اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان‌ذهنی

شهناز خالقی‌پور [۱]، فاطمه زرگر [۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: نیازهای مراقبتی خاص کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند بر سلامت روانی مادر تأثیر گذارد. هدف از این پژوهش اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق نیمه‌تجربی از نوع دو گروهی همراه پیش‌آزمون – پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری را مادران کودکان کم‌توان ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی تشکیل داده‌اند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای تعداد ۳۴۶ نفر انتخاب شدند و پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II یا Beck Depression Inventory) و امید میلر (MHI یا Miller Hopeful Inventory) را تکمیل کردند. از میان آن ها تعداد ۲۸ نفر که بالاترین نمره افسردگی و پایین‌ترین نمره امید را داشتند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت نمودند. پس از مداخله در گروه آزمایش، آزمودنی‌های هر دو گروه پرسش‌نامه افسردگی و امید به زندگی را تکمیل کردند. داده‌ها از طریق آزمون آماری آنالیز واریانس چند متغیری تحلیل گردید.

یافته‌ها: پس از مداخله میانگین افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار و میانگین امید به زندگی افزایش معنی‌داری نشان داده است.

نتیجه‌گیری : مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش باشد. لذا اجرای این برنامه‌ها در کلیه مراکز توانبخشی ویژه کودکان کم‌توان ذهنی سازمان بهزیستی جهت پیشگیری از آسیب‌های روانی مادران می‌تواند مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ، افسردگی، امید به زندگی، کم توان ذهنی

ارجاع: خالقی پور شهناز، زرگر فاطمه. **اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان‌ذهنی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ؟؟

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۶

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، نایین، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: fatemehzargar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

مقدمه

باتوجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۹، در کشور حدود ۳ میلیون و دویست هزار معلول (disable) وجود دارد (۱). از این تعداد ۲۱۵ هزار نفر دارای کم‌توان ذهنی (Intellectual disability) تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند (۲). بنابراین، تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه‌ی ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی رنج می‌برند.

وجود کودک مشکل‌دار و دارای تأخیر رشدی در خانواده، والدین را متحمل استرس‌های جسمانی و روانی می‌نماید (۵-۳). مادران این کودکان نسبت به پدران استرس بیشتری را گزارش کرده‌اند. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیش‌تری قرار می‌گیرند (۶). هم‌چنین استرس، اختلال روانی، حس بی‌ارزشی ، احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را بیشتر تجربه می‌کنند (۹-۷).

میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی نسبت به مادران کودکان سالم بیشتر است (۱۱-۱۰). طبق نظریه Snyder ناامیدی و افسردگی مادر کودک معلول، با احساس ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی آشکار می‌شود (۱۲). بنابراین طراحی برنامه‌ای سیستماتیک که بتواند افکار منفی، افسردگی و یأس را در این گونه خانواده‌ها به‌خصوص در مادران کودکان معلول کاهش دهد، ضروری می‌نماید. کاربرد مداخلات درمانی برنامه‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی; (MBCT یا Mindfulness-Based Cognitive Therapy) از جمله مهم‌ترین برنامه‌هایی است که در سال ۱۹۹۲ Teasdale برای جلوگیری از عود مجدد افسردگی ارایه داد. براساس دیدگاه Teasdale ، عود خلق منفی به هر دلیل می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در پی داشته باشد، بدین معنی که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی و فکر منفی مجددا شروع می‌شود و حالت‌های افسردگی فرد دوباره آغاز می‌گردد (۱۳). هم‌چنین بر اساس رویکرد طرحواره‌ی بک، در افسردگی طرحواره‌های ناکارامدی وجود دارد که با پردازش اطلاعات در مورد فقدان و شکست مرتبط هستند (۱۴). به نظر می‌رسد به علت ماهیت کم‌توانی ذهنی، طرحواره‌های فوق در مادران کودکان مذکور فعال می‌گردد. فعال شدن این طرحواره‌ها به پردازش انتخابی اطلاعات هماهنگ با این طرحواره‌ها می‌انجامد. از سوی دیگر در شرایط هیجانی و خلقی خاصی، سوگیری به نفع اطلاعات هماهنگ با آن خلق افزایش می‌یابد (۱۵). بنابراین در افراد مبتلا به اختلالات خلقی سوگیری‌های هماهنگ با خلق در دامنه وسیعی از فرایندهای شناختی منعکس می‌شود (۱۶). در ذهن‌آگاهی که به معنی توجه کردن ویژه و هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (۱۷)، فرد در هرلحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر برخورد با افکار و احساسات را فرا می‌گیرد. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای شناختی، رفتاری و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود منجر به جلوگیری از ایجاد مارپیچ فروکاهنده خلق منفی، فکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده شده و به رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجانات خوشایند کمک می‌کند (۱۸).

چندین مطالعه اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی را در کاهش عود افسردگی نشان داده‌اند (۲۱-۱۹). طی سال‌های اخیر، تحقیقات ایرانی به بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته‌اند که بیشتر، درمان افسردگی و مؤلفه‌های مرتبط با آن از جمله خلق منفی، افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارامد و افکار خودکشی را مورد هدف قرار داده‌اند (۲۴-۲۲) که همگی اثربخشی بالایی برای این درمان‌ها گزارش کرده‌اند.

از سوی دیگر حوزه مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی تنها در درمان اختلالات نبوده، بلکه در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا نیز تأثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته‌است؛ به‌گونه‌ای که به افزایش وضوح ذهنی و سلامت روان، افزایش رضایت زناشویی (۲۵) بهزیستی ذهنی و امید به زندگی (۲۶) انجامیده است. از جمله حیطه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، شادمانی، امید، خلاقیت و خرد می‌باشد (۱۴). امید به فرد کمک می‌کند تا

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

علی‌رغم موانع موجود، راه‌هایی را به سوی اهداف مطلوب طراحی کند (۲۶). توجه به مراقبین کودکان کم‌توان ذهنی کمتر در مطالعات مورد توجه قرار گرفته‌است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد مداخلات درمانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن در مورد والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی و رشدی یا مشکلات رفتاری می‌تواند رفتار کودک و رضایت والدینی را بهبود بخشیده و استرس والدین را کاهش دهد (۳۰-۲۷). در ایران تا کنون هیچ تحقیقی در زمینه تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر مادران کودکان با نیازهای خاص صورت نگرفته است. با توجه به تأثیر بالای ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید، این پژوهش به دنبال آن است که به بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بپردازد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش:

روش تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه آماری، گروه نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان تشکیل می‌دهد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای بوده است. برای نمونه‌گیری، ابتدا از میان ۶۹ مرکز توان‌بخشی شهر اصفهان، چهار مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس با توجه به حجم جامعه و سطح اطمینان ۰/۹۵ با اقتباس از جدول تعیین حجم نمونه Krejcie & Morgan ، از بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی حاضر در آن مراکز، تعداد ۳۴۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به دو آزمون افسردگی بک و امید میلر پاسخ دادند. از میان افرادی که دو پرسش‌نامه فوق را تکمیل کرده بودند، تعداد ۲۸ نفرکه بالاترین نمره افسردگی و کمترین نمره امید را داشتند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

روند اجرای پژوهش:

اجرای پژوهش در یکی از توان‌بخشی‌های ویژه معلولین ذهنی سازمان بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت .گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی را به صورت گروهی دریافت نمودند. محتوای جلسات به‌طور مختصر عبارت بود از:

جلسه اول: توضیح علایم افسردگی، توضیح مفهوم ذهن‌آگاهی در کنار شناسایی هدایت خودکار (عدم ذهن‌آگاهی نسبت به افکار، احساس‌ها و رفتارهای زندگی روزمره) و خروج از آن، اثرات کاربرد ذهن‌آگاهی بر زندگی، ذهن‌آگاهی نسبت به فعالیت‌های روزانه، وارسی بدنی.

جلسه دوم: جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، آموزش مراقبه تنفسی و مدیتیشن عمیق با هدف ایجاد آرامش ذهن با تمریناتی که توجه فرد را به لحظه حال برمی‌گرداند.

جلسه سوم: آشنایی با روش تمرکز بر حرکات و اعضای بدن هنگام تنفس (ذهن‌آگاهی به تنفس)، کشف حس‌های بدنی ناراحت‌کننده.

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال؛ آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به افکار و احساس‌های کلی مانند دلبستگی، بیزاری و کسالت و مختص افسردگی مانند بی‌انگیزه بودن، بی‌نتیجه و بی‌هدف دانستن زندگی.

جلسه پنجم: اجازه دادن/ مجوز حضور; پذیرش تجارب فردی بدون قضاوت، واکنش نشان دادن و اجتناب

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند: افکار فقط افکار هستند؛ آموزش این نکته که افکار و باورها را به سان تجربیاتی گذرا درنظر بگیرند.

جلسه هفتم: نحوه مراقبت از خود به بهترین حالت؛ فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌آمیز، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده سازی برنامه فعالیت.

جلسه هشتم: بررسی جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مرور آموزه‌های ذهن‌آگاهانه در مورد فعالیت‌های روزانه و تجارب درونی (افکار، احساسات و حس‌های بدنی)

جلسه نهم: تأکید بر فنون استفاده از زمان حال به جای گذشته و تعمیم آن‌ها به کل موقعیت‌ها در زندگی جهت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

رویارویی با افکار خودآیند منفی، استفاده از برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای مواجهه با خطر عود مجدد

گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش، پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس امید میلر توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد و داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، گروه کنترل درمان روان‌شناختی دریافت کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری:

پرسش‌نامه امید به زندگی میلر

آزمون امید به زندگی میلر شامل ۴۸ سؤال است که حالت‌های امیدواری و درماندگی را می‌سنجد. ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نمایندهٔ یک نشانه رفتاری است، جملاتی بدین شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی‌تفاوت=۳، موافق=۴، بسیار موافق=۵). در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد و نمره ۴۸ درماندگی کامل و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. اعتبار پرسش‌نامه نسخه ایرانی پرسش‌نامه میلر با دو روش بازآزمایی و تنصیف، ۰/۹ و ۰/۸۹ به‌دست آمده‌است (۳۱). هم‌چنین این آزمون از روایی ملاکی مناسبی برخوردار است (۳۳-۳۲).

پرسش‌نامه افسردگی بک، نسخه دوم (Beck Depression Inventory-II; BDI-II)

نسخه بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی (BDI-II) توسط Beck و همکاران ساخته شد و در مقایسه با نسخه اول آن بیشتر با DSM همخوانی دارد و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد (۳۴). این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال است که هر سؤال حوزه‌ی خاصی از نشانه‌های افسردگی را بر اساس ملاک‌های DSM مورد سنجش قرار می‌دهد هر سؤال دارای ۴ گزینه است که توسط آزمودنی‌ها یکی از گزینه‌ها انتخاب می‌گردد. براساس پاسخ آزمودنی‌ها نمره کل میزان افسردگی به دست می‌آید. هر ماده، نمره‌ای بین ۳-۰ و نمره کل پرسش‌نامه بین ۶۳-۰ می‌باشد. نتایج تحقیق Beck و همکاران (۳۵) نشان داد که این پرسش‌نامه پایایی بالایی دارد. در ایران، پایایی بالای این پرسش‌نامه در جمعیت سالم و بالینی نشان داده‌شده است (۳۶). Fata (۳۷) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در دو مقیاس امید به زندگی و افسردگی برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

متغیرهای پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای مداخله‌گر مورد کنترل قرار گرفتند که نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس میانگین نمره‌های امید به زندگی و افسردگی در مرحله پس‌آزمون دوگروه در جدول ۲ نشان داده‌شده‌است

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین دوگروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون۰به زندگی و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p\leq$۰/۰۰۱) . بنابراین ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در افزایش امید و کاهش افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر بوده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس‌های افسردگی و امید

	مراحل	قبل از مداخله	بعد از مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
گروه آزمایش	افسردگی	۳۱/۲± ۶/۴	۱۸/۹±۵/۳
	امید	۱۲۲/۸±۱۱/۳	۱۶۳/۵±۱۰/۹
گروه کنترل	افسردگی	۲۹/۹±۴/۹	۲۸/۸±۵/۸
	امید	۱۱۹/۷±۱۰/۶	۱۲۰/۴±۸/۳

جدول ۲. تحلیل کوواریانس میانگین نمره‌های افسردگی و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون دو گروه با کنترل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
افسردگی	۹۴۸/۳۶	۹۴۸/۳۶	۱۴/۲۶	۰/۰۰۱
امید	۲۷۴۵/۲۶	۲۷۴۵/۲۶	۱۹/۲۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به این که مادران کودکان کم توان ذهنی از افسردگی بالایی برخوردار هستند، استفاده از برنامه درمانی که بتواند افسردگی را در آنان کاهش دهد و زمینه شادکامی و امید دوباره را برای آن‌ها به ارمغان آورد از اهمیت بسزایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی اجرا گردید. آن‌چه تحقیق حاضر را متمایز می‌سازد، انتخاب یک گروه هدف خاص مبتلا به علایم افسردگی برای بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی می‌باشد. همان‌طورکه نتایج پژوهش نشان داد ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی توانسته است به طور چشمگیری میزان افسردگی را کاهش داده و میزان امید به زندگی را افزایش دهد. این یافته تحقیق حاضر با تحقیقاتی که تأثیر ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی را بر کاهش افسردگی و عود آن نشان داده‌اند، همسو است (۲۱-۱۹). مشخص شده‌است که آسیب‌پذیری در مقابل بازگشت افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی و ناامیدانه تفکر است که به تغییراتی در سطح شناختی و عصبی می‌انجامد (۱۸). براساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر با کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، تفاوت دارند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. هدف ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، آموزش افراد برای رهایی از پردازش‌های شناختی است که آن‌ها را در برابر دوره‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (۳۰). در این درمان، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه‌ی جدید با افکار به جای تغییر آن‌ها تأکید می‌شود که نشخوارهای (Rumination) ذهنی را کاهش داده و از عود افسردگی جلوگیری می‌کند (۳۸). این توانایی به‌واسطه پرورش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

دو مهارت مهم پذیرش تجارب درونی (مانند افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و عدم اجتناب از این تجارب است). در مادران افسرده‌ی کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، افکار منفی مرتبط با مسؤولیت‌پذیری در قبال ناتوانی‌های کودک، افکار نشخواری مرتبط با مسایل روزمره و احساس گناه، افسردگی و بی‌ارزشی دیده می‌شود (۷، ۹). این درحالی‌است که فرایندهای پذیرش تجارب درونی (Acceptance of internal experiences) و عدم اجتناب (Avoidance)، جزء مؤلفه‌های مهم درمانی در ذهن‌آگاهی است (۳۹). یکی از مکانیسم‌های اثر ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی برای افزایش پذیرش، ارایه شیوه‌ی متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است (۳۸)؛ به‌گونه‌ای که فرد را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند (۱۷) و از این طریق میزان ناراحتی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان داده‌است ناراحتی روان‌شناختی در مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی با رفتارهای مدارای اجتنابی و کاهش سطح پذیرش روان‌شناختی (نسبت به ناتوانی‌های کودک) آنان همراه است (۴۰). از سوی دیگر، افزایش ذهن‌آگاهی با پیامدهای سلامتی نظیر کاهش اضطراب و افسردگی (۴۱) ارتباط دارد. به نظر می‌رسد شیوه متفاوت ارتباط با هیجانات که در ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی آموزش داده می‌شود نه تنها بر افسردگی ماردان کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد بلکه بر سایر هیجانات ناخوشایند آن‌ها نیز مؤثر بوده و بهبود بیشتر و پایدارتر وضعیت آن‌ها را به دنبال دارد. تحقیقات قبلی از تأثیر مداخلات ذهن‌آگاهانه و مبتنی بر پذیرش (Acceptance-based) بر بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی، افزایش بهزیستی (well-being) و بهبود رفتار آنان حمایت کرده‌اند (۴۳-۴۲، ۳۰-۲۷). بدین‌ترتیب، نتایج تحقیق حاضر همراستا با تحقیقات فوق در جهت اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهانه بر وضعیت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی می‌باشد.

از سوی دیگر، یکی از علایم افسردگی، کاهش رفتارهای لذت‌بخش و درگیر شدن در فعالیت‌های فعال‌کننده است (۴۴). ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند (۴۵) و به کاهش افسردگی کمک کند.

در کنار کاهش افسردگی، تحقیق حاضر نشان داد ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی افزایش امید به زندگی را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی به دنبال دارد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب بالا رفتن امید به زندگی (۲۵) و بهزیستی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (۴۳، ۴۶) شده و با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی آنان را به همراه داشته باشد (۲۵).

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی، تأثیر مثبتی بر رفتار والدگری (۴۹-۴۷) داشته، فرزندپروری رضایت‌بخش‌تر (۴۶) و بهبود تعاملات و رفتارهای آنان را به دنبال دارد (۴۳). این شرایط، خود می‌تواند بر رفتارهای کودک تأثیر مثبتی گذاشته (۴۷) و کاهش تفکرات و رفتارهای افسرده‌ساز، افزایش رضایت از زندگی و امید را در مادران آنان، به دنبال داشته باشد. بنابراین به نظر می‌رسد بهبود وضعیت روانی مادر (کاهش افسردگی و افزایش امید) و بهبود رفتارهای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر متقابلی بر یکدیگر دارند.

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد مداخلات ذهن‌آگاهانه می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی گردد. بنابراین ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی یا سایر مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌تواند به عنوان بخشی از مداخلات آموزش والدین در مراکز مرتبط با کودکان کم‌توان ذهنی مطرح باشد.

از محدودیت‌های تحقیق حاضر این بود که جامعه آماری آن را مادران کودکان کم‌توان ذهنی تحت پوشش سازمان بهزیستی تشکیل می‌دادند، لذا تعمیم نتایج به مادرانی که فرزندانشان تحت پوشش سازمان بهزیستی نیستند، باید با احتیاط صورت گیرد. هم‌چنین نتایج درمانی حاصل، پیگیری نشده‌اند.

پیشنهاد می‌گردد تاثیر این روش درمانی بر سایر مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی از جمله تنظیم هیجانات، قدرت تحمل،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

فرزندپروری، رضایت از ابعاد مختلف زندگی مانند رضایت زناشویی و مشکلات کلی خانواده این کودکان مانند روابط با همشیرها بررسی گردد. به منظور بررسی بهتر تأثیر بهبود رفتارهای مادر بر کودک کم‌توان ذهنی استفاده از ابزارهایی جهت اندازه‌گیری عملکرد بعدی کودک و میزان رفتارهای مشکل‌ساز وی استفاده گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی با سایر روش‌های موثر در حوزه درمان‌های روان‌شناختی مقایسه گردد. با توجه به تأثیر مثبت برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی توصیه می‌شود این برنامه برای مادران دارای کودکان با سایر نیازهای خاص به کارگرفته شود تا تأثیر این برنامه درمانی در سایر گروه‌ها نیز مشخص گردد.

References

1. Country official statistics in 2010. [online] Available from: url: http://behzisti.ir/modules/showframework.aspx
2. Country official statistics in 2009. [online] Available from: url: Available at: http://behzisti.ir/modules/showframework.aspx
3. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between Autism and parenting stress. Pediatrics 2007; 119: 114-21.
4. Freeman NL, Perry A, Factor DC. Child behaviors as stressors: replicating and extending the use of the CARS as a measure of stress: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1991; 32 (6): 1025-30.
5. Hastings RP. Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability 2002; 27 (7): 149-60.
6. Hastings RP. Child Behavior Problems and Parental: Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism. Journal of Intellectual Disability Research 2003; 47 (4): 231 -7.
7. Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self- perceived health in Swedish parents of children with Down syndrome. Quality of Life Research 2000; 9 (4): 415-22.
8. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hong J. Life course impacts of parenting a child with a disability. American Journal of Mental Retardation 2001; 106 (3): 265-86.
9. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual Disability: social and economic situation, Mental health status and the self- assessed social and psychological impact of the child' difficulties. Journal of Intellectual Disability Research 2003; 47 (4): 385-99.
10. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 2001; 45 (6): 535-43.
11. Hastings RP, Kovshoff H, Brown T, Ward NJ, Espinosa FD, Remington B. Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. Autism 2005; 9 (4): 377-91.
12. Snyder CR. Handbook of hope: Theory, measures, and applications. Academic Press; 2000.
13. Saenz ZS. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). New York: Guilford press; 2003.
14. Baddeley AD, Kopelman MD, Wilson BA. The Handbook of Memory Disorders. John Wiley & Sons; 2002.
15. Bradley BP, Mogg K, Williams R. Implicit and Explicit Memory for Emotion-Congruent Information in Clinical Depression and Anxiety. Behavior Research and Therapy 1995; 33(7): 755-70.
16. Bradley BP, Mogg K, Miller N. Implicit Memory Bias in Clinical and Non-Clinical Depression. Behavior Research and Therapy 1996; 34: 865-79.
17. Kabat – zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and. mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing; 1990.
18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press; 2002.
19. Teasdale JD, Segal ZV, Williams J MG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? Behavior Research and Therapy 1995; 33: 25-39.
20. Nierenberg AA, Peterson TJ, Alpert J. Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmachotherapy and psychotherapy. Journal of Clinical Psychiatry 2003; 64(15) 13-7.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

21. Kenny MA, Williams JM. Treatment-Resistant Depressed Patients Show A Good Response To Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Behavior Research and Therapy 2007; 45(3): 617- 25.
22. Aghabagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V. Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy in increasing the hope and mental well-being of patients with M.S. J Clinical Psychology 2012; 1 (13): 23- 31. [In Persian].
23. Hannasabzade M, Gharaei B. Pilot study on the efficacy Guide of Mindfulness-based cognitive therapy. J Clinical Psychology 2009; 15 (1): 35- 45. [In Persian].
24. Azargoon H, Kajbaf MB, Molavi H, Abedi M. Effectiveness of mindfulness training in reducing rumination and depression in university students. Daneshvar Raftar 2009; 34: 13- 20. [In Persian].
25. 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].
26. Snyder CR, Lopez SJ. Handbook of Positive Psychology. US: Oxford University Press; 2001.
27. Blackledge JT. Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child & Family Behavior Therapy 2006; 28(1): 1–18.
28. Coyne LW, Wilson KG. Cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. International Journal of Psychology & Psychological Therapy 2004; 4: 469–86.
29. Dumas JE. Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2005; 34: 779–91.
30. Murrell AR, Coyne LW, Wilson KG. ACT with children, adolescents and their parents. In SC Hayes & KD Strosahl (Eds.), A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer; 2004:. 249–73.
31. Gholami M, Soudani M. Therapeutic effectiveness of group education on life expectancy and general health of female patients with thalassemia. Knowledge and Research in Applied Psychology 2009; 42: 25-45. [In Persian]
32. Hoseinian E. Efficacy of group logotherapy on increasing the life expectancy of Cancer patients in Shafa Hospital. MA Thesis in counseling, Azad University of Ahwaz, Sciences and Researches branch 2007. [In Persian]
33. Hoseini M. Relationship between life expectancy and psychological hardiness on female and male students. MA Thesis in Psychology, Azad University of Gachsaran 2006. [In Persian]
34. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56: 893-7.
35. Beak AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression Inventory for measuring depression. Archives of General Psychology 1996; 4: 561-71.
36. Kaviani H, Mousavi A, Mohit A. Interviews and psychological tests. Tehran: Cognitive Institute; 2006. [In Persian].
37. Fata L. Structure of emotional states and cognitive process. Journal of Iran Medical Science University2004; 6: 385-96. [In Persian].
38. Mace C. Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: new findings from qualitative research. In Delle Fave A. Dimensions of Well-being. Research and Intervention. Milano: FrancoAngeli; 2006.
39. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment 2006; 13: 27–45.
40. Lloyd T, Hastings RP. Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships. Journal of Intellectual Disability Research 2008; 52: 37–48.
41. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Psychiatry 1992; 149(7): 936-43.
42. Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Fisher BC, Wahler RG, McAleavey K, et al. Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2006; 14: 169–77.
43. MacDonald EE, Hastings PH. Mindful Parenting and Care Involvement of Fathers of Children with Intellectual Disabilities. Journal of Child and Family Studies 2010; 19:236–40

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

44. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadocks synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry, Tenth Edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
45. 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.
46. Lambert M, Neber D. Current issues in schizophrenia: Over review of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. J Cns drug 2004; 18: 5-17.
47. Hastings RP. Do challenging behaviors affect staff psychological well-being?: Issues of causality and mechanism. American Journal of Mental Retardation 2002; 107: 455–67.
48. Hastings RP. Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability 2002; 27: 149–160.
49. Wanamaker CE, Glenwick DS. Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy. Rehabilitation Psychology 1998; 43(4): 297-312.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]

Effect of Mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities

Shahnaz Khaleghipour [1], Fatemeh Zargar [2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Special care needs of mentally retarded children can affect the mental health of the mother. The purpose of this study was the efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on reducing depression and increasing life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities.

Methods and Materials: This study was a two group quasi-experimental plan with pre and post test. The population has formed mothers of children with intellectual disabilities that are registered by welfare organization. Using cluster random sampling, 346 individuals were selected. They Completed the Beck Depression Inventory (BDI-II). Among them, 28 patients were selected that they had the highest depression scores. They assigned randomly in two groups (MBCT and control). The MBCT group received 9 sessions of Mindfulness-based cognitive therapy. Each session lasted 90 minutes. The control group did not receive any intervention. The subjects in both groups completed the BDI-II and life expectancy scale before and after intervention in MBCT group. Data were analyzed by ANOVA.

Findings: Clients receiving MBCT compared to control group reported significant decrease in depression scores, and a significant increase in improve in life expectancy scores at post treatment.

Conclusions: Interventions based on mindfulness training can be effective in reducing depression and improving life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities. Therefore, apply MBCT programs at rehabilitation centers of welfare organization can be effective for prevention of distress of mothers of children with Intellectual disabilities.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Depression, Life Expectancy, Intellectual Disability

Citation: Khaleghipour Sh, Zargar F. **Effect of Mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities** J Res Behave Sci 2014; 12(2): ??

Received: 10.10.2012 Accepted: 28.07.2013

1- Associate Professor, Department Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran(Corresponding Author) Email: fatemehzargar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.11.1]