رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی

فریبرز صدیقی ارفعی: دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه کاشان،fsa@mail.kashanu.ac.ir
فاطمه حسامپور*: دانشجوی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه کاشان، fatemeh.hesampour@yahoo.com

واژگان کلیدی

ذهن‌آگاهی

حمایت اجتماعی ادراک شده

سلامت روان

مادران

عقب ماندگی ذهنی

چکیده

مقدمه: حدود ده درصد ازجمعیت جهان دچار معلولیت هستندکه قریب یک سوم آن‌ها را کودکان تشکیل می‌دهند. ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در بهبود سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد. مطالعه حاضر با هدف تبیین میزان رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران معلول ذهنی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه‌ی‌آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی مادران کودکان معلول ذهنی، که به موسسات نگهداری این کودکان در شهر کاشان مراجعه می‌کردند بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۸۰ نفر انتخاب و با آزمون‌های حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبرگ(FMI) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ مورد آزمون قرارگرفتند.

نتایج: نتایج تحقیق نشان داد بین ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی با سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی رابطه معنا داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با عنایت به نتایج پژوهش، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند از این رو می‌توان با تقویت حمایت اجتماعی ادراک شده وآموزش ذهن‌آگاهی موجب ارتقاء سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی شد و از بروز اختلالات روانی در آن‌ها جلوگیری کرد.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹٤/۰۹/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹٤/۱۱/۲٤

نحوه استناد به مقاله: فریبرز صدیقی ارفعی و فاطمه حسامپور. رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹٤؛ ٤ (٤): ۵۲-٤۲

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

The Relationship between Mindfulness and Perceived Social Support and Mental Health in Mothers of Children with Intellectual Disability

Fariborz Sedighi Arfaee: Associate Professor of Educational Psychology, University of Kashan. fsa@mail.kashanu.ac.ir

Fatemeh Hesampour*: Graduate student of Educational Psychology, University of Kashan. fatemeh.hesampour@yahoo.com

Abstract

Introduction: Approximately 10% of world populations are suffering from disabilities, nearly one third of whom are children. Mindfulness and perceived social support have significant roles in improving the mental health of retarded children's mothers. The present study was carried out to determine the significance of the relationship between mindfulness, perceived social support and mental health of retarded children's mothers.

Methods: The present study is correlational. The study population consisted of all mothers of children with intellectual disabilities, who were referring to childcare for children with such disabilities in Kashan. Using cluster sampling method, 80 mothers were selected and were tested by Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) and Goldberg General Health questionnaire.

Results: The results showed that there is a significant relationship between mindfulness, social support with mental health in mothers of children with intellectual disabilities.

Conclusions: According to the results of this research, mindfulness and perceived social support predict mental health. Thus, by strengthening the social support and mindfulness training, the mental health of the mothers of children with intellectual disabilities can be improved and their mental disorders can be prevented.

Keywords

Mindfulness

Perceived Social Support

Mental Health

Mothers

Mental Retardation

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 08 Dec 2015
Accepted: 13 Feb 2016

Please cite this article as follows: Sedighi Arfaee F and Hesampour F. The relationship between mindfulness and perceived social support and mental health in mothers of children with intellectual disability. Quarterly journal of social work. 2015; 4 (4); 42-52

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

مقدمه

نوزادانی که با بیماری‌های مادرزادی به دنیا می‌آیند دچار مشکلاتی نظیر ناتوانی‌های ذهنی، فیزیکی یا مرگ در سال‌های اولیه زندگی می‌شوند. (۱) طبق مطالعات اخیر توسط رایلی و رابرت (۲)، نقص‌هایی شامل ناهنجاری‌های قلبی، فلج مغزی و سندرم دان سالیانه ۱۲۰هزار نوزاد را تحت تاثیر قرار می‌دهد که از هر ۵ هزار نوزاد یکی از آن‌ها در سال اول زندگی به دلیل یکی از نقص‌های مادرزادی جان خود را از دست می‌دهد و حتی اگر زنده بماند در طول زندگی خود دچار مشکلاتی نظیر عفونت‌های شدید، ناتوانی فیزیکی در حرکت کردن، ناتوانی در یادگیری و تکلم می‌شود. همچنین با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۹، در کشور حدود سه میلیون و دویست هزار معلول وجود دارد. از این تعداد ۲۱۵ هزار نفر دارای کم‌توانی ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند. بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی رنج می‌برند. (۳) عقب ماندگی ذهنی مرض یا بیماری نیست. بلکه شرایط خاص پیچیده ذهن است که قابل پیشگیری است. این پدیده قدمتی همپای بشردارد. (۴) وجود کودک کم‌توان ذهنی درخانواده، باتوجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و برسلامت روانی وسازگاری آن‌ها نیز تاثیر می‌گذارد. کم‌توانی ذهنی نیز دارای وجود چندگانه‌ای است که به فیزیولوژی و روانشناسی مربوط است. تولدکودک کم‌توان ذهنی به‌عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیق‌تر، بر ارتباط‌ها وکنش‌های اعضای خانواده اثر بگذارد. (۵) بی‌تردید تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هرخانواده‌ای می‌تواند به مثابه‌ی رویدادی نامطلوب و چالش‌زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و نومیدی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالبا ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند. (۶ و۷) این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالش‌ها و مشکلات درخانواده فراهم می‌کند.(۸) درچنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده وکارکردآن آسیب می‌بینند(۹)، اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند کم‌توان خود احساس می‌کنند و به‌عهده می‌گیرندکه در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند.(۱۰) وجود کودک معلول ذهنی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در درمقابل آن گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود. در تعریف سلامت روانی بایدگفت هرانسانی که بتواند با مسائل عمیق خودکنار بیاید، باخود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب ناپذیر درونی خودناتوان نشود و خود را در جامعه منزوی نسازد فردی است دارای سلامت روانی. (۱۱) زمانی که خانواده‌های دارای فرزندان معلول با خانواده‌های دارای فرزندان عادی مقایسه می‌شوند نه تنها فرزندان چنین والدینی از سلامت روانی کمتری در مقایسه با والدین فرزندان عادی برخوردارند ،بلکه آن‌ها به‌طور معناداری، سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها درمقایسه با گروه عادی متفاوت است. (۱۲) همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند، مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه درمقایسه با پدران با مشکلات بیشتری برخورد کرده و بیشتر با مشکلات رفتاری فرزند خود درگیرند، به همین منظور استرس بیشتری را تجربه کرده و نیاز به حمایت بیشتری دارند، درحقیقت وجود فرزند ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمانی و روانی والدین، به‌خصوص مادران را تهدید کرده و غالبا تاثیر منفی بر رضایتمندی آن‌ها دارد. (۱۳)

یکی ازمولفه‌های مهمی که بر سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی تاثیرگذاراست، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) وحمایت اجتماعی ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد. (۱۴) درحمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود. (۱۵) درک حمایت از دریافت آن مهمتراست، به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به فرد است. نتایج مطالعه‌ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرد، نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌طور قوی در سازگاری فرد با بیماری موثراست. لذا در بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است. (۱۶) نظریه‌پردازان حمایت

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمامی روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. گاهی کمک‌هایی که به فرد می‌شود نامناسب است. یا این که خلاف میل فرداست، لذا نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت اهمیت بیشتری دارد، بنابراین عدم ادراک حمایت اجتماعی پیامدهای زیادی برای جامعه در بردارد. (۱۷)

بهره‌گیری ازحمایت‌های اجتماعی یکی از روش‌های مقابله با استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی است. حمایت موثر از خانواده‌ها شامل راهبردهایی است که علاوه برافزایش شناخت خانواده درمورد علل ناتوانی، باعث افزایش حس کنترل آن‌ها نسبت به اتفاقات ناگوار زندگی و تقویت حس اعتماد به نفس در زمینه داشتن فرزند با ناتوانی می‌شود. (۱۸) بهره‌گیری از حمایت اجتماعی یکی از روش‌های مقابله با استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی است. نتایج پژوهش‌های لاندمن پیترز، هارتمن و وندر (۱۹) نشان دادکه سطوح بالاترحمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به‌عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند. همچنین نتایج پژوهش کوکرهام و اسکامبلر (۲۰) نشان دادند که سن، جنس، میزان تحصیلات، تاهل، و زمینه‌های اجتماعی همچون حمایت اجتماعی بر میزان سلامت روان موثراست. کارادیماس (۲۱) در پژوهش خود نشان داد افرادی که ازحمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روانی بهتری دارند و در مشکلات روانی سریعتر بهبود می‌یابند. دهلی و لاندرز (۲۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت و نزدیکی با خانواده وسلامت روان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. در مطالعه لانگلند و وال (۲۳) نیز، مشخص شدکه کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آن‌ها می‌شود.

یکی دیگر ازمولفه‌های که پیش‌بینی می‌شود می‌تواند بر سلامت روانی تاثیر گذار باشد ذهن‌آگاهی است. مفهوم ذهن‌آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد. پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. (۲۴) ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد (۲۵) افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی بادامنه‌ای گسترده ازتفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) را دارند همچنین ذهن‌آگاهی با آرامش ذهنی، روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد. (۲۷و۲۶) گیلاک (۲۸) نشان داد ذهن‌آگاهی با پنج عامل بزرگ شخصیت به‌ویژه روان رنجوری، عاطفه منفی و وظیفه‌شناسی معنی دارد. همچنین ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه درانجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به‌کاررفته است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوه بودن یا یک شیوه فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است. (۲۹)

باتوجه به اینکه درصد زیادی از معلولین درمنزل نگهداری می‌شوند،با توجه به اینکه وجودکودک معلول ذهنی اثرات عمیقی بر خانواده ونحوه ارتباط فرزندان بر جا می‌گذارد. میزان آگاهی و نوع عکس العملی که مادران درقبال عقب ماندگی فرزندشان ازخود بروز می‌دهند. درایجاد جوی مساعد برای کودک معلول وسایرافراد خانواده نقش بسیارمهمی را ایفاء می کند. (۳۰) عکس‌العمل اولیه والدین نسبت به کودک عقب مانده به صورت ترس و وحشت، احساسات متضاد، خشم و اضطراب، غم و اندوه، احساس گناه و درماندگی، نپذیرفتن، خجالت شرمساری، دلسوزی یا حمایت افراطی بروزمی‌یابد. (۳۱) برداشت و برخوردی که والدین به‌عنوان ارکان اصلی خانواده نسبت به پدیده معلولیت ذهنی دارند نکته‌ای است که هردستگاه برنامه‌ریز جهت کمک به این خانواده‌ها لازم است مد نظرقرار دهد. (۳۲) عدم آگاهی، ریشه بسیاری از معلولیت‌های ذهنی است و این خود عمدتاً در نتیجه ندانستن و عدم دسترسی به امکانات و منابع آموزشی می‌باشد. (۳۰). بنابراین می‌توان گفت نیاز اولیه مادران که در جستجوی کمک هستند، به‌دست آوردن هرچه بیشترآگاهی در مورد مسائل مربوط به عقب ماندگان ذهنی می‌باشد. این امر شناسایی هرچه سریعتر این بیماران، سنجش و بررسی میزان آگاهی والدین و در نهایت آموزش آنان را ایجاب می‌نماید. (۳۲) از طرفی افزایش آگاهی در زمینه معلولیت ذهنی حتی به تعداد کم درخانواده‌ها و درسطح جامعه، بینش و نگرش

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

منفی نسبت به این پدیده راکاهش داده، روشن‌بینی را جایگزین آن می‌کند. (۳۳) نتایج پژوهش کاویانی و همکاران (۳۴) نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی را ارتقاء می‌دهد. باتوجه به این که زندگی ابعاد گوناگونی دارد از جمله بعد روانی، جسمی، اجتماعی، معنوی تمرین‌های ذهن‌آگاهی به گونه‌ای طراحی شده است که برهمه‌ی ابعاد تاثیرگذارد است. و از آنجا که مادران معلولین ذهنی در برخورد با کودک خود در معرض استرس، ناراحتی، افسردگی و برخی اختلالات روانی قرار دارند، برنامه‌های ذهن‌آگاهی و برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت روانی می‌تواند از بروز هیجانات شدید منفی و ناخوشایند پیشگیری کند. همچنین نتایج پژوهش نریمانی و همکاران (۳۵) نشان داد، افراد دارای ذهن‌آگاهی از نشانه‌های منفی شناختی کمتری برخوردارند، سعی می‌کنند تا امور را به همان شکلی واقعی که هست و اتفاق می‌افتد مشاهده و توصیف کنند و در فعالیت‌های روزمره خود با آگاهی و بینش مناسب تری برخورد کنند.

بر اساس مبانی نظری مطرح شده، این پژوهش با هدف بررسی رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان عقب مانده ذهنی انجام شده است و به بررسی فرضیات پژوهش:- بین سلامت روان و ذهن‌آگاهی رابطه معنا داری وجود دارد. - بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنا داری وجود دارد. - بین حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی رابطه معنادار آماری وجود دارد." می‌پردازد.

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مادران کودکان معلول ذهنی، مراجعه کننده به موسسات نگهداری این کودکان در شهر کاشان تشکیل داده است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. بدین منظور ابتدا از بین شش موسسه نگهداری کودکان معلول شهر کاشان، دو موسسه به‌عنوان واحد نمونه‌گیری به صورت تصادفی انتخاب گردید، سپس از هر واحد بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۸۰ مادر در مجموع ۱۰۰ مادر از دو موسسه برگزیده شدند. پژوهشگر ابتدا با کسب اجازه از موسسه، در محل حضور یافته و اهداف پژوهش را به مشارکت‌کنندگان توضیح داد و به آن‌ها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و حفاظت از اطلاعات آن‌ها، اطمینان خاطر داد. پس از جلب اعتماد، پرسشنامه‌ها بین مشارکت‌کنندگان توزیع شد و توسط مادران کودکان عقب مانده ذهنی در منزل تکمیل و بازگردانده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزارSPSS و آزمون‌های آماری میانگین، انحراف معیار، ماتریس همبستگی و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله زیمت وهمکاران (۳۶)، طراحی شده است.این پرسشنامه شامل ۱۲ سئوال است که هرسوال بر روی یک طیف هفت درجه‌ای از کاملاًموافق (۱) تا کاملاً مخالف (۷) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس، هر چهار سوال براساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه‌های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم منتسب شده است. در مطالعه‌ی شکری و همکاران (۳۷)، ضرائب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه‌گانه دیگران مهم، خانواده و دوستان در نمونه‌ی ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ در نمونه سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۹۲ و۰/۸۶ درکل برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۹۴ به‌دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبرگ (FMI): این پرسشنامه توسط باچهیلد، گروسمن و والاچ (۳۸) ساخته شده و شامل ۳۰ ماده است. مواد براساس مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. باچهیلد،گروسمن و والاچ (۳۸) ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۹۳ و برای افرادی که پرسشنامه را در ابتدا و انتهای مراقبه در فواصل زمانی ۳ تا ۱۴ روز پاسخ دادند ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده است. فرم کوتاه آن ۱۴ ماده دارد. ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه این پرسشنامه ۰/۸۶ و ضریب همبستگی آن در نمونه بالینی ۰/۳۱ و در نمونه بهنجار ۰/۷۹ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ28): این آزمون ۲۸ ماده دارد و توسط کلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ساخته

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

شده است. (۳۹) گویه‌های این مقیاس براساس طیف لیکرت تنظیم شده‌اند که اختلالات افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی و اختلال در کارکرد اجتماعی را می‌سنجد. میزان همبستگی بین آزمون و دوباره آزمون در حدود ۰/۶۸ گزارش شده است. همچنین در پرسشنامه سلامت روان به دلیل داشتن نمره برش، افرادی که ۶ و کمتر به‌دست آورده‌اند به‌عنوان فرد سالم و افرادی که نمره ۷ و بالاتر گرفته‌اند مشکوک به اختلال هستند. از این رو هرچه نمره سلامت روان پایین‌تر باشد فرد از سلامت روان بهتری برخوردار است.

یافته ها

برای بررسی نرمال بودن کشیدگی و یا چولگی توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید نتایج نشان دهنده نرمال بودن متغیرهای مورد بررسی بود. با توجه به کمینه و بیشنه، متغیر ذهن‌آگاهی (۲۱/۵۴) و افراد مهم (۱۴/۷۸) بالاترین میانگین را داشته‌اند و بعد از آن به ترتیب متغیرهای حمایت اجتماعی خانواده، سلامت روان، دوستان قرار گرفته‌اند. در این میان می‌توان گفت دوستان و سلامت روان میانگین پایین‌تری در مقایسه با سایر متغیرها داشته‌اند.

جدول(۱) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان معلول

شاخص	ذهن آگاهی	حمایت اجتماعی	سلامت روان	خانواده	دوستان	افراد مهم
میانگین	۲۱/۵۴	۳۷/۸۹	۴۸/۶۰	۱۰/۱۷	۷/۵۰	۱۴/۷۸
انحراف استاندارد	۳/۵۰	۵/۹۹	۸/۳۶	۱/۵۸	۲/۷۵	۳/۵۹
کمینه	۱۹/۰۷	۲۸/۰۸	۳۳/۰۶	۸/۵۰	۴/۲۵	۶/۵۰
بیشینه	۲۸/۲۱	۴۹/۳۳	۶۴/۵۴	۱۳/۰۰	۱۵/۲۵	۱۸/۲۵

جدول(۲) نتایج ماتریس همبستگی متقابل متغیرهای پژوهش

	سلامت روان	ذهن آگاهی	حمایت اجتماعی	افراد مهم	خانواده	دوستان
سلامت روان	۱					
ذهن آگاهی	-۰/۶۳۰**	۱				
حمایت اجتماعی	۰/۶۸۰**	۰/۳۰۴**	۱			
افراد مهم	۰/۰۱۳	-۰/۴۶۱**	۰/۵۶۷**	۱		
خانواده	۰/۶۸۶**	۰/۶۰۰**	۰/۷۳۶**	۰/۰۱۷	۱	
دوستان	۰/۸۱۸**	۰/۸۴۵**	۰/۵۷۲**	-۰/۳۱۶**	۰/۷۵۰**	۱

جدول(۳) نتایج تحلیل رگرسیون در خصوص پیش‌بینی سلامت روان از طریق حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی در مادران

گام‌ها	متغیر پیش‌بین	B	β	t	R	R^2	R^2 تعدیل‌شده	R^2 تغییرات	سطح معنی‌داری
۱	حمایت اجتماعی	-۰/۹۸	-۰/۶۹	-۸/۷۶	۰/۶۹	۰/۴۸	۰/۴۷	۰/۴۸	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۸۶/۱۷		۱۸/۳۹					۰/۰۰۰
۲	حمایت اجتماعی	-۰/۸۱	-۰/۵۷	-۷/۵۴	۰/۷۹	۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۱۵	۰/۰۰۰
	ذهن آگاهی	-۰/۹۷	-۰/۴۱	-۵/۴۸					۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۱۰۰/۹۰		۲۱/۱۱					۰/۰۰۰

جدول(٤) نتایج تحلیل رگرسیون در خصوص پیش‌بینی سلامت روان از طریق مولفه‌های حمایت اجتماعی در مادران

گام ها	متغیر پیش‌بین	B	β	t	R	R^2	R^2 تعدیل‌شده	R^2 تغییرات	سطح معنی‌داری
۱	دوستان	-۲/۳۰	-۰/۷۶	-۱۰/۱۹	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۶۵/۹۶		۳۶/۳۴					۰/۰۰۰
۲	دوستان	-۲/۶۶	-۰/۸۸	-۱۳/۱۲	۰/۸۴	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۱۲	۰/۰۰۰
	خانواده	-۰/۸۵	-۰/۳۶	-۵/۴۲					۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۸۱/۴۰		۲۵/۱۴					۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی پیش‌بین‌های معنی‌دار سلامت روان می‌باشند. در گام اول حمایت اجتماعی ۴۸٪ واریانس سلامت روان مادران را تبیین نموده است. در گام دوم، با افزوده شدن متغیر ذهن‌آگاهی به معادله، واریانس سلامت روان مادران به ۶۳٪ رسیده است. با توجه به نتایج مشاهده شده می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی بیشترین سهم را در تبیین واریانس سلامت روان مادران دارد.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود از بین مولفه‌های حمایت اجتماعی، دوستان و خانواده پیش‌بین‌های معنی‌دار سلامت روان می‌باشند. در گام اول دوستان ۵۸ ٪ واریانس سلامت روان مادران را تبیین نموده است. در گام دوم، با افزوده شدن مولفه خانواده به معادله، واریانس سلامت روان مادران به ۷۰٪ رسیده است. با توجه به نتایج مشاهده شده می‌توان نتیجه گرفت که مولفه دوستان بیشترین سهم را در تبیین واریانس سلامت روان مادران دارد .

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل بیانگر رابطه مثبت ذهن‌آگاهی با سلامت روان بود. با توجه به اینکه نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی نشان دهنده وجود مشکل روانشناختی و علائم مرضی و در نتیجه، سلامت روانی پایین‌تر است، هرچه نمره افراد در این مقیاس پایین‌تر باشد، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در این صورت هرچه نمره ذهن‌آگاهی افراد بالا و نمره سلامت روان آنان پایین باشد،افراد از سلامت روان بهتری برخوردار می‌باشند. این یافته بیانگر این است که هرچه مادران کودکان کم‌توان ذهنی از ذهن‌آگاهی بیشتری برخوردار باشند،توانایی بیشتری در تحمل شرایط ناگوار را دارند. که این باعث سلامت روان آن‌ها می‌شود. براساس نتایج پژوهش خالقی‌فر و زرگر(۳)، ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری مادران کم‌توان ذهنی اثربخش باشد. لذا با اجرا و آموزش برنامه‌های ذهن‌آگاهی در کلیه مراکز توانبخشی ویژه کودکان کم‌توان ذهنی سازمان بهزیستی جهت پیشگیری از آسیب‌های روانی مادران می‌تواند موثر باشد. با توجه به نتایج مطالعات بلکلد و هایس (۴۰)، ساین و همکاران (۴۱)، مورل و همکاران (۴۲)، مک دولاند و هستینگز(۴۳) به نظر می‌رسد شیوه متفاوت ارتباط با هیجانات که در ذهن‌آگاهی آموزش داده می‌شود نه تنها بر افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تاثیر دارد بلکه بر سایر هیجانات ناخوشایند آن‌ها نیز موثر بوده و بهبود بیشتر و پایدارتر وضعیت آن‌ها را به دنبال دارد. همچنین رجبی(۴۴)، در پژوهش خود خاطر نشان کرد، ذهن‌آگاهی علاوه بر این که موجب کاهش افسردگی و ارتقاء سلامت روان مادران کودکان معلول می‌شود افزایش امید به زندگی را در مادران به دنبال دارد.

یافته دیگر حاصل از تحقیق نشان داد بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. این یافته بیانگر این است که هرچه فرد حمایت اجتماعی بیشتری از سوی خانواده، دوستان و افراد دیگر دریافت کند، احتمال اینکه در مقیاس سلامت روان نمره بالاتری را کسب کند بیشتر است. این نتایج با یافته‌های پژوهش فیندر و همکاران (۴۵)، کیمورا و یامازاکی (۴۶)، آکیسمی و همکاران (۴۷)، شین و همکاران (۸)، مدنی و همکاران (۴۸)، مک کانکی و همکاران (۱۰)،کارادیماس (۲۱) نریمانی و همکاران (۴۹) نادری وهمکاران (۵)، لانگلند (۲۳) مورونه وهمکاران (۵۰) بوهلمایجر و همکاران (۵۱) همخوانی دارد.

میاکو و یامازاکی(۴۶) در پژوهش خود نشان دادند که سرمایه روانشناختی و حمایت اجتماعی به طور مستقیم و غیر مستقیم می‌تواند بر روی سلامت ذهنی مادران کودکان معلول تاثیرات مثبتی داشته باشد و از بروز اختلالات روانی جلوگیری کند. نتایج پژوهش آکیسمی و همکاران (۴۷) نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده نه تنها موجب رشد و سلامت ذهنی خانواده‌های کودکان معلول می‌شود بلکه باعث رشد و ارتقاء ذهنی کودکان و همچنین افزایش رضایت و کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرزندان معلول می‌شود. همچنین، نتایج پژوهش لی(۵۲) نشان داد بین علائم استرس و افسردگی مادران و همچنین بین کیفیت خواب نامطلوب و سلامت روان آن‌ها رابطه دو طرفه وجود دارد، به‌عبارت دیگر، مادرانی که استرس بالاتری دارند علائم افسردگی بیشتری را تجربه کرده و از سلامت روانی کمتری برخوردار خواهند بود. در مطالعه کریس و اوروس (۵۳) والدینی که از منابع حمایتی درونی بیشتری استفاده می‌کنند موجب رشد و شکوفا شدن کودکان معلول خود می‌شوند، این منابع حمایتی درونی می‌توانند در داخل خانواده‌ها شکل گیرند که شامل پاسخ‌های آموخته شده در مواجهه با رفتارهای این کودکان در شرایط مختلف است و با مقابله خانواده‌ها با این شرایط، بر روی رویه‌های خانواده، تجدید قوا، هماهنگی در مراقبت از کودک معلول، رضایت و انسجام خانواده تاثیر می‌گذارد. گالیه و همکاران (۵۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند، خانواده‌هایی که روابط اجتماعی موثر، شبکه حمایتی قوی و مهارت حل مشکل را دارند، توانایی رو به افزایشی در مقابله با شرایط استرس‌زا از خود نشان می‌دهند و نسبت به خانواده‌های دیگر از سلامت روانی بهتری برخوردارند. بدین ترتیب، نتایج تحقیق حاضر همسوبا تحقیقات فوق در تایید رابطه بین ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد.

در تبیین یافته‌های حاضر چنین می‌توان استنباط کرد که والدین کودکان عقب مانده ذهنی مخصوصاً مادران چنین کودکانی نسبت به مادران کودکان عادی به دلیل صدمات شایع مربوط به عواقب وصعوبت ناشی ازنگهداری آن‌ها در

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

معرض فرسایش شدید در رابطه باجامعه، تحمل کم در برابر فشار روانی ناشی از داشتن فرزند عقب مانده‌ی ذهنی و استفاده نابجا از مکانیسم‌های دفاعی انکار می‌باشند. که این نکته خود در برخی مواقع عامل مهمی در ایجاد اختلالات روانی و کاهش سلامت روان مادران می‌باشد. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مشاهده می‌شود، تولد یک کودک عقب مانده‌ی ذهنی، خانواده را در معرض بحران قرار داده وبیشترین فشار را بر آن تحمیل می‌کند به‌طوریکه می‌تواند تعادل روانی والدین را برای مدت‌ها دگرگون کند. اگرچه مادران پس از مدتی می توانند انطباق خود را به‌دست آورند. ولی علاوه بر نگرانی در مورد آینده‌ی فرزند خود، تنش‌های جانبی که مربوط به مراقبت، سلامت و غیره است، می‌تواند سلامت روانی آنان را در معرض خطر قرار دهد.

در کل مادران نسبت به پدران به‌علت نقش‌های متفاوت درزندگی خانوادگی، زناشویی پرستاری و تربیت فرزندان با مشکلات بیشتری مواجه هستند. از سوی دیگر تحقیق حاضر نشان دادکه بین حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی مادران رابطه معناداری وجود دارد. احتمالاً وجود کودک عقب مانده ذهنی به دلیل حالت شوکی که در والدین ایجاد می کند و متعاقب آن مادران پس از درمان‌های متعدد متوجه عدم تغییر کودکشان می‌شوند، نسبت به مشکلات و فشارها آسیب‌پذیرتر شده متمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران می‌شوند. این تمایلم به دلیل ناتوانی در حل مشکلات کودک، احساس سرخوردگی وتنهایی و بی‌پناهی است که در عین حال احساس کاهش دریافت حمایت اجتماعی رابه دنبال داشته و ضربات روحی، روانی، اجتماعی را بر والدین مخصوصاً بر مادرانی که ارتباط نزدیک تری با کودک دارند وارد می‌کند. بنابراین براساس نتایج پژوهش رایلی و رابرت (۲) می‌توان نتیجه گرفت که عوامل حمایتی مانند جامعه، خانواده و دوستان نقش مهمی در کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی ایفا می‌کنند. براساس یافته‌های این پژوهش خانواده‌هایی که از عوامل حمایتی قوی تری برخوردار هستند نشانه‌های افسردگی کمتری را از خود نشان می‌دهند و در شرایط استرس‌زا نسبت به دیگر والدین این نوع کودکان از سازگاری بهتری برخوردارند، در این صورت با تقویت حمایت اجتماعی این خانواده‌ها می توان از افزایش اختلالات روانی و نشانه‌های افسردگی جلوگیری کرد و موجب ارتقا سلامت روان مادران کودکان معلول شد. تحقیقات و یافته‌ها نشان می‌دهندافزایش میزان آگاهی مادران لزوماً باکاهش استرس یا افزایش پذیرش کودک ارتباط پیدا نمی‌کند و عوامل مختلفی ازجمله زمینه‌های فرهنگی و باورهای والدین در این مسئله تاثیرگذارند. ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی وجسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. (۵۵) بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشد که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است. ذهن‌آگاهی به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار ناخوش آیند منفی کمک می‌کند و منجربه بهبود و تعدیل آن‌ها می‌شود. (۵۶) ذهن‌آگاهی به مادران در تعدیل افکار منفی و استرس و اختلالات روانی ناشی از نگهداری کودکان معلول کمک می‌نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت و سازگاری بیشتر مرتبط با سلامت روانی آنان می‌شود. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی از این نظرکه توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (۵۷) می‌تواند باعث شود که فرد توانایی‌های خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله نموده، و به‌عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. (۵۸) زیرا یکی از جنبه‌های مهم ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. (۵۱) با توجه به نقشی که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش اختلالات روانی همچون افسردگی، ناامیدی، اضطراب در مادران کودکان معلول ذهنی دارد، همچنین با عنایت به یافته‌های این پژوهش، می‌توان به این نکته اشاره کرد که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از وجوه مثبت ذهن‌آگاهی است (۵۹) که باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت در زمینه‌های معین می‌شود بطوریکه

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

می‌تواند موجب بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی گردد. (۶۰)

محدودیت پژوهش

جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر مادران دارای فرزند معلول بوده اســت، بنابراین باید در تعمیم یافته‌ها به پدران دارای فرزندمعلول جانب احتیاط را رعایت کرد، چون از همبســتگی استفاده شده اثر غیرمستقیم متغیرها مشخص نشده است.

پیشنهادات

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشــنهاد می‌شــود این شــیوه‌ها به مادران و خانواده‌های آنان آموزش داده شــود. همچنین عوامل دیگری مانند مشکلات رفتاری و وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده درکنار سلامت روان موردبررسی گیرد.

منابع

References:

1. Parker, S. E., Mai, C. T., Canfield, M. A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, R. E., ... & Correa, A. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004–2006. Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology, 88(12), 1008-1016.
2. Riley C, Rubarth LB. Supporting Families of Children With Disabilities. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2015 Jul 1;44(4):536-42.
3. Khaleghipour, SH, Zargar F. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with intellectual disabilities .Behavioral Science Research 2014; 12(2).
4. Afrooz GH A. Children with down syndrome. Tehran: Exceptional Education publication 1999; 1(10).
5. Naderi F, Safarzadeh S, Mashak R. comparison of hypochondriasis,social support,social anxiety and general health in mothers of retarded and normal children .Journal of Health Psychology 2011;1(1): 15-41.
6. Hastings RP. Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2002 Jan 1;27(3):149-60.
7. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. Social Science & Medicine. 2007 Feb 28;64(4):850-7.
8. Shin J, Nhan NV, Crittenden KS, Hong HT, Flory M, Ladinsky J. Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research. 2006 Oct 1;50(10):748-60.
9. Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. Journal of Intellectual Disability Research. 2006 Dec 1;50(12):874-82.
10. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. International Journal of Nursing Studies. 2008 Jan 31;45(1):65-74.
11. Kaplan, H. I. , Sadock, B. J. , Grebb, J. A. Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 2003. 157-206.
12. Mehrabi, H. Compare parents exceptional and normal mental health Gonabad city. Master's thesis, University of Birjand(2007)
13. Saloviita T, Itälinna M, Leinonen E. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. Journal of Intellectual Disability Research. 2003 May 1;47(4-5):300-12.
14. Moslem H, Asayesh H, Ghorbani M, Shariaati A,Nasiri H. The relationship of perceived social support, mental health and life satisfaction in martyrs and veterans students of state universities in Gorgan. The scientific Journal of Nursing and Midwifery of Faculty of Gorgan Booye 2011.
15. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Dec 31;2(2):3844-9.
16. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychology. 1996 Mar;15(2):135.
17. Allen JP, Moore C, Kuperminc G, Bell K. Attachment and adolescent psychosocial functioning. Child development. 1998 Oct 1;69(5):1406-19.
18. Lunsky Y, Bramston P. A preliminary study of perceived stress in adults with intellectual disabilities

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

according to self-report and informant ratings. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2006 Mar 1;31(1):20-7.
19. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Social Science & Medicine. 2005 Jun 30;60(11):2549-59.
20. Cockerham WC, Scambler G. Medical sociology and sociological theory. The new Blackwell companion to medical sociology. 2010 Jan 29:3-26.
21. Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. Personality and individual differences. 2006 Apr 30;40(6):1281-90.
22. Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. Journal of social and clinical Psychology. 2005 Nov 1;24(7):1051-76.
23. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. International journal of nursing studies. 2009 Jun 30;46(6):830-7.
24. Falkenström F. Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach. Personality and Individual Differences. 2010 Feb 28;48(3):305-10
25. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychological inquiry, 18(4), 211-237.
26. Ryan Richard M, Brown Kirk W. Why We Don't Need Self-Esteem: on Fundamental Need, Contingent Love, and Mindfulness. Psychological Inquiry.2003; 14: 27-82.
27. Ryan RM, Brown KW. Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. Psychological Inquiry. 2003 Jan 1;14(1):71-6.
28. Giluk TL. Mindfulness, Big Five Personality, and Affect: A Meta-Analysis. Personality and Individual Differences. 2009; 47, 805-811.
29. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: Science and practice. 2003 Jun 1;10(2):125-43.
30. Davarmanesh A. Training and rehabilitating mentally disabled children.Tehran: Chehr Publication 1992; 1:174.
31. Delpishe E, Helli. Training and rehabilitating children with mental disability. Tehran: Child Book Publication1998;(1) 112-120.
32. Sharifidaramadi P. Psychological principles of training and nurturing mentally disabled children. Tehran: Orooj Publication 1994 :105-144.
33. Sadeghi A. The comparison of adjustment between mentally disabled children with physical disability and mentally disabled children without physical disability in home and school. Tehran: MA dissertation 1995.
34. Kaviani H, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2011 Jun 1;11(2):285-96.
35. Narimani M, Aghamohammadian H, Raajabi S. The comparison of mental health in mothers of exceptional and normal childeren. Principles of Mental Health Quarterly 2007.
36. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988 Mar 1;52(1):30-41.
37. Shokri O, Kadivar P,Zeinabadi H,Ghanaei Z,Naghsh Z,Tarkhan R ans et al. The relationship between neuroticism, counter styles, educational stressors and mental well-being in university students. Psychology Journal 2009;1(13): 36-53.
38. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Journal for Meditation and Meditation Research. 2001;1(1):11-34.
39. Goldberg: signs of mental illness translator, Nasrallah Pour Afkari, first edition, 1989, published by taste, Tabriz, p. 96.
40. Blackledge JT, Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child & Family Behavior Therapy. 2006 Mar 14;28(1):1-8.
41. Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Fisher BC, Wahler RG, Mcaleavey K, Singh J, Sabaawi M. Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2006 Jul 1;14(3):169-77.
42. Murrell AR, Coyne LW, Wilson KG. ACT with children, adolescents, and their parents. InA practical guide to acceptance and commitment therapy 2004 (pp. 249-273). Springer US.
43. MacDonald EE, Hastings RP. Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. Journal of Child and Family Studies. 2010 Apr 1;19(2):236-40.
44. Rajabi G, Sotude- Navroudi A. The impact of mindfulness-based cognitive group therapy on reducing

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]

depression and increasing marital satisfaction in married women. Journal of Gilan University of Medical Sciences. .(2011) 80: 83- 91. [In Persian].
45. Findler L, Jacoby AK, Gabis L. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. Research in developmental disabilities. 2016 Aug 31;55:44-54.
46. Kimura M, Yamazaki Y. Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. Research in Developmental Disabilities. 2016 Dec 31;59:43-54.
47. Akmeşe PP, Mutlu A, Kayhan N. Investigation on Perception of Mothers about Social Support who have Children with Physical Disabilities. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013 Dec 10;106:1629-31.
48. Madani Z, Gholamali ML, Ezheei J. The relationship between perceived social support with psychological well-being in mothers. Studies of Psychology and Educational science 2016; 1(3).
49. Narimani M, Aghamohammadian H, Raajabi S. The comparison of mental health in mothers of exceptional and normal childeren. Principles of Mental Health Quarterly 2007.
50. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. Pain. 2008 Feb 29;134(3):310-9.
51. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2010 Jun 30;68(6):539-44.
52. Lee J. Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. Research in developmental disabilities. 2013 Nov 30;34(11):4255-73.
53. Krstić T, Oros M. Coping with stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. Medicinski pregled. 2012;65(9-10):373-7.
54. Giallo R, Gavidia-Payne S. Child, parent and family factors as predictors of adjustment for siblings of children with a disability. Journal of Intellectual Disability Research. 2006 Dec 1;50(12):937-48.
55. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003 Apr;84(4):822.
56. Junkin SE. Yoga and self-esteem: exploring change in middle-aged women (Doctoral dissertation, University of Saskatchewan Saskatoon).2007.
57. MACe C. Mindfulness and mental health: Therapy, theory and practice.(2008).
58. Karami Gh, Amiri M, Ameili J, kachooyei H, Ghodoosi K,Saadat A and et al. The study of psychological health status of mustard gas exposed veterans. Military Medication 2006; 8(1): 1-7.
59. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company; 2006 Oct 17.
60. Feldman-Barrett L, Gross J, Christensen TC Benvenuto M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. Cogn Emote. 2001; (15): 713-724.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-08]