

رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان 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

ذهن آگاهی

حمایت اجتماعی ادراک شده

سلامت روان

مادران

عقب ماندگی ذهنی

چکیده

مقدمه: حدود ده درصد از جمعیت جهان دچار معلولیت هستند که قریب یک سوم آن‌ها را کودکان تشکیل می‌دهند. ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در بهبود سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی دارد. مطالعه حاضر با هدف تبیین میزان رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران معلول ذهنی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه 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 ذهن آگاهی فرایبرگ (FMI) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحقیق نشان داد بین ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی با سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی رابطه معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با عنایت به نتایج پژوهش، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند از این رو می‌توان با تقویت حمایت اجتماعی ادراک شده و آموزش ذهن آگاهی 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: ۱۳۹۴/۰۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۴

فریبرز صدیقی ارفعی و فاطمه حسامپور. رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۴؛ ۴ (۴): ۵۲-۴۲

نحوه استناد به مقاله:

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

مقدمه

نوزادانی که با بیماری های مادرزادی به دنیا می آیند دچار مشکلاتی نظیر ناتوانی های ذهنی، فیزیکی یا مرگ در سال های اولیه زندگی می شوند. (۱) طبق مطالعات اخیر توسط رایلی و رابرت (۲)، نقص هایی شامل ناهنجاری های قلبی، فلج مغزی و سندرم دان سالیانه ۱۲۰ هزار نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد که از هر ۵ هزار نوزاد یکی از آن ها در سال اول زندگی به دلیل یکی از نقص های مادرزادی جان خود را از دست می دهد و حتی اگر زنده بماند در طول زندگی خود دچار مشکلاتی نظیر عفونت های شدید، ناتوانی فیزیکی در حرکت کردن، ناتوانی در یادگیری و تکلم می شود. 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 کم توانی ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند. بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده ها در جامعه ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک مبتلا به کم توانی ذهنی رنج می برند. (۳) عقب ماندگی ذهنی مرض یا بیماری نیست. بلکه شرایط خاص پیچیده ذهن است که قابل پیشگیری است. این پدیده قدمتی همپای بشر دارد. (۴) وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده، باتوجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آن ها نیز تاثیر می گذارد. کم توانی ذهنی نیز دارای وجود چندگانه ای است که به فیزیولوژی و روانشناسی مربوط است. تولد کودک کم توان ذهنی به عنوان یک بحران می تواند به شکل عمیق تر، بر ارتباط ها و کنش های اعضای خانواده اثر بگذارد. (۵) بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند به مثابه ی رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و نوسانی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالبا ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند. (۶ و ۷) این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالش ها و مشکلات در خانواده فراهم می کند. (۸) در چنین موقعیتی گرچه همه ی اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می بیند (۹)، اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت های بیشتری را در قبال فرزند کم توان خود احساس می کنند و به عهده می گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند. (۱۰) وجود کودک معلول ذهنی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر خانواده وارد می کند. میزان آسیب پذیری خانواده در در مقابل آن گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می شود. در تعریف سلامت روانی باید گفت هرانسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، باخود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را در جامعه منزوی نسازد فردی است دارای سلامت روانی. (۱۱) زمانی که خانواده های دارای فرزندان معلول با خانواده های دارای فرزندان عادی مقایسه می شوند نه تنها فرزندان چنین والدینی از سلامت روانی کمتری در مقایسه با والدین فرزندان عادی برخوردارند، بلکه آن ها به طور معناداری، سطح اضطراب، افسردگی و شکایت های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن ها در مقایسه با گروه عادی متفاوت است. (۱۲) همچنین پژوهش ها نشان داده اند، مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه 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، در حقیقت وجود فرزند ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمانی و روانی والدین، به خصوص مادران را تهدید کرده و غالبا تاثیر منفی بر رضایتمندی آن ها دارد. (۱۳)

یکی از مولفه های مهمی که بر سلامت روان مادران کودکان معلول ذهنی تاثیر گذار است، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و حمایت اجتماعی ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می گیرد. (۱۴) در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود. (۱۵) درک حمایت از دریافت آن مهمتر است، به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به فرد است. نتایج مطالعه ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرد، نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به طور قوی در سازگاری فرد با بیماری موثر است. لذا در بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است. (۱۶) نظریه پردازان حمایت

لانگلد و وال (۲۳) نیز، مشخص شد که کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آن‌ها می‌شود.

یکی دیگر از مولفه‌های که پیش‌بینی می‌شود می‌تواند بر سلامت روانی تاثیر گذار باشد ذهن آگاهی است. مفهوم ذهن آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد. پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. (۲۴) ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد (۲۵) افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی بادامنه‌ای گسترده از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) را دارند همچنین ذهن آگاهی با آرامش ذهنی، روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد. (۲۶ و ۲۷) گیلک (۲۸) نشان داد ذهن آگاهی با پنج عامل بزرگ شخصیت به‌ویژه روان رنجوری، عاطفه منفی و وظیفه‌شناسی معنی دارد. همچنین ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه درانجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به کاررفته است. ذهن آگاهی 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 در منزل نگهداری می‌شوند، با توجه به اینکه وجود کودک معلول ذهنی اثرات عمیقی بر خانواده ونحوه ارتباط فرزندان بر جا می‌گذارد. میزان آگاهی و نوع عکس‌العملی که مادران درقبال عقب ماندگی فرزندان از خود بروز می‌دهند. درایجاد جوی مساعد برای کودک معلول وسایرافراد خانواده نقش بسیارمهمی را ایفاء می‌کند. (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 بیشتر آگاهی 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 در خانواده‌ها و در سطح جامعه، بینش و نگرش

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 از حمایت‌های اجتماعی یکی از روش‌های مقابله با استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی است. حمایت موثر از خانواده‌ها شامل راهبردهایی است که علاوه بر افزایش 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 داد که سطوح بالاتر حمایت 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 موثر است. کارادیماس (۲۱) در پژوهش خود نشان داد افرادی که از حمایت 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 لاندروز (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

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 ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی رابطه معنا داری وجود دارد. - بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنا داری وجود دارد. - بین حمایت اجتماعی و ذهن آگاهی رابطه معنادار آماری وجود دارد. می پردازد.

منفی نسبت به این پدیده را کاهش داده، روشن بینی را جایگزین آن می کند. (۳۳) نتایج پژوهش کاویانی و همکاران (۳۴) نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی را ارتقاء می دهد. با توجه به این که زندگی ابعاد گوناگونی دارد از جمله بعد روانی، جسمی، اجتماعی، معنوی تمرین های ذهن آگاهی به گونه ای طراحی شده است که بر همه ی ابعاد تاثیر گذارد است. و از آنجا که مادران معلولین ذهنی در برخورد با کودک خود در معرض استرس، ناراحتی، افسردگی و برخی اختلالات روانی قرار دارند، برنامه های ذهن آگاهی و برنامه های آموزشی مرتبط با سلامت روانی می تواند از بروز هیجانات شدید منفی و ناخوشایند پیشگیری کند. همچنین نتایج پژوهش نریمانی و همکاران (۳۵) نشان داد، افراد دارای ذهن آگاهی از نشانه های منفی شناختی کمتری برخوردارند، سعی می کنند تا امور را به همان شکلی واقعی که هست و اتفاق می افتد مشاهده و توصیف

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه ی آماری این پژوهش را کلیه ی مادران کودکان معلول ذهنی، مراجعه کننده به موسسات نگهداری این کودکان در شهر کاشان تشکیل داده است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای استفاده شده است. بدین منظور ابتدا از بین شش موسسه نگهداری کودکان معلول شهر کاشان، دو موسسه به عنوان واحد نمونه گیری به صورت تصادفی انتخاب گردید، سپس از هر واحد بر اساس روش نمونه گیری 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 مشارکت کنندگان توضیح داد و به آنها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و حفاظت از اطلاعات آنها، اطمینان خاطر داد. پس از جلب اعتماد، پرسشنامه ها بین مشارکت کنندگان توزیع شد و توسط مادران کودکان عقب مانده ذهنی در منزل تکمیل و بازگردانده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری میانگین، انحراف معیار، ماتریس همبستگی و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله زیمت و همکاران (۳۶)، طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که هر سؤال بر روی یک طیف هفت درجه ای از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۷) درجه بندی می شود. در این مقیاس، هر چهار سؤال بر اساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم منتسب شده است. در مطالعه ی شکری و همکاران (۳۷)، ضرائب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه دیگران مهم، خانواده و دوستان در نمونه ی 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 و ۰/۸۶ در کل برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۹۴ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبرگ (FMI): این پرسشنامه توسط باچهیلد، گروسمن و والاچ (۳۸) ساخته شده و شامل ۳۰ ماده است. مواد بر اساس مقیاس چهار نقطه ای لیکرت درجه بندی می شوند. 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 ساخت

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 به دست آورده‌اند به عنوان فرد سالم و افرادی که نمره ۷ و بالاتر گرفته‌اند مشکوک به اختلال هستند. از این رو هرچه نمره سلامت روان پایین تر 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 بیشینه، متغیر ذهن آگاهی (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.

براساس نتایج جدول ۲، بین متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، خانواده، دوستان و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد. شدت رابطه در همه متغیرها قوی بوده است. این درحالی است که رابطه افراد مهم و سلامت روان تایید نشده است. همچنین بین ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. متغیرهای حمایت اجتماعی با ذهن آگاهی نیز رابطه معنادار و مستقیم داشته‌اند و تنها افراد مهم با ذهن آگاهی رابطه معکوس داشته است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود

جدول (۱) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) ذهن آگاهی، 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	۰/۱۳	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 ذهن آگاهی در مادران

گام‌ها	متغیر پیش‌بین	B	β	t	R	R ²	R ² تعدیل شده	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
	حمایت اجتماعی	-۰/۸۱	-۰/۵۷	-۷/۵۴	۰/۷۹	۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۱۵	۰/۰۰۰
۲	ذهن آگاهی	-۰/۹۷	-۰/۴۱	-۵/۴۸	۰/۷۹	۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۱۵	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۱۰۰/۹۰		۲۱/۱۱					۰/۰۰۰

جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون در خصوص پیش‌بینی سلامت روان از طریق مولفه‌های حمایت اجتماعی در مادران

گام‌ها	متغیر پیش‌بین	B	β	t	R	R ²	R ² تعدیل شده	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
	دوستان	-۲/۶۶	-۰/۸۸	-۱۳/۱۲	۰/۸۴	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۱۲	۰/۰۰۰
۲	خانواده	-۰/۸۵	-۰/۳۶	-۵/۴۲	۰/۸۴	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۱۲	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۸۱/۴۰		۲۵/۱۴					۰/۰۰۰

حمایت اجتماعی و ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی 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.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل بیانگر رابطه مثبت ذهن آگاهی 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 پایین تر است، هرچه نمره افراد در این مقیاس پایین تر باشد، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در این صورت هرچه نمره ذهن آگاهی 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 کم توان ذهنی از ذهن آگاهی بیشتری برخوردار باشند، توانایی بیشتری در تحمل شرایط ناگوار را دارند. که این باعث سلامت روان آن‌ها می‌شود. براساس نتایج پژوهش خالقی فر و زرگر (۳)، ذهن آگاهی می‌تواند بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری مادران کم توان ذهنی اثربخش باشد. لذا با اجرا و آموزش برنامه‌های ذهن آگاهی در کلیه مراکز توانبخشی ویژه کودکان کم توان 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 ذهن آگاهی آموزش داده می‌شود نه تنها بر افسردگی مادران کودکان کم توان 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، ذهن آگاهی 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 و همکاران (۵)، لانگلند (۲۳)، مورونه و همکاران (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، به عبارت 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 ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان 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 و صعوبت ناشی از نگهداری آن‌ها در

معرض فرسایش شدید در رابطه با جامعه، 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 و بیشترین فشار را بر آن تحمیل می‌کند به‌طوری‌که می‌تواند تعادل روانی والدین را برای مدت‌ها دگرگون کند. اگرچه مادران پس از مدتی می‌توانند 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 در زندگی خانوادگی، زناشویی پرستاری و تربیت فرزندان با مشکلات بیشتری مواجه هستند. از سوی دیگر تحقیق حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی و ذهن آگاهی مادران رابطه معناداری وجود دارد. احتمالاً وجود کودک عقب مانده ذهنی به دلیل حالت شوکی که در والدین ایجاد می‌کند و متعاقب آن مادران پس از درمان‌های متعدد متوجه عدم تغییر کودکان می‌شوند، نسبت به مشکلات و فشارها آسیب‌پذیرتر شده متمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران می‌شوند. این تمایل به دلیل ناتوانی در حل مشکلات کودک، احساس سرخوردگی و تنهایی و بی‌پناهی است که در عین حال احساس کاهش دریافت حمایت اجتماعی را به 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 می‌توان از افزایش اختلالات روانی و نشانه‌های افسردگی جلوگیری کرد و موجب ارتقا سلامت روان مادران کودکان معلول شد. تحقیقات و یافته‌ها نشان می‌دهند افزایش میزان آگاهی مادران لزوماً کاهش استرس یا افزایش پذیرش کودک ارتباط پیدا نمی‌کند و عوامل مختلفی از جمله زمینه‌های فرهنگی و باورهای والدین در این مسئله تاثیر گذارند. ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. (۵۵) بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشد که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است. ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار ناخوش آیند منفی کمک می‌کند و منجر به بهبود و تعدیل آن‌ها می‌شود. (۵۶) ذهن آگاهی 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. به عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی از این نظر که 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 ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی است (۵۹) که باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت در زمینه‌های معین می‌شود بطوریکه

می تواند موجب بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی گردد. (۶۰)

محدودیت پژوهش

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

پیشنهادهای

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می شود این شیوه ها به مادران و خانواده های آنان آموزش داده شود. همچنین عوامل دیگری مانند مشکلات رفتاری و وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده در کنار سلامت روان مورد بررسی 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, Itälina 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, Shariati 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. Lunsy Y, Bramston P. A preliminary study of perceived stress in adults with intellectual disabilities

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 Publication 1998; (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 children*. *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, Mcleavey 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. In *A 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*

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 children. 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.