

Investigating the Relationship Between Mindfulness and Social Support and Mental Health of Mothers with Mentally Retarded Child

Yadollah Ghasemipour^{*1}, Behnaz Roshan²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Hamedan, Iran

2. M.A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Hamedan, Iran

Received: September 23, 2018

Accepted: March 8, 2019

Abstract

Background and Purpose: The existence of a mentally retarded child in a family compromises the mental health of the members, however, other variables play a role in explaining the psychological status of the parents of these children. The purpose of this study was to investigate the relationship between mental health and social support and mindfulness of mothers with a mentally retarded child.

Method: A total of 92 mothers with at least one mentally retarded child aged 6 to 14 were selected as the sample. The data were collected through *mindful attention awareness scale* (Brown and Ryan, 2003), *multidimensional scale of perceived social support* (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1998), and *depression, anxiety and stress scale* (Lovibond & Lovibond, 1995). Data were analyzed using Pearson correlation test and multivariate regression.

Results: The results showed that there was a significant negative relationship between the depression, anxiety and stress scores ($p < 0.01$). But there was no significant relationship between mothers' mental health and social support. The results also showed that the mindfulness could significantly predict depression ($\beta = 0.50$) and anxiety ($\beta = 0.46$) of mothers ($P < 0.001$), but maternal stress was not predicted by any of the variables of mindfulness and social support.

Conclusion: The significant relationships between mindfulness and mental health of mothers with mentally retarded children highlights the necessity of psychological interventions based on mindfulness.

Keywords: Mindfulness, social support, mental health, mental retardation

Citation: Ghasemipour Y, Roshan B. Investigating the relationship between mindfulness and social support with mental health of mothers with mentally retarded child. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 176-187.

***Corresponding author:** Yadollah Ghasemipour, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Hamedan, Iran.

Email: Y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

Tel: (+98) 81-32355348

نقش ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

یداله قاسمی‌پور^{۱*}، بهناز روشن^۲

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۷/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: وجود کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده، سلامت روانی اعضای آن را به خطر می‌اندازد، با این وجود متغیرهای دیگری نیز در تبیین وضعیت روان‌شناختی والدین این کودکان نقش ایفا می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود.

روش: تعداد ۹۲ نفر از مادران دارای حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در دامنه سنی ۶ تا ۱۴ سال به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ای متشکل از مقیاس‌های ذهن آگاهی (براون و ریان، ۲۰۰۳)، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی/ادراک شده (زیمت، دهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۹۸)، افسردگی، اضطراب و تنیدگی (لاویوند و لاویوند، ۱۹۹۵) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ذهن آگاهی با ابعاد افسردگی، اضطراب، و تنیدگی، رابطه معنی‌دار و معکوسی دارد ($P < 0/01$)؛ یعنی میزان بالای ذهن آگاهی با سطح پایین افسردگی، اضطراب، و تنیدگی، همراه است. اما بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، رابطه معنی‌داری به دست نیامد. نتایج همچنین نشان داد که ذهن آگاهی توانست به صورت معنی‌داری افسردگی ($\beta = 0/50$) و اضطراب ($\beta = 0/46$) مادران را پیش‌بینی کند ($P < 0/01$)، اما تنیدگی مادران توسط هیچ کدام از متغیرهای ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی، پیش‌بینی نشد. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که نگهداری از کودک کم‌توان ذهنی، تنیدگی، اضطراب، و افسردگی مادران را افزایش می‌دهد، بنابراین لزوم طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر افزایش ذهن آگاهی، ضروری است.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، سلامت روان، کم‌توانی ذهنی

*نویسنده مسئول: یداله قاسمی‌پور، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران.

تلفن: ۰۸۱-۳۲۳۵۵۳۴۸

ایمیل: Y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

مقدمه

یکی از طبیعی ترین نیازهای انسان، تعلق به خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان، تربیت آنها و برقراری ارتباطات سالم اعضا با یکدیگر است، حتی اگر کودک کم توان ذهنی، نابینا، یا ناشنوا باشد. تولد کودک کم توان ذهنی اغلب به عنوان شوک شدیدی در خانواده تلقی می شود و در شرایط معمول زندگی اختلال ایجاد می کند. همچنین والدین کودکان کم توان ذهنی حالات هیجانی ناپایدار، بیماری های روان شناختی، سوگ پایدار، سازش نایافتگی و انزوای اجتماعی، و همچنین دردهای فیزیکی مانند کمردرد، سردرد، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، اندوه، کم خوابی، و افسردگی را تجربه می کنند (۱-۶). در این رابطه پژوهش های مختلف نشان می دهند والدین کودکان کم توان ذهنی، سلامت جسمانی و روانی پایین تری دارند. مطالعه امیکایل و اوت واتر (۷) و سینگر (۸) نمایانگر آن است که افسردگی از شایع ترین واکنش های والدین کودکان کم توان ذهنی است. این پژوهش ها نشان داده است، مادران کودکان دارای نیازهای ویژه در مقایسه با پدران با مشکلات بیشتری برخورد کرده و بیشتر با مشکلات رفتاری فرزند خود مواجه می شوند، به همین منظور تنیدگی بیشتری را تجربه کرده و به حمایت اجتماعی بیشتری نیاز دارند. در حقیقت وجود فرزند کم توان ذهنی، سازش یافتگی و سلامت جسمانی و روانی والدین، به خصوص مادران را تهدید کرده و غالباً تأثیر منفی بر رضایت مندی آنها دارد (۹). وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده اغلب ضایعات جبران ناپذیری بر پیکر خانواده وارد می کند. آسیب پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می شود.

متغیرهایی جهت کاستن یا تعدیل عوارض حضور کودک کم توان ذهنی در خانواده، نقش ایفا می کنند. از جمله عواملی که می تواند در کاهش آشفتگی های روانی ناشی از داشتن این

کودکان اثرگذار باشد، ذهن آگاهی^۱ است (۱۰ و ۱۱). از سوی دیگر پژوهش های متعددی این نکته را تأیید کرده اند که هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می کند و بالعکس. از این جهت، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (۱۲). در این پژوهش سعی بر این است که رابطه ذهن آگاهی به عنوان متغیر درون فردی، و حمایت اجتماعی به عنوان متغیر بین فردی با سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی بررسی شود. بنابراین، ابتدا به نقش ذهن آگاهی و سپس به نقش حمایت اجتماعی پرداخته می شود.

ذهن آگاهی را آگاهی و توجه تقویت شده به تجربه در حال وقوع می دانند، اما پژوهشگرانی مانند بائر (۱۳)، ویژگی های دیگری مثل توجه غیرقضاوتی، پذیرندگی نسبت به توجه، عدم واکنش گری، و توانایی توصیف تجربه را نیز جزء ابعاد محوری آن دانسته اند. با بررسی پیشینه پژوهشی به وضوح تأثیر ذهن آگاهی بر سلامت روانی افراد مشخص است، و با نگاهی به نتایج حاصل از تمرینات ذهن آگاهی به طور مستقیم تأثیرگذاری این روش بر ابعاد زندگی افراد مشهود است، از این رو با توجه به تأثیرات مستقیم ذهن آگاهی در سلامت روان و جنبه های دیگر زندگی افراد، در این پژوهش ذهن آگاهی را به عنوان یکی از متغیرهایی که تا حدی می تواند بار روانی حضور کودک کم توان ذهنی را در خانواده کاهش دهد، مورد بررسی قرار می دهیم. در این رابطه، نتایج مطالعات اسکات و مالوف (۱۴) و مورگان و همکاران (۱۵) نشان دادند که هرچه ذهن آگاهی افزایش پیدا کند به موازات آن، آرامش فرد، عملکرد انطباقی فرد، توانایی های عاطفی، مهارت هایی مثل درک، فهم، مدیریت و مهار احساسات خود و دیگران و همچنین کیفیت زندگی افراد، افزایش پیدا می کند؛ در نتیجه وجود مهارت های ذهن آگاهی را می توان تضمین کننده سلامت روانی فرد دانست.

حمایت گر به همراه ویژگی های شخصیتی فرد مانند میزان ذهن آگاهی، تأثیر مستقیمی بر کیفیت و سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی دارد. همچنین پژوهش ها نشان می دهند بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (۹، ۲۰-۲۴).

درباره تعریف حمایت اجتماعی نظرات متفاوتی مورد توجه است. این اصطلاح گاهی به وجود روابط اجتماعی یا کمیت روابط اطلاق می شود و زمانی نیز نوع به خصوصی از روابط اجتماعی مانند رابطه زناشویی، دوستی، و عضویت سازمانی مورد نظر بوده است. همچنین ساخت روابط اجتماعی و محتوای کارکردی روابط نیز از جمله مواردی هستند که در اندازه گیری حمایت اجتماعی به کار می روند. این نوع اندازه گیری در حیطه تأثیر گذاری بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به کم توان ذهنی به کار رفته است (۲۵). حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال و روش های مختلفی تعریف شده است. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل اند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (۱۲).

نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که حمایت اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی، و جنبه های مختلف کیفیت زندگی افراد، اثرات زیادی دارد (۲۶ و ۲۷) و به عنوان یک عامل تعدیل کننده و مؤثر در کنار آمدن و سازش یافتگی با شرایط تنش آور زندگی، شناخته شده است (۲۸ و ۲۹). در مطالعات موجود در این زمینه، حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار گرفته است. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت های کسب شده توسط فرد، مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (۳۰). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده

در واقع، ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین های مذهبی شرقی دارد (۱۶). کابات زین^۱، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (۱۷). افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانات، و تجربه ها دارند (۱۸). اما لازم است مفهوم ذهن آگاهی از اصطلاحاتی چون هشیاری، آگاهی، توجه و خودشناسی متمایز شود. هشیاری ترکیبی از توجه و آگاهی است. آگاهی مانند زمینه یا صفحه رادار گونه هشیاری عمل می کند که در این صفحه یا زمینه، محرک های درونی و بیرونی ارگانیسم تحت نظر گرفته می شود. شخص ممکن است بدون اینکه محرک ها در مرکز توجه او قرار گیرند از آنها آگاه باشد. توجه، آگاهی هشیارانه متمرکز است و حساسیت به دامنه محدودی از تجارب را شامل می شود. توجه و آگاهی تقریباً جنبه های پایدار و همیشگی عملکرد طبیعی فرد هستند، ولی ذهن آگاهی به عنوان توجه و آگاهی ارتقاء یافته^۲ به تجارب جاری یا واقعیت کنونی در نظر گرفته می شود (۱۹).

حضور کودک کم توان ذهنی به آسیب های روانی مشخص دیگری از جمله اضطراب و افسردگی در والدین به ویژه مادر نیز منجر می شود. در این والدین نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی بیشتری دیده می شود و همچنین فرصت کمتری برای خود و سلامت جسمی و روانی خود قائل بوده و خلق پایین تری دارند (۱۰ و ۱۱). در نتیجه می توان سلامت روانی والدین را تابعی از حضور کودک کم توان ذهنی در خانواده تلقی کرد و بدین ترتیب مادران با تولد نوزاد کم توان ذهنی به لحاظ روحی آسیب بزرگی را متحمل می شوند. حمایت هایی که از سوی جامعه و افراد مهم در زندگی این مادران وجود دارد متضمن سلامتی روان این افراد است. در این رابطه نتایج مطالعات حاکی از آن است که جامعه

تحصیل بود و ملاک خروج از پژوهش شامل بی سواد بودن مادر، همبودی کم توانی ذهنی با آسیب بینایی یا شنوایی، و شدت کم توانی ذهنی متوسط، شدید، یا عمیق بود.

(ب) ابزار پژوهش: در این پژوهش آزمودنی ها به مقیاس های ذهن آگاهی^۱ (۱۸)، حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ (۳۲)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی^۳ (۳۳) و سؤالات جمعیت شناختی پاسخ دادند.

۱. مقیاس ذهن آگاهی: این مقیاس توسط براون و ریان (۱۸) ساخته شده است و برای سنجش ذهن آگاهی به کار می رود. این مقیاس از اعتبار^۴ خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۸). روایی^۵ این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی های بسیار بالایی ($P < ۰/۰۰۰۱$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۱۸). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین، خلق و نشانه های تنیدگی کم، مرتبط است (۳۴). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۱۹).

۲. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس را زیمت، دهلم، زیمت و فرلی (۳۲) در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان، و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده اند. این ابزار ۱۲ گویه دارد و پاسخ گو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می کند. حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده شامل گویه های ۳، ۴، ۸ و ۱۱؛ حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان شامل گویه های ۶، ۷، ۹ و ۱۲؛ و

به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شود؛ مگر اینکه فرد آنها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهای ارزیابی کند (۳۱). مقیاس های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند (۳۰).

در هر صورت با توجه به اهمیت ذهن آگاهی به عنوان یک توانمندی درون روانی در مواقع تنش آور مانند داشتن کودک کم توان ذهنی از یک سو، و اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک متغیر برون روانی از سویی دیگر، در مطالعه حاضر به بررسی این مسئله پرداخته شده است که آیا میزان ذهن آگاهی به عنوان یک عامل درون فردی در کنار عامل برون فردی حمایت اجتماعی با سلامت روانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی رابطه معناداری دارد یا خیر؟

روش

(الف) جامعه آماری و نمونه پژوهش: جامعه آماری در این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک کم توان ذهنی آموزش پذیر شهرستان ملایر در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ تشکیل دادند. این کودکان در مراکز آموزشی کودکان استثنایی تحت پوشش اداره بهزیستی و آموزش و پرورش مشغول به تحصیل بودند و در دامنه سنی ۶ تا ۱۴ سال قرار داشتند.

نمونه مورد مطالعه شامل ۹۲ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی از جامعه آماری مذکور بود که با روش نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل مادر تنی بودن و داشتن حداقل یک فرزند کم توان ذهنی با درجه خفیف یا آموزش پذیر در حال

3. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)

4. Reliability

5. Validity

1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

ماندن اطلاعات، در نظر نگرفتن اطلاعات هویتی شرکت کنندگان، و همچنین رضایت آنان در شرکت در این پژوهش رعایت شد. لازم به ذکر است از میان ۱۴۵ پرسشنامه‌ای که تکمیل شد موارد نامعتبر آن کنار گذاشته شد و تعداد ۹۲ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و برای آزمون فرضیه‌ها از روش آماری همبستگی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

گروه مورد پژوهش شامل مادران دارای حداقل یک کودک کم توان ذهنی آموزش‌پذیر بود. میانگین سن مادران ۳۶/۵۲ سال بود ($SD = ۶/۶۵$) (دامنه سنی = ۳۸-۲۷). میانگین تعداد کل فرزندان آنها نیز ۲/۲۱ فرزند بود. سایر شاخص‌های توصیفی مربوط به نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، اشتغال، جنسیت فرزند کم توان ذهنی و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی	درصد
تأهل	متأهل	۷۰
	مطلقه	۳
	بیوه	۴
	۱	۲۵
	۲	۴۱/۷
	۳	۲۵
تعداد فرزندان	۴	۵/۶
	۵	۱/۴
	۶	۱/۴
	خانه‌دار	۶۳
	شاغل	۱۱
	دختر	۴۰
جنسیت فرزند کم توان	پسر	۳۰
	سوم	۲۹
	راهنمایی	۳۹/۷
تحصیلات	دیپلم	۳۱
	فوق دیپلم	۲
	لیسانس	۱۱

حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران شامل گویه‌های ۱، ۲، ۵ و ۱۲ است. در یک مطالعه اعتبار درونی این ابزار در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار، و ۰/۸۶ برای کل ابزار گزارش شده است (۳۲). همچنین مرادی، دهقانی‌زاده و سلیمانی خشاب (۳۵) ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد سه گانه دیگران مهم، خانواده، و دوستان را به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

۳. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی: این مقیاس توسط لاویوند و لاویوند (۳۳) در دو فرم کوتاه (۲۱ گویه‌ای) و بلند (۴۲ گویه‌ای) ساخته شد که توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های افسردگی، اضطراب، و تنیدگی را در طی یک هفته گذشته دارد. هرچند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد، ولی بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. پایایی این مقیاس در جوامع غربی با آلفای کرونباخ بالای ۰/۹۰ به تأیید رسیده است. این مقیاس در جامعه ایرانی نیز از پایایی خوبی برخوردار است (۳۶)، به‌طوری که مرادی‌پناه، محمدی و محمدی (۳۷)، در مطالعه‌ای بر روی بیماران قلبی، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، ۰/۹۲ و ۰/۸۲ را به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، و تنیدگی گزارش کرده‌اند. همچنین براساس مطالعات کرافورد و هنری (۳۸)، این مقیاس از روایی سازه خوبی نیز برخوردار است.

ج) روش اجرا: بعد از انجام مکاتبات با دانشگاه و اداره بهزیستی و آموزش و پرورش شهر ملایر و کسب مجوزهای لازم به مدارس استثنایی مراجعه شد و با هماهنگی مدیریت مدارس، پژوهشگر در جلسه اولیاء و مربیان مدارس شرکت کرد و همکاری مادران را برای تکمیل کردن پرسشنامه‌های پژوهش جلب کردند. همچنین پژوهشگر در محل پژوهش حضور داشته و به پرسش‌های احتمالی آزمودنی‌ها (مادران) پاسخ می‌داد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش مانند محرمانه

بود. از این میان ۶۳ نفر یعنی حدود ۷۲ درصد مادران خانه دار بودند و حدود ۸۲ درصد آنها مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم داشتند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و همبستگی بین آنها در جدول ۲ گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است ۷۰ نفر از مادران متأهل بودند که حدود ۹۱ درصد افراد مورد پژوهش را تشکیل می دادند، و اکثر مادران دارای دو فرزند بودند (۳۰ درصد) که حداقل یک نفر از فرزندان، مبتلا به کم توانی ذهنی

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. ذهن آگاهی	۴۶/۰۸	۱۵/۹۵	۰/۲۹	-۰/۴۴	۱							
۲. حمایت خانواده	۱۴/۱۹	۳/۱۷	-۰/۵۸	۰/۷۰	۰/۱۶	۱						
۳. حمایت دوستان	۱۱/۵۸	۳/۵۲	۰/۲۶	-۰/۰۵	-۰/۴۰	۰/۴۳*	۱					
۴. حمایت دیگران	۱۳/۶۳	۳/۶۲	-۰/۴۰	-۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۶۶*	۰/۲۴	۱				
۵. حمایت کل	۳۹/۶۲	۸/۱۲	-۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۸۳*	۰/۷۶*	۰/۸۳*	۱			
۱. افسردگی	۱۴/۸۱	۴/۲۳	۰/۰۲	-۰/۴۰	-۰/۵۱*	۰/۱۶	-۰/۰۳	۰/۱۷	-۰/۱۸	۱		
۲. اضطراب	۱۴/۹	۴/۹	۰/۴۷	-۰/۴۲	-۰/۵۱*	۰/۲۲	-۰/۱۴	۰/۱۳	-۰/۲	۰/۷۳*	۱	
۳. تنیدگی	۱۷/۶۳	۴/۰۵	-۰/۳۵	-۰/۴۸	-۰/۴۲*	۰/۱۱	-۰/۰۰۷	۰/۰۱	-۰/۱۹	۰/۶*	۰/۷*	۱

*P > ۰/۰۱

کودک کم توان ذهنی از روش رگرسیون چندمتغیره از نوع خطی استفاده شد. پیش از تحلیل اصلی رگرسیون مفروضه های این تحلیل از قبیل هم خطی نبودن چندگانه متغیرها، داده های پرت، نرمال بودن توزیع نمره ها، و یکسانی واریانس توزیع نمره ها بررسی شد که نتایج نشان داد هیچ گونه تخطی از این مفروضه ها وجود ندارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیری مربوط به پیش بینی پذیری سلامت روان (افسردگی، اضطراب، و تنیدگی) توسط ذهن آگاهی و ابعاد حمایت اجتماعی در جدول ۳ گزارش شده است.

همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد رابطه ذهن آگاهی با مؤلفه های سلامت روان (افسردگی، اضطراب، و تنیدگی) معنی دار و معکوس است ($P < ۰/۰۱$) بدین معنی که میزان بالای ذهن آگاهی با افسردگی، اضطراب، و تنیدگی پایین همراه است. اما در مورد رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی، رابطه معنی داری به دست نیامد.

به منظور آزمون پیش بینی کنندگی ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی (حمایت خانواده، حمایت دوستان، حمایت دیگران) در سلامت روان (اضطراب، تنیدگی، افسردگی) مادران دارای

جدول ۳: تحلیل مربوط به مدل رگرسیون افسردگی، اضطراب، و تنیدگی از روی ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی

متغیر ملاک	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجذورات R	تغییرات مجذورات R	F	معنی داری F
افسردگی	۲۲۲/۹۱	۴	۵۵/۷۳				
اضطراب	۳۵۳/۲۷	۴	۸۸/۳۲				
تنیدگی	۱۳۶/۹۱	۴	۳۴/۲۳				
افسردگی	۵۸۴/۲۲	۴۱	۱۴/۲۵	۰/۲۷۶	۰/۲۷۶	۳/۹۱	۰/۰۰۹
اضطراب	۷۲۹/۷۶	۴۱	۱۷/۸۰	۰/۳۲۶	۰/۳۲۶	۴/۹۶	۰/۰۰۲
تنیدگی	۶۰۰/۸	۴۱	۱۴/۶۷	۰/۱۸۶	۰/۱۸۶	۰/۰۷	۰/۱۹
افسردگی	۸۰۷/۱۳	۴۵					
اضطراب	۱۰۸۳/۰۳	۴۵					
تنیدگی	۷۳۷/۸۱	۴۵					

توانستند. ۳۲/۶٪ از واریانس اضطراب مادران را پیش‌بینی کنند، اما هیچ کدام از متغیرهای ذهن آگاهی و ابعاد حمایت اجتماعی نتوانستند تنیدگی مادران را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند. جدول ۴ ضرایب مربوط به هر کدام از متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده‌است، ذهن آگاهی و ابعاد حمایت اجتماعی توانستند افسردگی مادران را پیش‌بینی کنند، بدین معنی که ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ۲۷/۶٪ از واریانس افسردگی مادران را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، ذهن آگاهی و ابعاد حمایت اجتماعی

جدول ۴: ضرایب مربوط به تحلیل رگرسیون افسردگی و اضطراب از روی ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	B	Beta	ضرایب همبستگی جزئی	معنی داری Beta
ذهن آگاهی	افسردگی	۰/۱۳	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	اضطراب	۰/۱۴	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۰۰۱
حمایت خانواده	افسردگی	-۰/۰۶	-۰/۰۵	-۰/۰۳	۰/۸۰۴
	اضطراب	-۰/۴۴	-۰/۲۹	۰/۲۰	۰/۱۲۹
حمایت دوستان	افسردگی	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۷۴۰
	اضطراب	۰/۳۳	۰/۲۳	۰/۲۱	۰/۱۰۹
حمایت دیگران	افسردگی	-۰/۰۱	-۰/۰۸	-۰/۰۶	۰/۶۳۳
	اضطراب	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۷۱۹

موقعیت‌های تنش‌آور مانند داشتن یک کودک کم توان ذهنی مؤثر باشد.

همسو با این پژوهش سینگر و همکاران (۱۱) نشان دادند ذهن آگاهی مادران در پیامدهای سلامت روانی کودکان از جمله کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای اجتماعی آنان مؤثر است. مورگان و همکاران (۱۵) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند، به این صورت که بیماران با سطوح بیشتر ذهن آگاهی، افسردگی و تنیدگی کمتر و نیز خودکارآمدی و کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. مطالعه امیکایل و اوت واتر (۷) و سینگر (۸) نمایانگر آن است که افسردگی از شایع‌ترین واکنش‌های والدین کودکان کم توان ذهنی است، بنابراین بر اساس پیشینه پژوهشی می‌توان اذعان داشت که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند؛ به عبارت دیگر وجود کودک کم توان ذهنی به عنوان یک رویداد منفی در فعال کردن احساسات متعارض از جمله خشم نسبت به فرزند، نقش دارد. عدم ذهن آگاهی نسبت به این احساس و عدم توانایی در تغییر شرایط در درازمدت باعث جهت‌گیری

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد از بین متغیرهای پیش‌بین تنها ذهن آگاهی با ضرایب همبستگی ۰/۴۸ و ۰/۴۶ توانسته است به ترتیب افسردگی و اضطراب مادران را به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند. به ترتیب میزان ۲۳ و ۲۱ درصد از واریانس افسردگی و اضطراب به‌طور معنی‌داری توسط ذهن آگاهی تبیین می‌شود ولی ابعاد حمایت اجتماعی نتوانستند سهم یگانه معنی‌داری در تبیین واریانس افسردگی و اضطراب داشته باشند. با توجه به نتایج به‌دست آمده سلامت روان در دو بعد افسردگی و اضطراب توسط ذهن آگاهی پیش‌بینی می‌شود، اما تنیدگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی توسط هیچ کدام از این متغیرها پیش‌بینی نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد بین ذهن آگاهی و سلامت روان (اضطراب، افسردگی) مادران دارای کودک کم توان ذهنی رابطه معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد بالا بودن میزان ذهن آگاهی فرد می‌تواند در سلامت روانی فرد در

خشم به سمت خود مادر شده و به دلیل کام نایافتگی در مواجهه با خشم منجر به افسردگی می شود (۳۹). البته لازم به ذکر است که وجود خشم ناهشیار نسبت به کودک باید در مطالعات آتی به طور دقیق تر بررسی شود. بنابراین، نتایج این پژوهش به طور ضمنی نشان می دهند مداخلات مؤثر بر افزایش ذهن آگاهی والدین کودکان کم توان ذهنی، سلامت روان آنان را ارتقاء خواهد داد. از طرفی آگاهی نسبی به کام نایافتگی های ناشی از وجود فرزند کم توان ذهنی در خانواده می تواند اضطراب را در والدین ایجاد کند. اضطراب مادر همچنین می تواند از الزامات مراقبت از کودک کم توان ذهنی، از جمله هزینه ها، نحوه برخورد با کودک و اطرافیان، و همچنین نگرانی از آینده کودک، ناشی شده باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد رابطه معنی داری بین ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی وجود ندارد. این یافته با پژوهش های مشابه ناهمسو است. برای مثال، نتایج پژوهش فولادوند، فرزاد، شهرآرای و سنگری (۲۶) نشان داد که سطوح بالاتر سلامت روانی و جسمانی از طریق نمرات بالاتر حمایت اجتماعی پیش بینی می شود. همچنین یافته های پژوهش آزادی و آزاد (۲۷) نشان داد بین حمایت اجتماعی با سلامت روان، حمایت اجتماعی با تاب آوری، و تاب آوری با سلامت روان، همبستگی معنی داری وجود دارد، که در این میان حمایت اجتماعی سایر افراد مهم زندگی، حمایت اجتماعی خانواده، و حمایت اجتماعی دوستان به ترتیب بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارند. نتایج پژوهش بحری، دهقان منشادی و دهقان منشادی (۲۸)، نشان داد که حمایت اجتماعی با سلامت روانی والدین کودکان ناشنوا و نابینا رابطه دارد و قادر است تا سلامت روانی آنان را پیش بینی کند. بدین ترتیب نتایج این پژوهش ها حاکی از آن هستند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری دیده می شود و افراد از لحاظ سلامت روان وضعیت بهتری دارند. در تبیین یافته به دست آمده در این مطالعه می توان گفت حمایت های سازمان

بهریستی تا حدودی کمبود حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده و دیگران را جبران کرده است. اگر در این پژوهش گروه مقایسه ای که به گونه ای مددجوی سازمان بهزیستی نبودند، مورد بررسی قرار می گرفت در آن صورت می توانست تفاوت حمایت های اجتماعی دریافت شده از سوی سازمان را در میزان معنی داری تعیین کند. در پایان باید گفت که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش آسایش و همکاران (۳۱) همسو است. یافته های این پژوهشگران نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان ارتباط معنی داری ندارد.

همچنین، پژوهش های سالوویتا، ایتالینا و لینون (۹)، لانگلدن و وال (۲۰)، هارتلی و شولتز (۲۱)، قراشی، سرنندی و فرید (۲۲)، موگلی و نعمتی (۲۳) و شریفی درآمدی (۲۴) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، بدین معنی افرادی که از حمایت بالاتری برخوردارند در برابر اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی، کمتر آسیب پذیرند. مغایرت نتایج این پژوهش با پژوهش های مشابه می تواند مربوط به متفاوت بودن نمونه این پژوهش باشد. داشتن یک کودک کم توان ذهنی در برخی از فرهنگ ها یک نوع نقص محسوب می شود. علاوه بر این، برخی از افراد آن را به عنوان یک لکه ننگ می دانند که این خود باعث می شود برخی از والدین این واقعیت را به صورت راز نگه دارند و دیگران را از کم توانی ذهنی کودک خود مطلع نکنند که به نوبه خود سبب عدم جلب حمایت اجتماعی از سوی دیگران و از طرفی باعث احساس فشار روانی و اضطراب و افسردگی شود. همچنین این احتمال وجود دارد که برخی از والدین از سوی افراد پیرامون خود طرد شده و یا روابط اجتماعی کمتری با افراد فامیل، دوستان، و خانواده های طرفین داشته باشند. این عوامل می تواند در معنی دار نشدن رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان مادران (افسردگی، اضطراب، تنیدگی) در این مطالعه مؤثر بوده باشد.

بیشتری، یافته‌ها را تعمیم داد. همچنین آموزش ذهن آگاهی به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر بر تضمین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی، یک موضوع بسیار ضروری است.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم بهناز روشن در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه ملایر با مجوز شماره ۱۸۶۲۳-۱/۸۹ مورخ ۹۴/۱۰/۹ است. بدین وسیله از تمامی مسئولین اداره بهزیستی و آموزش و پرورش و همچنین مادران دارای کودک کم توان ذهنی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، سپاسگزاریم.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را داشته است که در به دست آوردن نتایج آن بی‌تأثیر نبوده است. برخی از این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، عدم کنترل متغیرهای واسطه‌ای مؤثر بر سلامت روان مادران، پایین حجم نمونه، محدود بودن سن افراد نمونه، و احتمال همبودی کم توانی ذهنی با سایر اختلال‌های روانی در کودکان مورد مطالعه. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی با رفع این محدودیت‌ها درباره سلامت روان‌شناختی هر یک از اعضای خانواده کودکان کم توان ذهنی (مانند پدر، مادر، برادر و خواهر) صورت گیرد تا هم دقت نتایج به دست آمده افزایش یابد و هم بتوان با توان

References

1. Afrooz Q, Taghizadeh H. Comparison of perceived social support and mental health of mothers of children with and without hearing-impairment. *Exceptional Education*. 2014; 2(124): 7-17. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Malekshahi F, Fallahi S. Parent's mentally retarded child psycho-social problems covered by welfare centers khorramabad 2013. *Yafte*. 2016; 18(3): 42-51. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Sutinah S, Saswati N. Psychoeducation therapy reduces burden and improves family ability in caring for mental retardation children. *Indonesian Nursing Journal Of Education And Clinic (INJEC)*. 2017; 2(1): 85-104. [\[Link\]](#)
4. Ershad Sarabi R, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Comparing parental stress, parenting styles, and social problem solving in mothers of children with autism spectrum disorder, ADHD, and typically developing children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 165-179. [Persian]. [\[Link\]](#)
5. Zamani N, Ansari Shahidi M. Prevalence of psychological disorders among caregivers of children with intellectual disabilities and motor disabilities in Hamadan. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(3): 119-129. [Persian]. [\[Link\]](#)
6. Aghaei S, Yousefi Z. The effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimensions among mothers of children with intellectual disability. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(2): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
7. Ambikile JS, Outwater A. Challenges of caring for children with mental disorders: Experiences and views of caregivers attending the outpatient clinic at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam - Tanzania. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6(1): 16. [\[Link\]](#)
8. Singer GHS. Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *Am J Ment Retard*. 2006; 111(3): 155-169. [\[Link\]](#)
9. Saloviita T, Itälinna M, Leinonen E. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a Double ABCX Model. *J Intellect Disabil Res*. 2003; 47(Pt 4-5): 300-312. [\[Link\]](#)
10. MacDonald EE, Hastings RP. Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *J Child Fam Stud*. 2010; 19(2): 236-240. [\[Link\]](#)
11. Singh NN, Lancioni GE, Winton ASW, Singh J, Curtis WJ, Wahler RG, et al. Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behav Modif*. 2007; 31(6): 749-771. [\[Link\]](#)
12. Ki E-J, Jang J. Social support and mental health. *Journal of Asian Pacific Communication*. 2018; 28(2): 226-250. [\[Link\]](#)
13. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol*. 2003; 10(2): 125-143. [\[Link\]](#)
14. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Pers Individ Dif*. 2011; 50(7): 1116-1119. [\[Link\]](#)
15. Morgan NL, Ransford GL, Morgan LP, Driban JB, Wang C. Mindfulness is associated with psychological symptoms, self-efficacy, and quality of life among patients with symptomatic knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013; 21: S257-258. [\[Link\]](#)
16. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(3): 296-321. [\[Link\]](#)
17. Olafsen AH. The implications of need-satisfying work climates on state mindfulness in a longitudinal analysis of work outcomes. *Motiv Emot*. 2017; 41(1): 22-37. [\[Link\]](#)
18. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84(4): 822-848. [\[Link\]](#)
19. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 154-162. [Persian]. [\[Link\]](#)

20. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(6): 830–837. [Link]
21. Hartley SL, Schultz HM. Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(6): 1636–1648. [Link]
22. Gharashi K, Sarandi P, Farid A. The comparison of stress and marital satisfaction status of parents of hearing-impaired and normal children. *Bimonthly Audiology - Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 22(1): 18–24. [Persian]. [Link]
23. Movallali G, Nemati S. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Bimonthly Audiology - Tehran University of Medical Sciences*. 2009; 18(1): 1–11. [Persian]. [Link]
24. Sharifi Daramadi P. The effect of emotional intelligence training on mental health of mothers with educable mental retarded children. *Journal of Family Research*. 2009; 4(4): 423–439. [Persian]. [Link]
25. Alonso-Sardón M, Iglesias-de-Sena H, Fernández-Martín LC, Mirón-Canelo JA. Do health and social support and personal autonomy have an influence on the health-related quality of life of individuals with intellectual disability? *BMC Health Serv Res*. 2019; 19: 63. [Link]
26. Fooladvand K, Farzad VA, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2010; 4(2): 81–93. [Persian]. [Link]
27. Azadi S, Azad H. The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2011; 3(4): 48–58. [Persian]. [Link]
28. Bahri SL, Dehghan Manshadi M, Dehghan Manshadi Z. To investigate the effect of predicting resiliency and social support in general mental health in parents of deaf and blind children. *Exceptional Education*. 2014; 1(123): 5–12. [Persian]. [Link]
29. Park N, Heo W, Ruiz-Menjivar J, Grable JE. Financial hardship, social support, and perceived stress. *Journal of Financial Counseling and Planning*. 2017; 28(2): 322–332. [Link]
30. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 2(2): 3844–3849. [Link]
31. Asayesh H, Hesam M, Ghorbani M, Shariati A, Nasiri H. The relationship of perceived social support, mental health and life satisfaction in martyrs and veterans students of state university in Gorgan. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2011; 8(1): 34–41. [Persian]. [Link]
32. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988; 52(1): 30–41. [Link]
33. Lovibond SH, Lovibond PF, Australia PF of. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney, N.S.W. : Psychology Foundation of Australia; 1995. [Link]
34. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005; 58(1): 29–33. [Link]
35. Moradi M, Dehghanizadeh MH, Soleimanikheshab AA. Percieved social support and Academic buoyancy: medaitive role of academic self-efficacy beliefs. *Journal of education and learning studies*. 2015; 7(1): 1–24. [Persian]. [Link]
36. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian POPULATION. *Journal of Developmental Psychology*. 2005; 1(4): 36–54. [Persian]. [Link]
37. Moradipناه F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *East Mediterr Health J*. 2009; 15(3): 639–647. [Link]
38. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003; 42(Pt 2): 111–131. [Link]
39. Trunnell TL. The management of the mechanisms of depression in intensive short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*. 1987; 2: 1–5. [Link]