

اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی مادران کودکان با سندرم داون

سعیده برزگر^۱، شهربانو عالی^۲، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف^۳

تاریخ وصول: ۹۸/۰۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۰

چکیده

مادران کودکان مبتلا به سندرم داون، تجارب فرزندپروری دشواری دارند و در معرض سطوح بالای استرس و پیامدهای روانی و جسمانی آن قرار می‌گیرند. برنامه‌های آموزشی ویژه این مادران می‌تواند به آن‌ها در مواجهه بهتر با دشواری‌ها کمک نماید. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی مادران کودکان با سندرم داون بود. پژوهش حاضر با رویکرد کمی انجام شد و روش آن نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام مادران دانش‌آموزان با سندرم داون مدارس استثنایی شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۳۰ نفر از مادران این کودکان که دارای نمره بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه سلامت عمومی بودند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آموزش ذهن-آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. مادران در گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه آموزش ذهن-آگاهی را دریافت نموده و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش مقیاس‌های رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی، افسردگی - شادکامی و علائم جسمانی بودند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس موجب افزایش معنادار بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به سندرم داون می‌شود ($p < 0.05$). بنابراین این برنامه برای مادران کودکان سندرم داون برنامه مداخله‌ای مناسبی بوده و می‌تواند در مراکز درمانی و مدارس ویژه این کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
aali@um.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی جسمانی، استرس، ذهن آگاهی، سندرم داون.

مقدمه

سندرم داون^۱ اختلال ژنتیکی است که با ناتوانی تحولی و بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و جسمانی شناخته می‌شود (وان‌گامرن- استروم، فکس، بیتندیک، موهانگو و بریول^۲، ۲۰۱۱). پرورش فرزند مبتلا به این سندرم همواره با افزایش سطوح استرس والدین، کاهش بهزیستی روان‌شناختی^۳ آن‌ها و نیز کاهش مقاومت والدین در برابر ابتلا به بیماری‌های جسمانی همراه بوده است (سنس دینک، کاپ، تاس، ساری و سنل^۴، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند مادران این کودکان در مقایسه با مادران کودکان عادی از مشکلات روان‌شناختی و جسمانی بیشتر رنج می‌برند (هداو، آنرن و ویکبلاد^۵، ۲۰۰۰).

با این حال یافته‌های کان بولات، دمیرگازبال و کاپلو^۶ (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که اگرچه مادران کودکان سندرم داون در هنگام تولد فرزندشان احساس غمگینی بسیار و هیجانات آشفته را گزارش می‌نمایند (سنس دینک، کاپ، تاس، ساری و سنل^۷، ۲۰۱۹)، اما بعد از یک دوره آموزش راهکارهای مبتنی بر پذیرش و شیوه‌های کنار آمدن با مشکلات، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند و زندگی را با وجود دشواری‌های آن به خوبی تحمل می‌کنند. این در حالی است که مداخلات روان‌شناختی بسیار کمی برای حمایت از بهزیستی روان‌شناختی این مادران وجود دارد (جونسا، گلدب، توتسیکا، هاستینگ و جونسب^۸، ۲۰۱۷) و اغلب مداخلات نیز بر آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری تأکید دارند (کادویک، مانکیلاویک، راسیتر، استامبلس و تیلر^۹، ۲۰۰۱). تکنیک‌های شناختی- رفتاری با وجود اثربخشی که تاکنون بر نشانه‌های بالینی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی و شکایات جسمانی مادران کودکان با سندرم داون داشته‌اند (پورمحمدرضا

1. Down syndrome (DS)
2. Van Gameren- Oosterom, Fekkes, Buitendijk, Mohangoo & Bruil
3. Psychological well-being
4. Senses Dinc, Cop, Tos, Sari & Senel
5. Hedov, Anneren & Wikblad
6. Canbulat, Demirgoz Bal & Coplu
7. Dinc, Cop, Tos, Sari, & Senel
8. Jonesa, Goldb, Totsika, Hastingsc & Jonesb
9. Chadwick, Momcilovic, Rossiter, Stumbles & Taylor

تجربشی، آزاد فلاح، گاراگانی و بخشی^۱، ۲۰۱۵)، اما ممکن است همیشه مناسب نباشند زیرا مادران این کودکان در معرض انواعی از عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند که فراتر از شناخت‌های ناسازگار است و مستقیم و غیر مستقیم به فرزندشان مربوط است. تجربه افکار و احساسات ناخوشایند نظیر احساس گناه، تقصیر، بی‌ارزشی و ناکامی ناشی از ناتوانی‌های فرزند مبتلا به سندرم داون می‌تواند در فرایند پذیرش خود، علاقه‌مندی به ارتباط با دیگران و رشد شخصی مادران این کودکان اختلال ایجاد نماید و سبب گوشه‌گیری این مادران و به خطر افتادن سلامت روان‌شناختی و جسمانی آن‌ها شود. بنابراین بنا به گفته بلک لیج و هایز^۲ (۲۰۰۶) پریشانی‌های روانی و افکاری که این مادران تجربه می‌کنند لزوماً اغراق‌آمیز یا نادرست نیست و صرفاً با روش‌های شناختی نمی‌توان با آن‌ها مقابله نموده و آن‌ها را از بین برد. از این رو برنامه‌های آموزشی جدید در این حیطه به جای تلاش در جهت تغییر افکار و احساسات بر تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش تأکید می‌نمایند (دو، آن، دینگ، زانگ و زو^۳، ۲۰۱۹؛ لین پن، لینگ گائو، یانگ لی، جن جو و یولین^۴، ۲۰۱۸؛ عزیزی، یوسفی افراشته، مروتی و الهی، ۱۳۹۷). از جمله این برنامه‌ها، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ است.

آموزش ذهن آگاهی از طریق فنون مراقبه‌ای ایجاد می‌شود که به افراد کمک می‌کند انعطاف‌پذیری بیشتری را تجربه نمایند (جونسا و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی زمانی ظهور می‌یابد که به تجربه در زمان حال و به شیوه‌ای غیرقضاوتی و خاص (توجه ارادی به جنبه‌های خاصی از تجربه) توجه می‌نماییم (کران^۶، ۲۰۰۹). تمرین‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به جای پاسخ‌های ناسازگارانه، مواجهه‌ای سازگارانانه با دشواری‌های زندگی داشته باشند (راج و کومار^۷، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی بسیاری نشان می‌دهند افزایش ذهن آگاهی با افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری شناختی، بهزیستی روان‌شناختی مادران را تعدیل می‌نماید (جونز، هاتسینگ، توتسیکا، کین و رول^۸، ۲۰۱۴). در این راستا پژوهش سینگ، لانسینی و

1. Pourmohamadreza-Tajrishi, Azadfallah, Garakani & Bakhshi
2. Blackledge & Hayes
3. Du, An, Ding, Zhang & Xu
4. Lin Pan, Ling Gau, Ying Lee, Jen Jou & Yu Liu
5. mindfulness
6. Crane
7. Raj & Kumar
8. Jones, Hastings, Totsika, Kean & Rhule

وینتون^۱ (۲۰۰۷) اثربخشی این درمان را در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی تأیید نموده است. مطالعه بن، اکیوا، آرل و روزر^۲ (۲۰۱۲) نشان داد که آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش پیامدهای منفی داشتن فرزند با ناتوانی‌های یادگیری شد. همچنین در پژوهش فریول و هریس^۳ (۲۰۱۳) افسردگی و استرس والدگری مادران پس از درمان ذهن آگاهی به نحو معناداری کاهش و رضایت آن‌ها از زندگی افزایش یافت. در مطالعه دیکنز، فیشر، تیلر، لامبرت و میودراگ^۴ (۲۰۱۴) نیز مداخله ذهن آگاهی، به نحو مطلوبی اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب مادران را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را افزایش داد. در پژوهش‌های داخلی نیز شیخ‌الاسلامی و سید اسماعیلی قمی (۱۳۹۸) فنون ذهن آگاهی را به مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص آموزش دادند و نتایج مطالعه آن‌ها کاهش معنادار اضطراب، استرس و افسردگی این مادران را پس از ۸ جلسه مداخله به همراه داشت. همچنین در پژوهش سید اسماعیلی قمی، کاظمی و پزشکی (۱۳۹۴) به کارگیری فنون برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش معنادار فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شد.

بنابراین می‌توان گفت پژوهش‌های اخیر در خصوص درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نتایج امیدبخشی را در زمینه اثربخشی این درمان داشته است. این درحالی است که تاکنون در ایران سودمندی این روش برای کمک به مادران کودکان سندرم داون بر اساس جستجوی پژوهشگران مطالعه حاضر، بررسی نشده است. با توجه به اهمیت جایگاه بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون که گاهی تحت تأثیر فشارهای روانی بسیار، ناشی از داشتن فرزند ناتوان، احساس درماندگی می‌کنند و نقش تأثیرگذار آموزش‌های ذهن آگاهی بر ارتقاء مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی و نیز فقدان پژوهش‌های داخلی درخصوص جامعه هدف، مسئله پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا برنامه آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی مادران کودکان با سندرم داون را بهبود ببخشد. یافته‌های این

1. Singh, Lancioni & Winton

2. Benn, Akiva & Arel Roeser

3. Ferraioli & Harris

4. Dykens, Fisher, Taylor, Lambert & Miodrag

پژوهش می‌تواند نقش مهمی در بهبود بهزیستی جسمانی و روانی مادران این کودکان داشته باشد.

روش

پژوهش حاضر با رویکرد کمی و روش نیمه‌آزمایشی و با به‌کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. به منظور انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس کودکان استثنایی شهرستان مشهد ۴ مدرسه انتخاب شد و نسخه ۲۸ سئوالی پرسشنامه سلامت عمومی در اختیار مادران کودکان مبتلا به سندرم داون این مدارس قرار گرفت. سپس از بین مادرانی که در این پرسشنامه نمره بالای ۲۲ کسب نمودند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود پژوهش، شامل: الف) عدم ابتلا به اختلال شدید روانپزشکی، ب) دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال، ج) فرزند مبتلا به سندرم داون با بهره‌های بین ۵۰ تا ۷۰ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: الف) وجود چند معلولیت به صورت همبود، ب) دریافت مداخله روان‌شناختی دیگر به طور همزمان و ج) غیبت بیش از یک جلسه بود. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): در این پژوهش برای سنجش اولیه وضعیت سلامت روان مادران، فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (۱۳۷۹) استفاده شد. این ابزار دارای چهار مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) می‌باشد. هر خرده‌مقیاس هفت سئوال را شامل می‌شود و هر یک از سئوال‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می‌شوند و نمره کل فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. چنانچه افراد در هر یک از مقیاس‌ها نمره بالاتر از ۶ و در مجموع چهار مقیاس، نمره بیشتر از ۲۲ کسب نمایند، بیانگر وجود علائم خاصی از بیماری یا آسیب در افراد مورد مطالعه است (رشیدی، پورنجف، کاظمی و کیخاونی، ۱۳۹۷). همبستگی این پرسشنامه با فهرست ۹۰ علامتی دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) را گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) ۰/۷۸ گزارش کردند.

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg & Hillier

بهزیستی روان‌شناختی: برای ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی از سه مقیاس زیر استفاده شد:

مقیاس عاطفه مثبت - منفی (PANAS): این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون، کلارک و تلگن^۲ ساخته شده است و دارای ۲۰ ماده و دو زیر مقیاس می‌باشد. هر ماده براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از "اصلاً" تا "بسیار زیاد" پاسخ داده می‌شود. بنابراین نمرات هر خرده مقیاس آن در دامنه ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. در مطالعه واتسون، کلارک و تلگن (۱۹۸۸) ضرایب همسانی درونی برای زیرمقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ و پایایی آزمون - بازآزمون برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است. در ایران نیز بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس عاطفه مثبت را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده نموده‌اند. این فهرست از اعتبار سازه‌ای بالایی برخوردار است و با پرسشنامه‌های بک و پریشانی عمومی همبستگی بالایی دارد (به نقل از آریاپوران، ۱۳۹۰).

مقیاس کوتاه افسردگی - شادکامی^۳: این مقیاس توسط جوزف، لینلی، هاروود و مک کالام^۴ (۲۰۰۴) تهیه شده و شامل شش ماده می‌باشد. سئوالات این پرسشنامه براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از "هرگز" تا "گاهی اوقات" پاسخ داده می‌شوند و دامنه نمرات آن از ۶ تا ۲۴ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده افکار، احساسات و رفتارهای مثبت است و نشان‌دهنده شادکامی افراد در مقابل نشانه‌های افسردگی آن‌هاست. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و اعتبار همسانی آن با مقیاس شادکامی آکسفورد برابر ۰/۶۹ می‌باشد (به نقل از نریمانی، آریاپوران، ابولقاسمی و احدی، ۱۳۹۱).

مقیاس رضایت از زندگی: مقیاس رضایت از زندگی دینر، اوشی و لوکاس^۵ (۱۹۸۵) ۵ ماده دارد و هر ماده روی مقیاس هفت درجه‌ای "به شدت راضی" تا "به شدت ناراضی" پاسخ داده می‌شود. در پژوهش‌های دینر و همکاران (۱۹۸۵) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۲ برآورد شده است. در پژوهش بیانی، محمد کوچکی و گودرزی

1. Positive Affect Negative Affect Scale
2. Watson, Clark & Tellegen
3. Short Depression-Happiness Scale
4. Joseph, Linley, Harwood, Lewis & Mc Collam
5. Diener, Oishi & Lucas

(۱۳۸۶) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب پایایی با روش باز آزمایشی نیز ۰/۶۹ بدست آمده است.

مقیاس علائم جسمانی^۱: برای سنجش بهزیستی جسمانی مادران از مقیاس علائم جسمانی هاگیوارا (۱۹۹۲) استفاده شد. این ابزار دارای ۳۱ نشانه جسمانی و چهار خرده مقیاس (پاسخ‌های ماهیچه‌ای، علائم عمومی، پاسخ‌های قلبی - عروقی و پاسخ ایمنی) است. آزمودنی به هر یک از سؤالات مقیاس بر روی مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از هرگز "صفر" تا تقریباً همیشه "۳" پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس ۰ تا ۹۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های این ابزار در پژوهش هاگیوارا (۱۹۹۲) از ۰/۶۶ تا ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ می‌باشد. در پژوهش آریاپوران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۳ بدست آمد.

پس از انتخاب نمونه پژوهش و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، هر دو گروه به پرسشنامه‌های مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی پاسخ دادند. سپس جلسات آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته برای گروه آزمایش برگزار شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. یک هفته پس از اتمام جلسات آموزش هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون دوباره تکمیل نمودند. در پایان تعداد ۶ نفر به دلایلی نظیر عدم حضور منظم در جلسات و یا پاسخگویی ناقص به پرسشنامه‌ها و غیره از نمونه حذف شدند و نتایج ۲۴ نفر باقیمانده تحلیل شد. خلاصه برنامه و محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. جلسات آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس کابات زین (۲۰۰۴)

جلسات	هدف	محتوای آموزشی	روش
جلسه اول	معرفی دوره و آشنایی با ذهن آگاهی	معارفه. برقراری ارتباط. مفهوم سازی مشکل. ارائه توضیحاتی در مورد روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و نقش آن در سلامت و بهزیستی و ارائه توضیحات پیرامون سیستم هدایت خودکار	سخنرانی، بحث گروهی و ارائه
جلسه دوم	آموزش تن آرامی برای	آموزش شیوه تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته شامل ساعد، بازو، ران، شکم، سینه،	بحث گروهی،

1. Physical Symptoms Scale

ایفای نقش و ارائه پسخوراند	شانه‌ها، گردن، لب‌ها و آرواره‌ها، چشمها، پیشانی عضلات پشت ساق پا و ران‌ها.	۱۴ گروه از عضلات	
بحث گروهی، ایفای نقش و ارائه پسخوراند	مرور کوتاهی بر جلسه قبل و آموزش و اجرای تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات با چشمان بسته. این عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و لب‌ها، پیشانی و چشم‌ها است. در پایان نیز تکلیف خانگی تمرین تن آرامی ارائه می‌شود.	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات	جلسه سوم
بحث گروهی، ایفای نقش و ارائه پسخوراند	مرور کوتاهی بر تمرین‌های جلسه قبل و آموزش توجه بر تنفس. آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و تکرار کلمات آرامبخش بدون تفکر درباره چیز دیگر و نیز تماشای تنفس با چشمان بسته. از افراد خواسته می‌شود تا تکنیک دم و بازدم عمیق را قبل از خواب در منزل انجام دهند و در صورت لزوم آن را همراه یکی از افراد خانواده تمرین کنند.	آموزش ذهن آگاهی تنفس	جلسه چهارم
بحث گروهی، ایفای نقش و ارائه پسخوراند	مرور آموزش‌های جلسه قبل و آموزش تکنیک پویش بدن شامل تکنیک توجه به حرکت شکم و قفسه سینه هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت هماهنگی عمومی تمام اعضاء. جستجوی حس شنوایی از طریق گوش دادن به صداهای اطراف، جستجوی حس بویایی و چشایی از طریق بوییدن و چشیدن شیرینی. در پایان این جلسه نیز تکلیف خانگی تمرین ذهن آگاهی هنگام خوردن داده می‌شود که شامل خوردن با آرامش و توجه به منظره و مزه غذا بود.	آموزش تکنیک پویش بدن	جلسه پنجم
بحث گروهی، ایفای نقش و ارائه پسخوراند	مرور کوتاه جلسه قبل. در این جلسه آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت پذیرش بدون قضاوت آن‌ها، توجه به فکر و تصور مثبت درباره خود و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت درباره آن‌ها.	آموزش ذهن آگاهی - افکار	جلسه ششم
بحث گروهی،	مرور جلسه قبل و تکرار آموزش‌های جلسه ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه	ذهن - آگاهی کامل	جلسه هفتم

ایفای نقش و ارائه پسخوراند			
بحث گروهی، ایفای نقش و ارائه پسخوراند	مرور جلسات قبل و پیشنهاد به کارگیری تمرین‌های ذهن آگاهی در زندگی روزمره	مرور و جمع بندی جلسات قبل	جلسه هشتم

نتایج

براساس نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش، دامنه سنی مادران شرکت کننده در گروه آزمایش ۳۰ تا ۵۴ سال و مادران گروه کنترل ۳۰ تا ۵۰ سال بود. از این میان، ۳ نفر از مادران گروه آزمایش دارای تحصیلات سیکل، ۶ نفر از مادران گروه آزمایش و ۵ نفر از مادران گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و ۳ نفر از مادران گروه آزمایش و ۷ نفر از مادران گروه کنترل نیز دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین ۵۴/۲ درصد مادران شرکت کننده شاغل و ۴۵/۸ درصد آن‌ها نیز غیر شاغل بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۲۳/۳۳	۴/۲۴	۲۴/۱۶	۲/۱۶
عاطفه مثبت	۲۸/۸۳	۶/۲۷	۲۶/۱۶	۴/۳۶
عاطفه منفی	۲۳/۳۳	۵/۵۱	۲۹/۸۳	۵
شادکامی	۱۹/۶۶	۴/۱۴	۱۴/۸۳	۲/۷۹
بهبودی جسمانی	۳۳/۵۰	۱۳/۴۱	۳۳/۶۶	۱۴/۵۵

۱۲/۳۳	۳۴/۹۱	۱۰	۱۹/۵۸	پس‌آزمون
-------	-------	----	-------	----------

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر تغییرات در متغیرهای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی یعنی رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و شادکامی و متغیر بهزیستی جسمانی در پس-آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

به منظور بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های مهم آن بررسی شدند. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته از آزمون کالموگروف اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون‌ها غیرمعنادار هستند ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ام باکس از لحاظ آماری معنادار نبود و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد ($F=0/69, p=0/72, \lambda=8/71$ مقدار ام باکس).

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری جهت مقایسه خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در

گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۸۴	۱۹/۶۷	۴	۱۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکلز	۰/۱۶	۱۹/۶۷	۴	۱۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۲۴	۱۹/۶۷	۴	۱۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۵/۲۴	۱۹/۶۷	۴	۱۵	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی به عنوان متغیر وابسته حاصل می‌شود، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=0/84, p=0/001$ ، لامبدای ویلکلز، $p=0/001$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
رضایت از زندگی	گروه	۲۸۳	۱	۲۸۳	۱۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۲۶۴/۸۲	۱۸	۱۴/۷۱			
	کل	۱۳۶۷۵	۲۴				
عاطفه مثبت	گروه	۱۶۲/۲۴	۱	۱۶۲/۲۴	۸/۷۴	۰/۰۰۸	۰/۳۲
	خطا	۳۳۴/۰۷	۱۸	۱۸/۵۶			
	کل	۲۵۹۴۲	۲۴				
عاطفه منفی	گروه	۲۰۱/۸۵	۱	۲۰۱/۵۸	۲۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۱۶۲/۳۶	۱۸	۹/۰۲			
	کل	۱۷۸۲۴	۲۴				
شادکامی	گروه	۱۵۲/۷۴	۱	۱۵۲/۷۴	۲۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۱۰۰/۱۱	۱۸	۵/۵۶			
	کل	۷۵۵۶	۲۴				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی یعنی رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و شادکامی در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را دریافت نموده‌اند و گروه کنترل در میانگین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و شادکامی به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۳۲، ۰/۵۵ و ۰/۶۰ بوده است.

جهت مقایسه گروه‌ها در نمرات بهزیستی جسمانی، پیش فرض‌های مهم آن یعنی نرمال بودن توزیع نمرات و بررسی همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد که با توجه به سطح معنی داری به ترتیب نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی جسمانی ($p = ۰/۲۰$) و نمرات بصورت نرمال توزیع شده است. نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش

فرض همگنی واریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد ($F=3/07$, $p=0/09$). مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد ($F=3/24$, $p=0/09$). بنابراین، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه‌ها در نمره بهزیستی جسمانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون		۱۶۵۳/۶۰	۱	۱۶۵۳/۶۰	۳۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
بهبودی گروه		۱۳۹۱/۶۸	۱	۱۳۹۱/۶۸	۲۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵
جسمانی	خطا	۱۱۲۲/۲۲	۲۱	۵۳/۴۳			
	کل	۲۲۰۰۸	۲۴				

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر بهزیستی جسمانی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون موجب افزایش میزان بهزیستی جسمانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ($F=26/04$, $p=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و فنون آن بر بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی مادران کودکان با سندرم داون انجام شد. نتایج آزمون فرضیه اول پژوهش، مبنی بر اثربخشی مداخله آموزشی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران، بیانگر افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در مقیاس‌های رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و شادکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای مداخله آموزشی است. این نتایج با مطالعات متمرکز بر تأثیر درمان و آموزش با روش ذهن‌آگاهی بر سلامت روان مادران همخوان است. این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر قابل توجهی بر هر سه خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی دارد (سینگ، لانسونی و ویتون، ۲۰۰۷) و به طور کل، افزایش سلامت روان‌شناختی زنان باردار تحت آموزش را به همراه داشته است (لین پن و همکاران،

۲۰۱۸). از سویی دیگر، مداخلات آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که بر کاهش نشانگان منفی مادران همراه هستند نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر محسوب می‌شوند زیرا که، این کاهش پیامدهای منفی، زمینه ساز افزایش بهزیستی خواهد بود. طبق پژوهش بن، اکیوا، آریل و روزر (۲۰۱۲) و شیخ‌الاسلامی و سید اسماعیلی قمی (۱۳۹۸) تمرین ذهن آگاهی منجر به کاهش پیامدهای منفی داشتن فرزند با ناتوانی یادگیری شده است. عزیزی و همکاران (۱۳۹۷) نیز، نشان دادند آموزش ذهن آگاهی موجب می‌شود افراد بتوانند عواطف منفی کمتر و عواطف مثبت بیشتری را تجربه کنند. در پژوهش‌های فریول و هریس (۲۰۱۳) و دیکنز و همکاران (۲۰۱۴)، درمان ذهن آگاهی را به منظور کاهش افسردگی و استرس والدگری مادران به کار بردند و نتیجه گرفتند که این درمان در کاهش متغیرهای مورد نظر مؤثر بوده و همانند پژوهش‌های راج و کومار (۲۰۱۹) و دو، آن و همکاران (۲۰۱۹)، موجب افزایش رضایت از زندگی شده است.

در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت در این برنامه به مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون آموزش داده شد تا با تمرکز توجه بر یک محرک خنثی مثل تنفس، آن‌ها به طور مکرر و برای مدت طولانی، محیط مناسبی را تجربه نمایند و در نتیجه این خودکنترلی، توجه افزایش یافته و افکار منفی و نشخوارهای ذهنی مربوط به داشتن کودک ناتوان کاهش یابد. همچنین در این برنامه مادران آموختند که عواطف و احساسات منفی جزء ثابت و دائمی زندگی نیستند بلکه گذرا بوده و در مسیر زندگی به طور طبیعی رخ می‌دهند و با آگاهی از آن‌ها به دور از هرگونه پیش داوری و قضاوت منفی می‌توان آن‌ها را به عنوان بخشی از تجربه‌های زندگی پذیرفت و به این طریق از تجارب هر لحظه از زندگی لذت برد. همچنین نتایج مطالعه حاضر هم راستا با نتایج پژوهش تیزپرنیری (۱۳۹۴) در خصوص مادران کودکان کم‌توان ذهنی، نشان داد که برنامه آموزش ذهن آگاهی میزان شادکامی مادران کودکان سندرم داون را نیز به طور معناداری افزایش می‌دهد. در واقع، می‌توان گفت که ذهن آگاهی به علت اهداف نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه اکنون، مشاهده‌گری بدون قضاوت و رویارویی، به افزایش تجربه عواطف مثبت، شادکامی و کاهش تجربه عواطف منفی که مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران است، کمک می‌کند.

افزایش معنادار رضایت از زندگی مادران کودکان سندرم داون بعد از دوره آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نیز حاکی از این است که آموزش برنامه ذهن آگاهی به مادرانی که از رضایت از زندگی پایینی برخوردارند کمک می‌کند که با آگاهی پایدار و غیرواکنشی در مورد تجربه‌های درونی و بیرونی‌شان، تغییراتی در خودقضاوتی، خودآگاهی و ارتباط با دیگران را تجربه نمایند و بهبود در این حوزه‌های عملکردی می‌تواند به طور بالقوه افزایش رضایت از زندگی این مادران را به همراه داشته باشد.

یافته‌های مربوط به فرضیه دوم پژوهش، یعنی تأثیر مداخله آموزشی بر بهزیستی جسمانی مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون نیز نشانگر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش بهزیستی جسمانی مادران شرکت کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی که نشان دادند آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود بهزیستی جسمانی می‌شود (گریسون و چین، ۲۰۱۹) و بر تجربه استرس و پاسخ‌های مقابله‌ای در بیماران با اختلالات جسمانی اثربخش است (نیلسن، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که افراد با این برنامه به تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند تن آرامی، پوشش بدن و ذهن آگاهی تنفس مجهز می‌شوند، این تکنیک‌ها می‌توانند به آن‌ها کمک کنند تا میزان تنیدگی‌های خود را کاهش دهند. در این برنامه آموزشی سعی می‌شود تا از طریق افزایش آگاهی و دانش درباره احساسات جسمانی افراد به سبک بازتابی مقابله مجهز شوند. در تمرین‌های ذهن، آگاهی مادران برانگیخته شدند تا دریابند که سلامتی ماهیتی گذرا دارد و از اضطراب‌های همراه بیماری آگاه شوند و آن‌ها را بپذیرند. همچنین تمرین‌های این برنامه با آرامشی که برای مادران فراهم می‌آورد به آن‌ها برای کنار آمدن با دردها و ناراحتی‌های جسمانی مزمن کمک می‌کند.

بنابراین، آموزش تمرین‌های ذهن آگاهی به مادران دارای فرزند با سندرم داون موجب می‌شود آن‌ها بدون داوری یا وابستگی به نتایج، توجه خود را به تجربه لحظه اکنون جلب نمایند. آن‌ها را تشویق می‌کند به شیوه‌ای ماهرانه با افکار، رویدادها، موقعیت‌ها و احساسات ناخوشایند سازگار شوند. در این مطالعه با افزایش پذیرش روانی مادران نسبت به داشتن فرزند مبتلا به سندرم داون، آن‌ها به کنترل بیشتری بر افکار و احساسات منفی خود دست یافتند و با تمرین فنون تن آرامی به جای فرار از موقعیت‌های روانی - اجتماعی و احساسات

روانی و جسمانی دردناک، توانستند مواجهه‌ای مؤثر با آن‌ها داشته باشند و به وضعیت مطلوب‌تری از بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی دست یابند.

با توجه به اثربخشی روش ذهن آگاهی بر بهزیستی مادران کودکان سندرم داون پیشنهاد می‌شود که این شیوه به عنوان یک روش درمانی به مادران این کودکان و مربیان و مشاوران مدارس دانش‌آموزان استثنایی آموزش داده شود تا بتوانند از این طریق در راستای ارتقاء سلامت مادران این کودکان گامی مؤثر بردارند. همچنین به پژوهشگران آینده نیز پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را با سایر درمان‌ها، به ویژه درمان شناختی- رفتاری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون مقایسه نمایند. از آنجا که، پیشینه پژوهش حاضر بیانگر تأثیر این اختلال بر عملکرد خانواده است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده تمرین‌های ذهن آگاهی در قالب آموزش‌های خانواده محور نیز برنامه‌ریزی و اجرا شود و نتایج آن با این پژوهش مقایسه گردد. با این حال، در تعمیم نتایج این مطالعه می‌بایست محدودیت‌های پژوهش در نظر گرفته شود: نخست این که یافته‌های این پژوهش مبتنی بر ابزارهای خودگزارشی بودند که اگرچه سعی شد از ابزارهایی با اعتبار و روایی مطلوب استفاده شود اما همواره در خصوص این نوع از ابزارها احتمال پاسخگویی براساس تمایل به مطلوبیت اجتماعی وجود دارد. دوم اینکه امکان انجام مرحله پیگیری در این پژوهش با توجه به محدودیت‌های اجرایی وجود نداشت. به همین دلایل تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به کل جامعه باید با احتیاط صورت پذیرد. **سپاسگزاری:** از مسئولین اداره آموزش و پرورش استثنایی خراسان رضوی، مدیران محترم آموزشگاه‌های استثنایی و مادران کودکان مبتلا به سندرم داون که ما را در انجام این پژوهش حمایت نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

آریاپوران، س. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری جانبازان شیمیایی. رساله‌ی دکتری رشته روان‌شناسی عمومی. دانشگاه محقق اردبیلی.

بخشی پور، ع؛ دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی. مجله

روان‌شناسی، ۴، ۳۵۱-۳۶۵.

- بیانی، ع؛ محمد کوچکی، ع؛ گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS). *روان‌شناسی تحولی*، ۱۱، ۲۵۹-۲۶۵.
- تیزپریری، پ. (۱۳۹۴). تأثیر روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شادکامی و باورهای خودکارآمدی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.
- رشیدی، ع؛ کاظمی، م؛ کیخاونی، س. (۱۳۹۷). بررسی وضعیت سلامت عمومی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q-28) گلدبرگ در میان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۴. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۶ (۳)، ۱۶-۲۶.
- سید اسماعیلی قمی، ن؛ کاظمی، ف؛ پزشکی، ش. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۵ (۱۷)، ۱۳۱-۱۴۸.
- شیخ‌الاسلامی، ع؛ سید اسماعیلی قمی، ن. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹ (۳۴)، ۱۸۳-۱۹۶.
- عزیزی، ر؛ یوسفی افراشته، م؛ مروتی، ذ؛ الهی، ط. (۱۳۹۷). اثر آموزش ذهن‌آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و پیچیدگی عاطفی بررسی تغییرات در طول زمان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۹ (۱)، ۳۹-۵۸.
- نریمانی، م؛ آریاپوران، س؛ ابولقاسمی، ع؛ احدی، ب. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲ (۶۱)، ۱۰۶-۱۱۸.
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. (2012). Mindfulness Training Effects for Parents and Educators of Children with Special Needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476-1487.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Canbulat, N., Demirgoz Bal, M., & coplu, M. (2014). Emotional reactions of mothers who have babies who are diagnosed with Down syndrome. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 147-153.
- Chadwick, O., Momcilovic, N., Rossiter, R., Stumbles, E., & Taylor, E. (2001). A Randomized Trial of Brief Individual versus Group Parent Training for Behaviour Problems in Children with Severe Learning Disabilities. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 151-167.

- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Du, J., An, Y., Ding, X., Zhang, Q., & Xu, W. (2019). State mindfulness and positive emotions in daily life: An upward spiral process. *Personality and Individual Differences*, 141, 57-61.
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing Distress in Mothers of Children with Autism and Other Disabilities: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 134, 454-463.
- Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative Effects of Mindfulness and Skills-based Parent Training Programs for Parents of Children with Autism: Feasibility and Preliminary Outcome Data. *Mindfulness*, 4 (2), 89-101.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9 (1), 139-145.
- Greenson, J. M., & Chin, G. R. (2019). Mindfulness and physical disease: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 28, 204-210.
- Hagiwara, A. F. (1992). *Identifying and comparing daily stress experiences, physical and psychological health, and coping strategies among Asian and American graduate students* (Doctoral dissertation, The Ohio State University).
- Hedov, G., Anneren, G., & Wikblad, K. (2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of Life Research*, 9, 415-22.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185.
- Jonesa, L., Goldb, E., Totsika, V., Hastingsc, R. P., Jonesb, M., Griffithsb, A., Silvertonb, S. (2017). A mindfulness parent well-being course: evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. *European Journal of Special needs Education*.
- Kabat- Zinn, J. (2004). Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction clinic at the university of Massachuset medical center. New York: Dell publishing.
- Lin Pan, W., LingGau, M., Ying Lee, T., JenJou, H., Yu Liu, C., & Kuen Wen, T., (2018). Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women and Birth*, In press.
- N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & McAleavey, K. M. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 31(6), 749-771.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science*, 10 (1), 53-66.

- Pourmohamadreza-Tajrishi, M., Azadfallah, P., Garakani, S. H., & Bakhshi, E. (2015). The effect of problem-focused coping strategy training on psychological symptoms of mothers of children with down syndrome. *Iranian journal of public health, 44*(2), 254.
- Raj, A., & Kumar, P. (2019). Efficacy of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): A Brief Overview. *Journal of Disability Management and Rehabilitation, 4*(1), 73-81.
- Senses Dinc, G., Cop, E., Tos, T., Sari, E., & Senel, S. (2019). Mothers of 0–3-year-old children with Down syndrome: Effects on quality of life. *Pediatrics International, 61*(9), 865-871.
- Van Gamen-Oosterom, H. B., Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Mohangoo, A. D., Bruil, J., & Van Wouwe, J. P. (2011). Development, Problem Behavior, and Quality of Life in a Population Based Sample of Eight-Year-Old Children with Down Syndrome. *PLoS ONE, 6*(7), 21879-21879.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*(6), 1063-1070.

