کاهش فشار مراقبتی و خودانتقادی و افزایش هیجانات مثبت، به‌طور غیرمستقیم موجب تقویت تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود [۸]. نبابان[10] و همکاران نشان دادند مهارت خودتنظیمی نقش میانجی مهمی میان فشار روانی و تاب‌آوری والدین کودکان دارای ناتوانی ذهنی ایفا می‌کند [۳۱]. چنگ[11] و همکاران نیز نشان دادند سلامت معنوی از طریق خودتنظیمی نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری والدین کودکان با ناتوانی‌های تکاملی دارد [۳۲]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت این مهارت تنظیم هیجانی به مادران کمک می‌کند که در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، آرامش خود را حفظ کنند و از تصمیم‌گیری‌های شتاب‌زده بپرهیزند، که این خود عاملی کلیدی در افزایش تاب‌آوری کلی است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مؤلفه «معنویت در تاب‌آوری» بیشترین تأثیر را از مداخله پذیرفته است. در همین راستا، مرادی و همکاران نیز افزایش هم‌زمان سلامت معنوی و تاب‌آوری را پس از آموزش شناختی–رفتاری گزارش کردند که نشان‌دهنده نقش فعال آموزش در تقویت منابع معنوی و مقابله‌ای است [۳۳]. جورج[12] و همکاران نشان دادند استفاده از مقابله مذهبی و بازنگری مثبت با سطوح بالاتری از تاب‌آوری همراه است [۳۴]. علاوه‌براین، مرور نظام‌مند آگراول[13] و همکاران نشان داد مداخلات معنوی و دینی می‌توانند اثرات حفاظتی در برابر اضطراب و افسردگی ایجاد کنند که این اثرات به‌صورت غیرمستقیم به بهبود تاب‌آوری والدین منجر می‌شود [۳۵]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تمرینات معنوی و مذهبی، ازجمله دعا، ذکر، مراقبه و تفکر معنوی، با کاهش شدت واکنش‌های هیجانی و بهبود توانایی کنترل عواطف منفی ارتباط مستقیم دارد.

درمقابل، احمد و همکاران گزارش کردند مادران دارای کودکان ADHD، علی‌رغم برخورداری از سطح بالاتر معنویت، در تاب‌آوری دچار ضعف هستند [۳۶]، که این یافته ضرورت اجرای مداخلات آموزشی ساختارمند مانند آموزش مراقبت معنوی را برای تبدیل باورهای معنوی به مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد برجسته می‌کند.

درمجموع، همگرایی نتایج مطالعات داخلی و خارجی با یافته‌های مطالعه حاضر، نشان‌دهنده آن است که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند با ارتقای پیوندهای معنوی، معنابخشی به تجربه‌های زندگی و فراهم‌کردن چارچوبی برای پذیرش و آرامش در شرایط پرتنش، تاب‌آوری مادران را به شکل پایدار بهبود بخشد.

با وجود نتایج معنادار، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. نخست، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به پاسخ‌های اجتماعی‌پسند و شرایط هیجانی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. دوم، نمونه‌گیری از یک مرکز درمانی در یک شهر خاص، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی را با محدودیت مواجه می‌کند. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و عدم انجام پیگیری بلندمدت اشاره کرد؛ به‌گونه‌ای‌که پایداری اثرات آموزش مراقبت معنوی در طول زمان بررسی نشد. همچنین، کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر مانند میزان حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی مادران و شدت علائم کودک امکان‌پذیر نبود که می‌تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد. مطالعات مشابه در حجم نمونه بیشتر و با دوره پیگیری طولانی‌تر و بررسی تأثیر وضعیت شخصیتی مادران و میزان حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر مداخله‌گر و استفاده از روش‌های ارزیابی عینی‌تر (مانند مشاهده رفتاری یا شاخص‌های فیزیولوژیک) در کنار ابزارهای خودگزارشی برای کاهش سوگیری پاسخ انجام شود.

9. Chan
10. Nababan
11. Cheng
12. George
13. Aggarwal

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش مراقبت معنوی تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه داشت. نتایج نشان داد مادران گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش قابل‌توجهی در نمره کل تاب‌آوری و تمامی مؤلفه‌های آن شامل شایستگی، تحمل عواطف منفی، روابط، مهار و معنویت در تاب‌آوری نشان دادند. این امر بیانگر آن است که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند نقش مؤثری در تقویت منابع مقابله‌ای روان‌شناختی مادران ایفا کند. به‌طورکلی، می‌توان نتیجه گرفت مداخله مراقبت معنوی با تأکید بر معنابخشی به تجربه‌های دشوار، تقویت باورهای معنوی و ارتقای خودتنظیمی هیجانی، به مادران کمک می‌کند تا فشارهای ناشی از فرزندپروری کودک مبتلا به ADHD را بهتر مدیریت کرده و سازگاری روانی بالاتری را تجربه کنند. بنابراین، آموزش مراقبت معنوی به‌عنوان یک رویکرد مکمل، مداخله‌ای مؤثر و کاربردی در ارتقای تاب‌آوری این گروه از مادران محسوب می‌شود.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی مداخلات روان‌شناختی و حمایتی برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی–نقص توجه مورد استفاده قرار گیرد. متخصصان سلامت روان، پرستاران، روانشناسان و مشاوران می‌توانند از آموزش مراقبت معنوی به‌عنوان یک روش کم‌هزینه، قابل‌اجرا و فرهنگی‌پذیر برای افزایش تاب‌آوری و بهبود سازگاری روانی مادران بهره ببرند. همچنین، نتایج این مطالعه می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی در مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی کودکان باشد تا با تقویت توانمندی‌های روان‌شناختی مادران، کیفیت مراقبت از کودک و کارکرد خانواده بهبود یابد. بنابراین استفاده از این مداخله در کنار درمان‌های دارویی و روان‌شناختی کودک می‌تواند به ارتقای سلامت روان خانواده و کاهش فشار مراقبتی مادران منجر شود.

پیشنهاد می‌شود یافته‌های این مطالعه در محیط‌های بالینی و مراکز مشاوره، به‌عنوان بخشی از مداخلات روانی–اجتماعی برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی ـ نقص توجه به‌کار رود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق (IR.GOUMS.REC.1404.131) و مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شماره (IRCT20250610066N1) تأیید شد.

حامی مالی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه فائزه منصوری مقطع کارشناسی ارشد، رشته پرستاری کودکان مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آبادکتول به شماره ۱۶۳۱۰۴۹۰۸ است. این پژوهش هیچگونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری تمامی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه و همچنین از حمایت و مساعدت کارکنان بیمارستان آیت‌الله طالقانی گرگان تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

[1] Sadeghi Z, Badieh Pima Z, Hojjat M. [Investigating the effect of spiritual care based on Sound-Heart model on pain, fatigue and life expectancy of hemodialysis patients (A Clinical trial study protocol) (Persian)]. Educ Ethics Nurs. 2024; 13(Special Issue on Health Promotion):148-55. [DOI:10.22034/ethic.2024.2043799.1136]

[2] Molai Asl R. [A review of new research in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (parent-child interaction, drama therapy, artificial intelligence) (Persian)]. Paper presented at: The third national conference of child and adolescent clinical psychology. 5 December 2023; Ardabil, Iran. [Link]

[3] Bayat M, Narimani A, Didar F, Soraya Taifeh Dalai K, Sabetroo M. [Evaluation of the prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and related demographic factors in students in 12th class of Ardabil in the academic year 2016-2018 (Persian)]. J Sch Psychol. 2023; 12(2):44-33. [DOI:10.22098/jsp.2023.2365]

[4] Papalia DE, Feldman RD, Martorell G. Experience Human Development. New York: McGraw-Hill Education; 2014. [Link]

[5] Imam Jomezadeh VS, Monshei GM. [The effectiveness of mindfulness-based therapy on self-esteem of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. Med J Mashhad univ Med Sci. 2023; 65(6):e22679. [DOI:10.22038/mjms.2022.66661.3936]

[6] Sharifi-Agaladi M. [The effect of virtual English language learning on language learning motivation and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in students with attention deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. Educ Technol Learn. 2023; 7(25):183-203. [DOI:10.22054/jti.2024.81771.1506]

[7] Abdi S, Bayesteh S, Darabi M. [Examining the Effectiveness of Therapy Based on the Quality of Life on Improving the Psychological Wellbeing and Happiness of Mothers with Exceptional Children (Persian)]. Middle East J Disabil Stud. 2023; 13:38. [Link]

[8] Treacy L, Tripp G, Baird A. Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. Behav Ther. 2005; 36(3):223-33. [DOI:10.1016/S0005-7894(05)80071-1]

[9] Haji Babaei Ravandi A, Tajali P, Ghanbari Pana A, Shahriari Ahmadi M. [The effectiveness of a positive parenting program on the general health and marital adjustment of mothers with ADHD (Persian)]. Couns Psychother Cult. 2022; 13(51):207-30. [DOI:10.22054/qccpc.2022.65898.2881]

[10] Besharatipoor M. [The Effects of Spiritual Intelligence Training on Resiliency in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Persian)]. J Except Child. 2018; 18(1):109-18. [Link]

[11] Vithana KVGSG, Asurakkody TA. Spiritual practices as coping with mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative explorative study. BMC Psychol. 2025; 13(1):3. [DOI:10.1186/s40359-024-02331-2] [PMID]

[12] Elaleem AEDMHA, Osman ZAEH, El-Fatah WOA. Effect of a nursing educational program on competency and parenting practices among parents having children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. Middle East Curr Psychiatry. 2024; 31:54. [DOI:10.1186/s43045-024-00443-4]

[13] Öztürk FÖ, Mine E. The effect of psycho-education given to mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on mother-child interaction and family functionality. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2023; 36(4):299-306. [DOI:10.1111/jcap.12432] [PMID]

[14] Zarei F, Hojjatkhah SM, Zabet M, Taheri S. [A comparing the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and spiritual therapy on increasing resilience and psychological flexibility of mothers with children with physical and motor disabilities (Persian)]. J Mod Psychol Res. 2024; 19(73):108-18. [DOI:10.22034/jmpr.2024.59270.5935]

[15] Shaghaghi L. [Evaluate the effectiveness of the solution to the mothers of children with attention deficit hyperactivity and improve quality of life (Persian)]. J Psychol New Ideas. 2021; 7(11):1-15. [Link]

[16] Hossein Alizadeh M, Taherabadi S. [Investigating the role of cognitive emotion regulation strategies in predicting psychological tolerance and perceived social distress in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. Disabil Stud. 2022; 12. [Link]

[17] Koosha M, Naghipour S, Fallahi Khesht Masjedi M. [The relationship between emotional intelligence and parenting stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (Persian)]. J Guilan Univ Med Sci. 2021; 30(2):98-107. [DOI:10.32598/JGUMS.30.2.735.2]

[18] Shah R, Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for the assessment and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. Indian J Psychiatry. 2019; 61(Suppl 2):176-93. [DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_543_18] [PMID]

[19] Moradi F. [Lived experiences of mothers' resilience in adverse life events (Persian)]. Res Ethics Comm. 2024; e17472. [Link]

[20] Hajure M, Alemu SS, Abdu Z, Tesfaye GM, Workneh YA, Dule A, et al. Resilience and mental health among perinatal women: A systematic review. Front Psychiatry. 2024; 15:1373083. [DOI:10.3389/fpsyt.2024.1373083] [PMID]

[21] Cojocaru A, Braha A, Anastasescu CM, Folescu R, Bugi MA, Puiu M, et al. A systematic review of resilience in at-risk youth for psychotic disorders: An analysis of protective and risk factors from recent literature. Behav Sci (Basel). 2024; 14(10):898. [DOI:10.3390/bs14100898] [PMID]

[22] Löchner J, Ulrich SM, Lux U. The impact of parents' stress on parents' and young children's mental health: Short- and long-term effects of risk and resilience factors in families with children aged 0-3 in a representative sample. Stress Health. 2024; 40(4):e3400. [DOI:10.1002/smi.3400] [PMID]

[23] Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford press; 2006. [Link]

[24] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD RISC). Depress Anxiety. 2003; 18(2):76-82. [DOI:10.1002/da.10113] [PMID]

[25] Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction (Persian). J Psychiatry Clin Psychol. 2006; 3(3):290-5. [Link]

[26] Sedighi Z, Namjou Z, Pourmovahed Z. [Effect of Spiritual Care Training on Self-efficacy of Mothers with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial Study (Persian)]. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2024; 32(3):196-205. [Link]

[27] Sheikhzakaryaie N, Azizi A, Moradi S, Khaledian N, Salawati Ghasemi S. [The effect of spiritual intervention on self-esteem and emotional adjustment of mothers with children with cancer (Persian)]. Iran J Pediatr Nurs. 2023; 9(4):10-18. [DOI:10.22034/JPEN.9.4.10]

[28] Evgin D, Caner N, Alimoğlu EB, Sezer Efe Y. Being a parent of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Rev Assoc Med Bras (1992). 2025; 71(1):e20241335. [DOI:10.1590/1806-9282.20241335]

[29] Safara M, Khanbabaei M, Khanbabaei M. [The efficacy of Spiritual skills training in promoting quality of life and life hope of mothers Having Child with intellectual disability (Persian)]. Psychol Except Individ. 2020; 10(37):161-80. [DOI:10.22054/jpe.2020.43806.2009]

[30] Dangmann CR, Skogli GKW, Holthe MEG, Steffenak AKM, Andersen PN. Life Gets Better: Important Resilience Factors When Growing Up With ADHD. J Atten Disord. 2024; 28(8):1198-209. [DOI:10.1177/10870547241246645] [PMID]

[31] Nababan R, Purba J, Daulay W. The Relationship of Self-Regulation and Resilience in Parents of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Special School-C Karya Tulus Tuntungan II. Contagion. 2024; 6(2):892-903. [DOI:10.30829/contagion.v6i2.20602]

[32] Cheng S, Li X, Hu X. The Resilience of Parents of Children with Developmental Disabilities: An Effort in Self-Regulation and Spiritual Well-Being. Child Fam Soc Work. 2025; 31(2):922-31. [DOI:10.1111/cfs.70018]

[33] Moradi M, Benisi P, Zamerdi S. [The efficacy of cognitive-behavioral education on spiritual health and resilience of housewives Buin and miyandasht (Persian)]. New Approach Child Educ Q. 2021; 3(1):46-59. [DOI:10.22034/naes.2020.257120.1067]

[34] George BB, Dangroo AA, Sahu KK, Arun P. Stress, coping, and resilience among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Indian J Psychiatr Soc Work. 2024; 15(1):17-27. [DOI:10.29120/ijpsw.2024.v15.i1.614]

[35] Aggarwal S, Wright J, Morgan A, Patton G, Reavley N. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2023; 23(1):729. [DOI:10.1186/s12888-023-05091-2] [PMID]

[36] Rahman M, Hussain A. Spirituality and resilience among mothers of ADHD children. Shodh Sanchar Bull. 2020; 10(38):190-4. [Link]