

اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی

علیرضا شیرازی تهرانی* / دانشجوی دکترای روان شناسی، دانشگاه لرستان

سیمین غلامرضایی / استادیار روان شناسی، دانشگاه لرستان

چکیده

زمینه: ذهن آگاهی، هوشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه است که در یک لحظه ویژه در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. این روش، در کاهش تنیدگی و افزایش سلامتی روانی، نتایج مثبتی داشته است. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی بود.

روش: روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود که با ابزار اندازه گیری پرسش نامه سلامت عمومی انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمامی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی مدارس استثنایی شهر اصفهان بودند که نمونه آماری به صورت تصادفی خوشه ای و با استفاده از روش غربالگری انتخاب شدند، به این صورت که پس از پر کردن پرسش نامه سلامت عمومی ۳۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسش نامه کسب کرده بودند به ۲ گروه آزمایش و گواه، به شیوه تصادفی تقسیم شدند. مادران گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته برنامه آموزش ذهن آگاهی را دریافت کردند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در ارتقای سلامت عمومی مادران در سطح $(P \leq 0/01)$ معنادار بوده است.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی درمان در افزایش سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی، این روش درمانی می تواند برای مراجعانی که به منظور دریافت درمان اثربخش به مراکز مشاوره مراجعه می کنند، گزینه مناسبی باشد.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، تنیدگی، سلامت عمومی، مادران، کودکان کم توان ذهنی

مقدمه

افزون بر شیوع قابل توجه، با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است و می تواند تاثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده داشته باشد، همچنین باعث شود پدر و مادر به شکل های مختلفی این نقش را متحمل شوند و در نتیجه مشکلات و دشواری های عدیده ای برای خانوارها و جامعه در زمینه مراقبت و نگهداری فرد با نیاز ویژه به همراه داشته باشد (۳). شواهد متعددی نشان می دهد که والدین کودکان کم توان ذهنی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که اغلب ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، روبه رو می شوند (۴).

کم توانی ذهنی^۱ یکی از عمده ترین مسایل جوامع بشری و از پیچیده ترین و دشوارترین مشکلات در کودکان و نوجوانان است که تا سن بزرگسالی باقی می ماند و حدود ۳ درصد جامعه را مبتلا می کند (۱). کم توانی ذهنی عبارت است از عملکرد پایین تر از متوسط در تمامی امور ذهنی که همزمان با مشکلات و کاستی ها در رفتار سازشی آشکار می شود و همراه با محدودیت های قابل ملاحظه ای در دست کم ۲ زمینه از رفتارهای سازشی مانند ارتباط با دیگران و مراقبت از خود، مهارت های اجتماعی است (۲). کم توانی ذهنی

1. Intellectual disability

* Email: psychopayam@yahoo.com

در تعریفی دیگر، آموزش ذهن آگاهی، فنی است که در ترکیب با مراقبه، جهت گیری های ذهنی ویژه نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی یا با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می کند. این شیوه درمانی از درمان های شناختی - رفتاری مشتق شده و از مولفه های مهم موج سوم الگوهای درمانی روان شناختی به شمار می رود (۱۱). رایج ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی است که به شکل برنامه کاهش تنیدگی و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود (۷). پژوهش ها از این نتایج حمایت کرده اند که برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی می تواند اثرات مثبتی بر مولفه های مختلف مانند آموزش ذهن آگاهی، بهبودی خلق، رفع خستگی و اضطراب داشته باشد (۱۲). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب و سازگاری روان شناختی تأثیر دارد (۱۳). درمان های مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی به بهبودی نشانه های تنیدگی، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (۱۴)، همچنین پژوهش ها نشان می دهد که برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی روانی، جسمی و هیجانی (۱۵)، بهبود کیفیت خواب (۱۶) و تنظیم هیجانی کنترل پریشانی (۱۷) موثر بوده است.

درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال تنیدگی پس از ضربه و سایر اختلال ها موثر است (۱۸). تانی، لوتان و برن استین، در بررسی پیامدهای آموزش ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی از نظر آماری و بالینی به طور معناداری موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و اضطراب می شود (۱۹). به طور کلی شواهدی وجود دارد که نشان می دهد تمرین آموزش ذهن آگاهی باعث تغییراتی در سبک زندگی مثبت می شود که شامل کاهش تنیدگی و اضطراب، کاهش دردهای فیزیکی مزمن، افزایش سیستم ایمنی، توانایی مقابله با مشکلات زندگی، توانایی مواجهه با عواطف منفی، کاهش بد خوابی ها، افزایش آگاهی نسبت به خود،

افزون بر این، خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن می تواند کل نظام خانواده را مختل کند و منتج به بروز مشکلات جدید در خانواده شود (۵). پژوهش ها نشان می دهند که مادران با کودک کم توان ذهنی در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تحمل می کنند و با اختلال رفتاری کودک درگیرند، به همین ترتیب تنیدگی افزون تری را تجربه می کنند و نیاز به کمک بیشتری دارند (۶). نیازهای مادران دارای کودک کم توان ذهنی برخاسته از مشکلاتی است که از لحظه تولد کودک یا تشخیص کم توان ذهنی با آن ها روبه رو می شوند. آن ها ممکن است حالات مختلفی چون افسردگی، اضطراب و تنیدگی را تجربه کرده باشند و به دنبال آن واکنش های نامطلوبی از خود نشان می دهند. اگرچه این حالات دلایل متعددی دارد اما بسیاری از پژوهشگران بر این عقیده اند که کمبود دانش و اطلاعات کافی در مورد کم توانی ذهنی یکی از عوامل مهم در بروز واکنش های نامطلوب است (۱). در این راستا، یکی از شیوه های آموزشی که در ارتباط با این گونه مادران می تواند به کار گرفته شود، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی^۱ است که پیش تر با عنوان برنامه کاهش تنیدگی و تن آرامی شناخته می شد (۷). این شیوه درمانی به تلفیق فنون تفکر نظاره ای با رفتار درمانی شناختی سنتی اشاره دارد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می کنند و جزو روش هایی است که در سال های اخیر با نشأت گرفتن از ریشه های شرقی آن به صورت برنامه های مداخله روان شناختی رونق یافته است (۸). ^۲بیر آموزش ذهن آگاهی را به عنوان مشاهده فاقد قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک ها و بروز آن ها تعریف کرد (۹). آموزش ذهن آگاهی؛ هوشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه است که در یک لحظه ویژه در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. افزون بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می شود (۱۰).

1. Mindfulness Based on Relapse Prevention (MBRP)

2. Baer

ابزار پژوهش

پرسش نامه سلامت عمومی: متن اصلی این پرسش نامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ برای غربالگری اختلال های روان شناختی در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی شده است (۲۱). فرم ۲۸ سوالی این پرسش نامه که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته دارای ۴ مقیاس (نشانه های جسمی، اضطراب و بی خوابی و اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. به هر پاسخ آزمودنی از راست به چپ به ترتیب نمره های صفر، ۱، ۲ و ۳ تعلق می گیرد. نمره هر آزمودنی در هریک از مقیاس ها به صورت جداگانه محاسبه می شود و با محاسبه مجموع نمره های ۴ مقیاس، نمره کلی به دست می آید. دامنه نمره ها در کل مقیاس بین صفر تا ۸۴ در نوسان است. نمره های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می دهد. پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی، در تمام ترجمه های فرهنگ های مختلف تایید شده است. برای مثال گلدبرگ اعتبار تنصیفی برای این پرسش نامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود، ۰/۹۵ گزارش کرد. چنان پس از اجرای پرسش نامه روی ۷۲ نفر از دانشجویان در هنگ کنگ ثبات درونی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کرد (۲۲). همچنین هومن در هنجاریابی پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی، هماهنگی درونی این پرسش نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس های فرعی نشانه های جسمی، نشانه های اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه های افسردگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش کرده و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ برآورد کرده است. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسش نامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر نیز برای محاسبه پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا: شیوه اجرا به این ترتیب بود که پس از غربال تمامی مادران دعوت شده از بین آن ها ۳۰ مادر برای

بهبود تمرکز، احساس افزایش یافته ای از شادی و بهزیستی و کاهش رفتارهای اعتیاد آور می شود (۲۰). بنابراین نتایج این پژوهش می تواند در صورت اجرای موفقیت آمیز و همکاری مسئولان مربوطه، به دفعات برای این مادران مورد استفاده قرار گیرد و آموزش های والدین برای گروه های مختلف مادران تکرار شود تا بتواند به اهدافی از جمله ارتقا و افزایش سلامت عمومی مادران و بهبود کیفیت ارتباط مادران و کودکان کم توان ذهنی دست یابد. از آن جایی که در زمینه اثربخشی روش های مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتباط با سلامت عمومی مادران، به ویژه مادران کودکان کم توان ذهنی، پژوهش های اندکی انجام شده است و با توجه به روند روبه رشد روش های یاد شده در درمان اختلال های گوناگون، پژوهش حاضر نیز با همین هدف انجام شده است تا اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی را بررسی کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: طرح آزمایشی مورد استفاده از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری عبارت از مادران کودکان کم توان ذهنی، مقطع ابتدایی آموزش و پرورش شهر اصفهان بود که به طور تصادفی خوشه ای از بین تمامی مدارس استثنایی کودکان کم توان ذهنی تعداد ۲ مدرسه و تعداد ۳۰ نفر از مادران با میانگین سنی ۳۶ سال و در ۳ ماه از طریق روش غربالگری (نمره سلامت عمومی) و براساس روش معیارهای ورود و خروج به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن دست کم یک کودک کم توان ذهنی در مقطع ابتدایی (۱۸-۶ ساله) با توجه به پرونده آن ها و ابتلا نبودن به بیماری روانی با توجه به مصاحبه بالینی توسط روان شناس بالینی و ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی بود. رضایت نداشتن برای ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی، معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

نمونه پژوهش انتخاب شدند و ۱۵ نفر به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه (فهرست انتظار) قرار گرفتند. یک هفته قبل از اجرای پژوهش، پیش‌آزمون به صورت همزمان در گروه آزمایش و گواه اجرا شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در فهرست انتظار درمان قرار گرفتند. در پایان جلسه‌های آموزشی نیز پس‌آزمون روی هر ۲ گروه آزمایش و گواه

اجرا شد و دوباره به منظور پیگیری یافته‌های پژوهش ۳ ماه بعد نیز آزمون سلامت عمومی روی هر ۲ گروه اجرا شد. بسته آموزشی به کار گرفته شده در این پژوهش، آموزش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط باون، چاولا و مارلات و ترکیبی از فنون رفتاری آرامش‌آموزی و مراقبه است (۲۴) که با توجه به ویژگی‌های مراجعان سازگار شد و قبل از اجرا روی یک گروه ۱۰ نفره انجام و نواقص آن برطرف شد و اعتبار محتوای آن توسط ۵ متخصص روان‌شناسی با مدرک دکترا تایید شد. جلسات گروهی به شرح زیر بود.

جدول ۱. آموزش ذهن آگاهی باون، چاولا و مارلات

جلسات	محتوا
اول	۱- معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه به علاوه بررسی ارتباط بین تنیدگی با سلامتی ۲- تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها ۳- تکلیف خانگی حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها.
دوم	۱- انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه ۲- بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن ۳- بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات با این مضمون که این رویدادها نیستند که به‌طور مستقیم باعث حالات هیجانی در ما می‌شوند، بلکه افکار ما در این زمینه نقش تعیین‌کننده دارند ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته ۵- تکلیف ذهن آگاهی یک‌رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته، اسکن بدن و ذهن آگاهی یک‌فعالیت روزمره.
سوم	۱- تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. ۲- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی ۳- بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، این مدیتیشن ۳ مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن ۴- انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهی ۵- تکلیف مدیتیشن، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک‌فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن ۴ بعدی نیز نامیده می‌شود) ۲- بحث در مورد پاسخ‌های تنیدگی و واکنش یک‌فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین ۳- تمرین قدم‌زدن ذهن آگاهی و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک‌رویداد ناخوشایند).
پنجم	۱- انجام مدیتیشن نشسته ۲- ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاهی بدن ۳- تکلیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک‌رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک‌فعالیت جدید روزمره.
ششم	۱- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای ۲- بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های ۲ تا ۳- ارایه تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار اکثراً واقعی نیستند ۴- پذیرش احساسات به‌عنوان احساس ۵- تکلیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد، به‌علاوه انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک‌رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک‌فعالیت جدید روزمره.
هفتم	۱- مدیتیشن ۴ بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هوشیاری وارد می‌شود ۲- مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست ۳- ارایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد ۴- آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری ۵- تکلیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین ۳ دقیقه‌ای در یک‌رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک‌فعالیت روزمره جدید
هشتم	۱- اسکن ۲- مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید ۳- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای ۴- بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن ۵- مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته؟ و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند.

به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در بخش استنباطی، از تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، در

تمامی خرده‌مقیاس‌های آزمون در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های سلامت عمومی مادران در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته‌است ولی در مورد گروه گواه چنین تغییری مشاهده نمی‌شود. معناداری تفاوت گروه‌ها با توجه به نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به وسیله آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. جدول شماره ۳ نشان‌دهنده نتایج تحلیل واریانس اثرات اصلی و تعامل بین آن‌هاست.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سلامت عمومی در ۲ گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نشانه‌های جسمی	آزمایش	۷/۱۱±۱/۶۴	۵±۱/۶۷	۵/۱۰±۱/۶۹
	گواه	۷/۳۲±۱/۶۴	۷/۴۰±۱/۴۵	۷/۴۲±۱/۴۵
اضطراب	آزمایش	۸/۱۰±۱/۱۸	۴/۳۵±۱/۲۷	۴/۵۱±۱/۶۱
	گواه	۸/۲۰±۱/۰۹	۸±۱/۱۴	۸/۲۸±۱/۱۴
کارکرد اجتماعی	آزمایش	۷/۱۶±۱/۴۳	۵/۲۷±۱/۳۷	۵/۳۵±۱/۳۰
	گواه	۷/۰۳±۱/۲۵	۷/۰۴±۰/۳۹	۷/۱۷±۰/۵۲
افسردگی	آزمایش	۷/۸۸±۱/۲۸	۴/۷۹±۱/۴۸	۵/۰۶±۱/۵۱
	گواه	۸/۱۹±۱/۲۵	۸±۱	۸/۰۹±۱
سلامت عمومی (کل)	آزمایش	۳۰/۲۶±۳/۹۲	۱۹/۴۱±۴/۴۵	۲۰/۰۲±۴/۳۴
	گواه	۳۰/۷۵±۳/۰۷	۲۵±۳/۱۲	۳۰/۹۶±۳/۱۵

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌کنید تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی سلامت عمومی کلی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این در حالی است که تعامل اثر گروه و زمان نیز معنادار است ($F=480/94$ و $df=2$). میزان تاثیر عمل آزمایشی در رابطه با تعامل گروه و زمان ۰/۹۴ و توان آماری آن ۱ است که حکایت از کفایت حجم نمونه‌گیری دارد. با توجه به یافته‌های فوق فرضیه اصلی پژوهش تایید می‌شود.

فرضیه فرعی اول: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه‌های جسمی مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی می‌شود. نتایج جدول شماره ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی، همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=45/29$ و $df=2$) که میزان تاثیر تعاملی آن ۰/۶۲ است. در نتیجه فرضیه فرعی اول نیز تایید می‌شود.

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان و گروه بر سلامت عمومی مادران

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر	توان آماری
نشانه‌های جسمی	گروه	۶۰/۶۸	۱	۶۰/۶۸	۸/۸۳*	۰/۲۴	۰/۸۱
	خطا	۱۹۲/۳۸	۲۸	۶/۸۱			
	زمان	۱۹/۵۸	۲	۹/۷۹	۳۸/۵۸*	۰/۵۸	۱
تعامل گروه با زمان	خطا	۱۴/۲۱	۵۶	۰/۲۵۴			
	تعامل گروه با زمان	۲۲/۹۰	۲	۱۱/۹۴	۴۵/۲۹*	۰/۶۲	۱
	گروه	۱۴۶/۹۴	۱	۱۴۶/۹۴	۲۹/۰۲*	۰/۵۱	۰/۹۹۹
اضطراب	خطا	۱۴۱/۷۵	۲۸	۵/۰۶			
	زمان	۶۷/۱۹	۲	۳۳/۵۹	۱۹۷/۱۷*	۰/۸۸	۱
	خطا	۹/۵۲	۵۶	۰/۱۷۰			
تعامل گروه با زمان	تعامل گروه با زمان	۶۷/۸۴	۲	۳۳۴/۹۱	۱۹۹/۳۷*	۰/۸۸	۱
	گروه	۳۰/۰۴	۱	۳۰/۰۴	۹/۷۴	۰/۲۶	۰/۸۵۴
	خطا	۸۶/۴۰	۲۸	۳/۰۸			
کارکرد اجتماعی	زمان	۱۶/۱۱	۲	۸/۰۵	۱۲۸/۱۲*	۰/۸۲	۱
	خطا	۳/۵۲	۵۶	۰/۰۶			
	تعامل گروه با زمان	۱۸/۶۹	۲	۹/۳۵	۱۴۸/۶۷*	۰/۸۴	۱
افسردگی	گروه	۱۰۷/۳۶	۱	۱۰۷/۳۶	۲۶۷/۳۵*	۰/۴۸	۰/۹۹۹
	خطا	۱۴۴۳/۰۷	۲۸	۴/۰۷			
	زمان	۴۸/۶۲	۲	۲۴/۳۱	۱۶۷/۲۹*	۰/۸۶	۱
تعامل گروه با زمان	خطا	۷/۷۲	۵۶	۰/۱۳۸			
	تعامل گروه با زمان	۳۹/۷۰	۲	۱۹/۸۹	۱۴۴/۲۷*	۰/۸۴	۱
	گروه	۱۰۵۴/۰۴	۱	۱۰۵۴/۰۴	۴۹/۷۷*	۰/۶۴	۱
سلامت عمومی (کل)	خطا	۵۹۳/۰۲	۲۸	۲۱/۱۸			
	زمان	۵۵۷/۲۰	۲	۲۷۸/۶۰	۴۸۰/۹۱*	۰/۹۴	۱
	خطا	۳۲/۴۴	۵۶	۰/۵۷۹			
تعامل گروه با زمان	تعامل گروه با زمان	۵۵۹/۵۶	۲	۲۷۹/۷۸	۴۸۲/۹۴*	۰/۹۴	۱

نتایج جدول شماره ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و برای عامل بین گروهی معنادار نیست. این نتایج به معنی آن است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است، همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=1489/67$ و $df=2$) که میزان تاثیر آن $0/84$ است. در نتیجه فرضیه فرعی سوم نیز تایید می شود. فرضیه فرعی چهارم: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان افسردگی مادران کودکان با کم توانی ذهنی می شود.

فرضیه فرعی دوم: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با کم توانی ذهنی می شود. نتایج جدول شماره ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و بین گروهی، همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=199/37$ و $df=2$) که میزان تاثیر آن $0/88$ است. در نتیجه فرضیه فرعی دوم نیز تایید می شود. فرضیه فرعی سوم: آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش کارکرد اجتماعی مادران کودکان با کم توانی ذهنی می شود.

نتایج جدول شماره ۳ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و بین گروهی، همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=144/27$ و $df=2$) که میزان تاثیر آن $0/84$ است. در نتیجه فرضیه فرعی چهارم نیز تایید می شود. با استفاده از آزمون بونفرنی در مقیاس نمره های سلامت عمومی، نتایج نشان می دهد که در مقایسه پیش آزمون، پس آزمون در ۲ گروه آزمایش و گواه تغییرات معنادار است، یعنی کاهش میانگین نمره های سلامت عمومی در گروه آزمایش (پیش آزمون $=30/26$ افزایش سطح سلامت عمومی آنهاست.

و پس آزمون $=19/41$) معنادار است و در مقابل تغییر نمره ها در گروه گواه (پیش آزمون $=30/75$ و پس آزمون $=25$) معنادار نیست و می توان این کاهش معنادار را به متغیر مستقل (آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی) مربوط دانست. معنادار نبودن تفاوت های مشاهده شده در گروه پیگیری (آزمایش $=20/02$ و گواه $=30/96$) بدین معناست که کاهش نمره های سلامت عمومی در گروه آزمایش در طول زمان باقی مانده است که کاهش نمره های سلامت عمومی بیانگر افزایش سطح سلامت عمومی آنهاست.

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرنی در ۲ گروه آزمایش و گواه در ۳ زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	دوره	پس آزمون	اختلاف میانگین های هر دوره
سلامت عمومی	گروه آزمایش	پیش آزمون	$10/85^*$	$10/24^*$
		پس آزمون	-	$0/61$
	گروه گواه	پیش آزمون	$5/75$	$-0/21$
		پس آزمون	-	$-5/96$
نشانه های جسمی	گروه آزمایش	پیش آزمون	$5/11^*$	$2/01^*$
		پس آزمون	-	$-0/1$
	گروه گواه	پیش آزمون	$-0/08$	$-0/1$
		پس آزمون	-	$-0/2$
اضطراب	گروه آزمایش	پیش آزمون	$3/75^*$	$3/59^*$
		پس آزمون	-	$-0/16$
	گروه گواه	پیش آزمون	$0/2$	$-0/80$
		پس آزمون	-	$-0/28$
کارکرد اجتماعی	گروه آزمایش	پیش آزمون	$1/89^*$	$1/81^*$
		پس آزمون	-	$0/08$
	گروه گواه	پیش آزمون	$-0/01$	$-0/14$
		پس آزمون	-	$-0/13$
افسردگی	گروه آزمایش	پیش آزمون	$3/09^*$	$2/82^*$
		پس آزمون	-	$-0/27$
	گروه گواه	پیش آزمون	$0/19$	$0/1$
		پس آزمون	-	$-0/09$

بحث و نتیجه گیری

یکی از ناتوانی های عمده کودکان که تنیدگی زیادی برای والدین ایجاد می کند، کم توانی ذهنی است. والدین این کودکان، با مسایل بسیاری همچون مشکل پذیرش ناتوانی فرزند، خستگی ناشی از پرستاری و مراقبت، مسایل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی، مسایل پزشکی، آموزشی و توان بخشی مواجه هستند (۲۵). به علت استمرار فشار روانی وارده بر این مادران، افزون بر سلامت جسمی و روانی خود آنها، سلامت و آسایش همسر، فرزندان سالم و نیز فرزند با کم توانی ذهنی شان و در سطحی وسیع تر، سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متاثر خواهد کرد (۲۶). در چنین شرایطی، لزوم مداخله های روان شناختی احساس می شود. بنابراین هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی بود. نتایج تحلیل داده ها با روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری های مکرر، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در افزایش سلامت عمومی گروه مادران کم توان ذهنی نسبت به گروه گواه موثر بوده است. این یافته هماهنگ با یافته های بورپی و لانگر (۲۷) است. نتایج پژوهش دینی ترکی، بهرامی، داورمنش و بیگلریان (۲۸) نشان داد که والدین کودکان کم توان ذهنی از تنیدگی و فشار بسیاری در زندگی رنج می برند و هر چقدر میزان تنیدگی در این گونه خانواده ها زیاد می شود، سطح کیفیت زندگی آنها کاهش می یابد. آنها همچنین در یافته های خود به این نتیجه رسیدند که نگرانی های عمده والدین کودکان کم توان ذهنی در زمینه سلامت سایر اعضای خانواده تاثیر می گذارد. همچنین در این پژوهش مشخص شد که والدین کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر فشار روانی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می کنند، زیرا نگران بارداری یک کودک کم توان ذهنی دیگر هستند، بنابراین برگزاری جلسات آموزش و مشاوره می تواند در ارتقای سلامت عمومی آنها موثر باشد. آموزش ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش های جدیدی محسوب می شود که در زمینه های مختلف

در زیر مقیاس نشانه های جسمی کاهش میانگین نمره ها در گروه آزمایش (پیش آزمون = $7/11$ و پس آزمون = 5) در مقابل تغییر گروه گواه (پیش آزمون = $7/32$ و پس آزمون = $7/40$) معنادار است که ناشی از تاثیر آموزش به مادران است. مقایسه نمره های پیگیری (آزمایش = $5/10$ و گواه = $7/42$) و پس آزمون نشان داد که این تغییرات معنادار نیستند و این به آن معناست که تغییرات گروه آزمایش در طول زمان تداوم داشته است.

در مورد اضطراب نیز توجه به تغییرات گروه آزمایش (پیش آزمون = $8/10$ و پس آزمون = $4/35$) در مقابل تغییرات گروه گواه (پیش آزمون = $8/20$ و پس آزمون = 8) نشان دهنده این موضوع است که کاهش نمره های اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه ناشی از اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران است. نبود تفاوت معنادار در مقایسه نمره های پیگیری (آزمایش = $4/51$ و گواه = $8/28$) در مقابل پس آزمون نشان دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.

در زیر مقیاس های کارکرد اجتماعی کاهش میانگین نمره ها در گروه آزمایش (پیش آزمون = $7/16$ و پس آزمون = $5/27$) در مقابل تغییر گروه گواه (پیش آزمون = $7/03$ و پس آزمون = $7/04$) معنادار است که ناشی از تاثیر آموزش به مادران است. مقایسه نمره های پیگیری (آزمایش = $5/35$ و گواه = $7/17$) و پس آزمون نشان داد که این تغییرات معنادار نیستند و این به آن معناست که تغییرات گروه آزمایش در طول زمان تداوم داشته است. سرانجام در مورد افسردگی نیز توجه به تغییرات گروه آزمایش (پیش آزمون = $7/88$ و پس آزمون = $4/79$) در مقابل تغییرات گروه گواه (پیش آزمون = $8/19$ و پس آزمون = 8) نشان دهنده این موضوع است که کاهش نمره های اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه ناشی از اثربخشی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به مادران است. نبود تفاوت معنادار در مقایسه نمره های پیگیری (آزمایش = $5/06$ و گواه = $8/09$) در مقابل پس آزمون نشان دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.

از بدن، تنفس صدا و افکار و پذیرش افکار منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه می‌شود و فرد پی به این نکته می‌برد که افکارش بیش از این که بازتابی از واقعیت باشد، افکار نادرستی هستند که منجر به اضطراب می‌شوند. همان طور که بیر (۹) اشاره کرد تمرینات آموزش ذهن آگاهی به علت ویژگی مواجهه افکار و احساسات اضطراب‌زا و گواه اجتناب به عنوان عامل افزایش اضطراب به شرکت کنندگان، فرصت مشاهده افکار و هیجانات و حس‌های بدن را در غیاب پیامدهای مصیبت بار می‌دهد. آرچ و کراسکی نیز معتقدند که مکانیسم‌های آموزش ذهن آگاهی با بهره‌مندی از تنفس متمرکز، بر تنظیم هیجان موثر است (۳۴). بنابراین این فنون می‌تواند تنیدگی این مادران را کاهش داده و منجر به افزایش سلامت عمومی آنها شود. در ارتباط با کاهش نشانه‌های جسمی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه باید به این نکته اشاره کرد که بسیاری از مشکلات جسمی مادران کودکان دارای اختلال، ناشی از تنیدگی والدین است. می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و آموزش آن باعث نظم بخشی به احساسات روانی و جسمی می‌شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند و از این نظر باعث ارتقای سلامت عمومی مادران می‌شود (۳۱). در تبیین چگونگی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مادران در کاهش افسردگی و اضطراب آنها، لازم است این واقعیت را در نظر داشته باشیم که در این شیوه درمانی، افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۱۳). ذهن آگاهی می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا و به کاهش افسردگی کمک می‌کند (۳۵ و ۳۶). از طرف دیگر، حضور در کارگاه آموزشی ذهن آگاهی، باعث ایجاد همدلی جمعی در مادران شده و به آنها کمک می‌کند تا متوجه شوند این مشکل مختص آنها نیست؛

درمانی کارایی خود را به اثبات رسانده است. نتایج پژوهش‌های گوناگون حاکی از مفید بودن و اثربخشی این روش در موقعیت‌های بالینی به ویژه روان‌پزشکی است (۲۹). پژوهش‌های جدید نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی در کاهش پریشانی روان‌شناختی (جسمی‌سازی، اضطراب، افسردگی و پریشانی کلی) نقش دارد (۳۰). همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از اثرپذیری آموزش ذهن آگاهی، از طریق سرزندگی و واضح دیدن تجربیات زندگی، می‌تواند تغییرات مثبتی در سلامت عمومی ایجاد کند (۸). در تبیین یافته‌های این پژوهش در ارتقای سلامت عمومی کلی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (۳۱)، بنابراین می‌تواند در تعدیل نمره‌های سلامت عمومی کلی مادران کودکان کم‌توان ذهنی نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که آموزش ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌کند و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود، قابل توجه است (۳۲). در این رویکرد به مادران آموزش داده می‌شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شود، قبل از پاسخ به آنها اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهن‌شان باقی بماند. افزون بر این، این رویکرد الگویی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم و فونونی برای پردازش اطلاعات مهمی می‌کند که چرخه‌های خلق-فکر را تداوم می‌بخشد (۳۳). همچنین در این شیوه، آنها می‌آموزند با فونونی که مربوط به تجربه کردن لحظه‌ای حالات و متاثر از ترس و نگرانی آینده است، رهاسوند. افزون بر این، این نگرش در آنها به وجود می‌آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند (۸). آموزش ذهن آگاهی به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع و آگاهی

و هزینه کمتری را می‌طلبد و حتی گاهی باید تغییر را از آن‌ها شروع کرد، به ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکننده باشد یا خود مادران از اختلال روان‌شناختی رنج ببرند. از آن جا که آموزش مادران به بهبود رفتار آن‌ها منجر می‌شود و به دنبال آن رفتار کودک نیز تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان کم‌توان ذهنی کاهش می‌یابد، این آموزش‌ها به ارتقای سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و بهبود ارتباط آن‌ها با کودک‌شان و سایر افراد خانواده می‌انجامد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، حجم نمونه کم و لحاظ نکردن انواع ناتوانی‌های ذهنی بود. پیشنهاد می‌شود، در بررسی‌های بعدی روی نمونه‌های بزرگتر اجرا شود و از آن جایی که در این پژوهش فقط از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود اثر این شیوه درمانی در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شود.

در نتیجه احساس تنهایی کاذب در آن‌ها کمتری می‌شود. در زمینه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش عملکرد اجتماعی مادران کودکان کم‌توان ذهنی باید به این نکته اشاره کرد که توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودشان و چه کودکان‌شان اصلاح کند و احساس گناه به خاطر مقصر بودن و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. این امر، این نتیجه را در بر خواهد داشت که با کاهش احساسات منفی در والدین و متعاقب آن ایجاد روابط بهتر با کودک، عملکرد رفتاری این کودکان و والدین آن‌ها را افزایش می‌دهد (۳۷).

سرانجام می‌توان بیان کرد که آموزش به مادران، به آن‌ها و در نتیجه کودکان‌شان کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آید. چنانچه پیش‌تر نیز اشاره شد، در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت

منابع

1. Luckasson, R. , & Schalock, R. L. Special Issue. What's at stake in the lives of people with Intellectual Disability? Part II: Recommendations for naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2013; 51(2): 94-101.
2. Jamali T. Compare the quality life of parents of educable mentally retarded boy and girl students and parents of children 10-18 years in Tehran [thesis for M. A. in Education of exceptional children]. [Tehran, Iran] University of social welfare and rehabilitation sciences;2006 ,[Persian]
3. Roach, M. A. ,& Orsmand, G . IMothers and fathers of children with Down syndrome. Parental stress and involvement in child care, *Am I ment*. (1999) ;104(5):422-436.
4. Dogan, M. Comparison of Parents of Children with and without Hearing Loss in Terms of Stress, Depression and Trait Anxiety. *International Journal of Early Childhood Special Education*. (2010); 2(3): 247-252.
5. Johnstone, C. , Hessel, D. , Blasey, C. ,Eliezs. Erba,H. Factory associates with parenting stress in mothers of children with fragile X syndrome. *Journal Behavior peditrator*. (2003);24(4):267-275.
6. Kersh, T. T. ,Hedvat, P. , &Hauser cram ,M. E. Warfield. The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities . *Journal intellect Disable Research*. (2006); 50(12):883-893.

7. Kabat – Zinn, I. An out patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*. (1982);4, 33-47.
8. Kabat-Zinn, J. Mindfulness Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical psychology: Science and practice*. (2003); 10(2):144-56.
9. Baer, R. A. Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier. (2006).
10. Eberth, J. , & Sedlmeier, P. The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*. (2012);3(3):174-189.
11. McCarney, R. W. , Schulz, J. , & Grey, A. R. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. (2012); 14(3):279-99.
12. Zeidan. F, Johnson ,S. K, Diamond ,B. J, David, Z. , &Goolkasian ,P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognition*. (2010);19, 597-605.
13. Bohlmeijer, E. , Prenger, R. , Taal, E. , &Cuijpers ,PT. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis, *Journal Psychosomatic Research*. (2010);68, 539-544.
14. Garland, E,L. , Gaylord, S,A. , Boettiger, C,A. , & Howard, M,O. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of psychoactive drugs*. (2010);42,177-192.
15. Flugel Colle . K, Vincent Acha. S. S, Loehrer. L. L, Bauer, B. A, Wahner-Reodler . D. L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program Complement. *The Clinical Practic*. (2010);16,36-40.
16. Shapiro, S. L, Bootzin ,R. R, Figueredo, A. J, Lopez, A. M. , &Schwartz, G. E. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study, *Journal Psychosomatic Research*. (2003) ; 19(54): 85-91.
17. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Edution today*. (2015);35(1): 86-90.
18. Leigh, J. , Bowen, S. , & Marlatt, G. A. Spirituality, mindfulness and substance abuse, *Addictive behaviors*. (2005);30(7):1335-41.
19. Tanay, G. , Lotan, G. , & Bernstein, A. Salutory Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training, A Pilot Preventive Intervention, *Behavior Therapy*. (2012);43(3): 492–505.
20. Mental Health Foundation An Overview of Mindfulness-Based Interventions and their Evidence Base. Auckland, Mental Health Foundation. (2011),PP:305-321.
21. Nasresfahani M. A Comparison of the effectiveness of social skill training and parents training on aggression boys with conduct disorder. [thesis for M. A. in psychology]. [Esfahan , Iran] department of Esfahan psychology. 2009,pp:76-83,[Persian]
22. Chan, D. W. The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychological Medicine*. (1985); 15, 147-55.

23. Mohammadkhani P, Khanipoor H. Cognitive therapy based mindfulness training for depression. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences pub, 2005, pp: 145-150. [Persian]
24. Bowen, S. , Chawala, N. , & Marlatt, G. A. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors, A clinician's guide, Guilford Press. (2011), PP: 137-145.
25. Witter, D. D. Parent Reaction to Having a Child with Disabilities. U. S. A. , Education Publisher. (2003), PP: 225-245.
26. Seltzer, M. M. , Greenberg, J. S. , Floyd, F. J., Pettee, Y. , Hong, J. Life course impacts of parenting a child with a disability, American Journal of Mental Retardation. (2001); 106, 265- 86.
27. Burpee, L. C. , & Langer, E. J. Mindfulness and Marital Satisfaction. Journal of Adult Development. (2005); 12(1): 43-51.
28. Dinitorki N, Bahrami H, Davarmanesh A, Biglarian A. The relationship between stress and marital satisfaction of parents with mental retarded children. Journal of Research Rehabilitation. 2007; (4). 41-46.
29. O'Connell, O. Introducing Mindfulness as an Adjunct Treatment in an Established Residential Drug and Alcohol Facility. The Humanistic Psychologist. (2009); 37(2): 178-91.
30. Masuda, A. , & Tully, E. C. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample, Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. (2012); 17 (1): 66-71.
31. Brown, K. W. , Ryan, R. M. , & Creswell, J. D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychological Inquiry. (2007); 18, 211-237.
32. Junkin SE . Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women Dissertation. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan. (2007), PP: 42-46.
33. Human A, Standardization and normalization of health questionnaire for undergraduate students at the university in Tehran city. [thesis for M. A. in psychology] [Tehran, Iran] Educational Research Institute, Kharazmi university: 1996, pp: 85-90. [Persian]
34. Arch, J. J. , & Craske, M. G. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. Behavior research and therapy. (2005); 44, 1849-1858.
35. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychology . (2000); 55(1): 68-78.
36. Hazlett-Stevens, H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: Case report and clinical considerations. Journal of Nervous and Mental Disease. (2012); 4(11): 999-1003.
37. Williams, R. , & Hunt, K. Psychological distress among British south Asians: The contribution of stressful situations and sub-cultural differences in the West of Scotland Twenty-07 Study, Psychological Medicine. (1997); 27(50): 1173-1181.