Review

A Review of Metacognitive Beliefs and Self-care of Parents of Children with Mental Disabilities

Akbar Jadidi Mohammadabadi[1*], Mohammad Ahmadi Deh Qutbaddini[2], Farzaneh Eslami Shahr-e-Babaki[3], Zahra Heydari Bafghi[4]

1. Assistant Professor, Department of Education Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education, Islamic Azad University, Anar Branch, Iran.
3. Department of Education Sciences, Islamic Azad University, Anar Branch, Iran.
4. Department of Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: a.jadidi@pnu.ac.ir

(Received 13 July 2023; Accepted 30 January 2023)

Abstract

Disruption in metacognitive beliefs, including cognitive trust, positive beliefs about worry, negative beliefs about uncontrollability, and the need to control thoughts, can overshadow a person's attention to physical and mental health. Considering the high number of children with mental disabilities, the presence of these children in the family exerts various effects on different aspects of the lives of families and parents. Therefore, the level of self-care in these parents and factors (positive and negative emotions and metacognitive beliefs) that affect their self-care are paramount. Therefore, the present study aimed to assess the metacognitive beliefs and self-care of parents of children with mental disabilities. A query was conducted on Scopus, Science Direct, Iranmedex, Springer, and ProQuest within the time frame of 2003-2022. After reviewing and summarizing the full text of the articles, 31 papers were selected. The findings pointed out that mental disability is a condition that is formed by various factors, such as attention disabilities, learning disabilities, and social disabilities, along with related behavioral problems. Parents of children with intellectual disabilities need special support, self-care, and guidance. Negative metacognitive beliefs may decrease confidence in one's own abilities, intensify stress, decrease motivation and energy, and destroy family relationships. On the other hand, positive metacognitive beliefs cause positive dealing with challenges, self-control, and self-acceptance, helping parents achieve high self-care in this regard. Parents who believe that healthy eating and taking care of the mother's physical and mental health during pregnancy can accelerate the improvement of their children's health. They pay more attention to this issue and will consider preventive approaches before birth as an essential part of their care. Parents who believe that appropriate educational methods can improve their behavior towards their children and their children's abilities plan their children's education according to these beliefs.

Keywords: Beliefs, Intellectual disability, Metacognitive, Self-Care.

ClinExc 2024;13(55-65) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[illegible]

اکبر جدیدی محمدآبادی[۱]*، محمد احمدی ده قطب الدینی[۲]، فرزانه اسلامی شهربابکی[۳]، زهرا حیدری بافقی[۴]

چکیده

اختلال در باورهای فراشناختی از جمله اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و نیاز به کنترل افکار، مواردی هستند که می‌توانند توجه فرد به سلامت جسمی و روانی را تحت‌الشعاع خود قرار دهند. با توجه به آمار بالای کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی، حضور این کودکان در خانواده تأثیرات مختلفی را بر جنبه‌های گوناگون زندگی خانواده‌ها و والدین می‌گذارد؛ بنابراین، میزان خودمراقبتی در این والدین و عواملی (هیجان‌های مثبت و منفی و باورهای فراشناختی) که خودمراقبتی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حائز اهمیت است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی انجام شد. مطالعه‌ی مروری حاضر با جست‌وجو در منابع اطلاعاتی شامل: Scopus, Science Direct, IranMedex, Springer ProQuest در محدوده‌ی زمانی۲۰۲۲-۲۰۰۳ آغاز شد و پس از بررسی خلاصه و متن کامل مقالات، در نهایت ۳۱ مقاله انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد ناتوانی ذهنی وضعیتی است که عوامل مختلفی مانند ناتوانی‌های توجه، ناتوانی‌های یادگیری و ناتوانی‌های اجتماعی به همراه مشکلات رفتاری مرتبط، آن را تشکیل می‌دهند. والدینی که دارای فرزندان با ناتوانی ذهنی هستند، به حمایت، خودمراقبتی و راهنمایی خاص نیاز دارند. باورهای فراشناختی منفی ممکن است باعث کاهش اعتماد به توانایی‌های خود، تشدید استرس، کاهش انگیزه و انرژی و از بین بردن روابط خانوادگی شود. از طرف دیگر، باورهای فراشناختی مثبت باعث برخورد مثبت با چالش‌ها، خودکنترلی و خودپذیرفته بودن می‌شود و باعث می‌شود والدین از این نظر به خودمراقبتی بالایی برسند. والدینی که باور دارند تغذیه‌ی سالم و مراقبت از سلامت جسمی و روحی مادر در دوران بارداری می‌تواند بهبود سلامت فرزندانشان را تسریع کند، بیشتر به این موضوع توجه می‌کنند و رویکردهای پیشگیرانه‌ی قبل از تولد را بخشی اساسی از مراقبت‌های خود در نظر خواهند گرفت و والدینی که باور دارند رفتارهای خود در برابر فرزندانشان می‌تواند بهبود یابد و با استفاده از روش‌های آموزشی مناسب، می‌توانند توانایی‌های فرزندانشان را بهبود بخشند، آموزش و پرورش فرزندانشان را با توجه به این باورها طرح می‌ریزند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، خودمراقبتی، ناتوانی ذهنی.

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد انار، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران.
۳. گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران.
۴. گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
* نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه پیام نور، گروه علوم تربیتی و مشاوره . E-mail: a.jadidi@pnu.ac.ir
تاریخ دریافت:۱۴۰۲/۰۴/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۱۱/۱۰

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

وجود کودک ناتوان ذهنی مشکلات خاصی را برای خانواده و مخصوصاً والدین به وجود می‌آورد. وجود این مشکلات می‌تواند سلامت روانی خانواده را دچار آسیب کند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی، سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب، احساس گناه و خجالت بالاتری را تجربه می‌کنند (۱).

کم‌توانی ذهنی نوعی وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل یا پس از تولد کودک پدید می‌آید. وجود یک کودک ناتوان ذهنی در خانواده می‌تواند منبع استرس باشد و بر روابط اعضا در درون خانواده تأثیر بگذارد (۲). باید توجه کرد که والدین دارای کودک ناتوان ذهنی با مشکلات، چالش‌ها، استرس و اضطراب زیادی روبه‌رو هستند. به‌علاوه، والدین این کودکان از منابع حمایتی مؤثری برخوردار نیستند (۳) و از سوی دیگر، آنان خود را وقف کودک کم‌توان خود می‌کنند، به‌طوری که موجب غفلت از خود در ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می‌شود؛ بنابراین، مراقبت از خود در مورد این دسته از والدین از اهمیت زیادی برخوردار است (۴).

خودمراقبتی به مجموعه‌ای از اقدامات گفته می‌شود که افراد برای بهبود سلامت، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند (۵). خودمراقبتی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و باعث کاهش هزینه‌های درمان می‌شود (۶). خودمراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه در کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه است. در واقع، درمان ارائه‌شده توسط پزشک بخشی از درمان و مراقبت است. آنچه مهم است مراقبت‌های بعدی است که خود شخص انجام می‌دهد؛ بنابراین، خودمراقبتی جزو لاینکف مراقبت‌های بهداشتی اولیه است (۷).

مراقبت دارای دو بخش جسمانی و روانی‌اجتماعی است. رفتارهای مراقبتی جسمانی شامل: انجام کارهای روزمره، اعمال فیزیکی، مداخلات تشخیصی، درمان‌ها، روندها، آموزش و حل مسئله در مسیر دستیابی به نتیجه‌ی مطلوب و حصول بهبود جسمانی و رفتارهای مراقبتی روانی‌اجتماعی شامل: ایجاد اعتماد، پذیرش احساسات، داشتن صداقت، پرورش روحیه‌ی امید، برقراری ارتباط مناسب و حمایت عاطفی است (۸). تدابیر خودمراقبتی شامل: داشتن رژیم غذایی سالم، فعالیت ورزشی منظم، مصرف منظم دارو هنگام بیماری و... است. توانایی خودمراقبتی ظرفیت اشخاص در برآوردن احتیاجات و مراقبت از خود است که برای حفظ حیات، سلامت و رفاه شخص صورت می‌گیرد (۹). در واقع، خودمراقبتی صفتی پیچیده است که افراد را قادر می‌سازد برای نیازمندی‌های شناخته‌شده و مخصوص، کارهای سودمندی انجام دهند (۱۰).

استرس عدم دسترسی به سرویس‌ها و عدم پذیرش از سوی دیگران از موانع عمده‌ی خودمراقبتی والدین داری ناتوانی‌های ذهنی است (۱۱). از عوامل مهمی که می‌تواند باعث تسهیل خودمراقبتی والدین شود، آموزش به مراقبان و والدین است (۱۲، ۱۳). مطالعات نشان می‌دهد که درآمد خانوار به‌طور درخور توجه با باور خودمراقبتی ارتباط دارد (۱۴). یکی از تسهیل‌کننده‌های خودمراقبتی در مراقبان، حمایت است. در واقع، شواهد چشمگیری به اهمیت حمایت اجتماعی غیررسمی در افزایش سلامت روانی والدین اشاره می‌کند (۱۵). همچنین، یکی از عواملی که به افزایش اعتمادبه‌نفس و احساس رفاه و راحتی در روند مراقبت از بیمار و خود در مراقبان منجر می‌شود، وجود روابط بین‌فردی مناسب و مثبت با دیگران، خصوصاً با

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

باورهای فراشناختی است (۱۶). از جمله عوامل مؤثر در مراقبت از خود که در این پژوهش به آن پرداخته‌ایم، باورهای فراشناختی است. فراشناخت هرگونه دانش یا عمل شناختی است که موضوع آن فعالیت‌های شناختی و تنظیم آن باشد (۱۷). فراشناخت به معنی تفکر فرد در مورد تفکر است. به عبارت دیگر، فراشناخت آگاهی از نحوه‌ی تفکر و معطوف کردن آن به موضوع و چگونگی برنامه‌ریزی، درک و تصمیم به استفاده از شیوه‌ی درست برای درک و فهم دانش است. همچنین، بیکر و براون در سال ۱۹۸۴، فراشناخت را کنترل فرد بر تفکر و فعالیت‌های یادگیری خود تعریف کرده‌اند (۱۸). مطالعات فراشناخت ابتدا در روان‌شناسی رشد و یادگیری و راهبردهای دخیل در به‌یادسپاری انجام شده است؛ اما مفاهیم جدید آن را به حوزه‌ی اختلالات هیجانی و خودمراقبتی کشانده است (۱۹). مدل فراشناختی بیان می‌کند که فراشناخت‌ها مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها را کنترل می‌کند، چگونگی تفکر است، نه موضوع تفکر (۲۰). مدل فراشناختی شامل: دو دسته باور فراشناختی می‌شود:

۱. باور به معنی و اهمیت افکار؛

۲. باور به کنترل افکار و به‌تبع آن، معیارهای توقف (۲۱). دو دسته از باورهای فراشناختی مثبت و منفی را بررسی می‌کنیم. باورهای فراشناختی مثبت در خصوص سودمندی تفکر شامل: افزایش کنترل فکر و احساس منفی، افزایش احساسات مثبت، افزایش کنترل عملکردی بر رفتار و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف است. این باورها ممکن است در شروع تفکر خود را درگیر کنند (۲۲). باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل‌ناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند (۲۳).

اختلال در باورهای فراشناختی، از جمله اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و نیاز به کنترل افکار، مواردی هستند که می‌توانند توجه فرد به سلامت جسمی و روانی را تحت‌الشعاع خود قرار دهند (۲۴).

باورهای فراشناختی در بهبود علائم اختلال اضطراب سلامت و پریشانی ناشی از آن دلگرم‌کننده‌اند (۲۵). با توجه به آمار بالای کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی، حضور این کودکان در خانواده تأثیرات مختلفی را بر جنبه‌های گوناگون زندگی والدین می‌گذارد (۲۶). لازم است درباره‌ی والدین این دسته از کودکان تحقیقاتی انجام شود. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی نسبت به والدین دارای فرزندان عادی، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (۲۷)؛ بنابراین، لازم است درباره‌ی میزان خودمراقبتی در این والدین و عواملی که خودمراقبتی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، پژوهش‌های علمی و مستند انجام گیرد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی انجام می‌شود.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات مروری نقلی[1] برای بررسی نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده‌ی اخیر در زمینه‌ی رویکردهای شناختی و فراشناختی مرتبط با باورهای فراشناختی صورت گرفت. نخست، با انتخاب کلیدواژه‌های مناسب فارسی و انگلیسی مرتبط شامل: Metacognitive Beliefs, Self-Care, Parents with Mentally Retarded Children، باورهای فراشناختی، خودمراقبتی، والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی، به جست‌وجو در پایگاه‌های معتبر علمی فارسی و انگلیسی شامل: Scopus,

[1] Narrative Review

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

Science Direct, IranMedex, Springer, ProQuest در محدوده‌ی زمانی ۲۰۲۲ تا ۲۰۲۳ پرداخته شد. فرایند انتخاب هر مقاله بر اساس مطابقت عنوان، چکیده و در نهایت، متن اصلی مقاله با اهداف اصلی پژوهش بود که از بین ۴۹ مقاله‌ی به‌دست‌آمده با توجه به ملاک انتخاب (محوریت موضوع بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین در خانواده‌ها)، ۳۱ مقاله انتخاب شدند.

یافته‌ها

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی انجام شد. برای نگارش این مطالعه‌ی مروری نقلی از ۳۱ مقاله استفاده شد. با مروری بر متون، بر اساس پاسخ به سؤال ابتدایی پژوهشگر، متوجه می‌شویم چگونه باور فراشناختی مثبت تسهیل‌کننده‌ی خودمراقبتی در والدین دارای کودکان ناتوانی ذهنی است و چگونه باور فراشناختی منفی مانع خودمراقبتی در این دسته از والدین می‌شود.

الف) باور فراشناختی مثبت

نتایج مطالعات صورت‌گرفته درباره‌ی باور فراشناختی هم‌بستگی مثبت و قابل توجهی را بین فراشناخت‌های کلی مانند نیاز به کنترل افکار، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت و منفی در مورد افکار خود یا اضطراب سلامت، گزارش کردند (۲۸). در برخی موارد، باورهای فراشناختی می‌توانند سبب راه‌اندازی راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار و خودمراقبتی شوند (۲۹). مطالعه‌ای نیز ارتباط بین باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت را تأیید کرد (۳۰). یافته‌ها به نقش علی باورهای فراشناخت در ارتباط با اضطراب سلامت اشاره می‌کنند (۳۱). شواهد فزاینده نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی ممکن است مکانیسم‌های فراتشخیصی زیربنایی در حفظ آسیب‌شناسی روانی باشند (۳۲). مطالعات انجام‌شده به‌طور قوی نشان دادند که باورهای فراشناختی مرتبط با اضطراب و اختلال اضطرابی، با اضطراب سلامت نیز مرتبط هستند (۳۳). سازه‌ی فراهیجان‌ها و فراشناخت‌های مثبت شامل: سه بعد اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجان‌های پایدار (توانایی فرد در تغییر سریع و جلوگیری از نشخوار فکری و نگرانی زمانی در هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا و شرایط و رویدادهای چالش‌برانگیز)، اعتماد به هیجان‌های خود به‌عنوان نشانه‌ی جلوگیری از واکنش‌های فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله (توانایی فرد برای تأمل و جلوگیری از پاسخ‌های سریع و غالباً نادرست و سازمان‌دهی ذهن برای یافتن پاسخ مسائل و رخدادهای چالش‌برانگیز) و اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف (توانایی فرد در تفسیر درست عوامل استرس‌زا و مقابله با آن‌ها با استفاده از استراتژی‌های انعطاف‌پذیر) است (۳۴). باورهای فراشناختی مثبت با مزایای نگرانی، نشخوار فکری، سوگیری در توجه (پایش تهدید) مرتبط هستند. باورها فراشناختی مثبت در خصوص سودمندی تفکر شامل: افزایش کنترل فکر و احساس منفی، افزایش احساسات مثبت، افزایش کنترل عملکردی بر رفتار و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف است. این باورها ممکن است در شروع تفکر خود را درگیر کنند (۳۰). افرادی که دارای مهارت‌های فراشناختی هستند، در زمینه‌ی مسئولیت‌پذیری و احساس اعتمادبه‌نفس و اسنادهای مثبت در وضعیت مطلوبی قرار دارند که آن‌ها را قادر می‌سازد به‌خوبی منبع مشکلات را شناسایی کنند و آزادانه، مناسب‌ترین راه‌حل را انتخاب کنند (۳۵). اشتیاق و علاقه به کار، حس توانمندی و عزت نفس

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

بالا و نظم در فعالیت‌های شغلی در چنین کسانی مشهود است (۳۶).

ب) باور فراشناختی منفی

باورهای فراشناختی منفی دو نوع‌اند: نوع اول مربوط به کنترل‌ناپذیر بودن و منحصربه‌فرد بودن مشکل است و نوع دوم مربوط به نتایج اجتماعی و بین‌فردی منفی حاصل از نشخوار فکری است. تولید این دو دسته باور منفی به تجربه‌ی افسردگی منتهی می‌شود (۳۷). نتایج مطالعات نشان داده است که باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه‌ی افکار منفی را زیاد می‌کنند یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، به بهبود وضعیت سلامت روانی کمک کرد و در طرف مقابل، نقص در توانایی‌های فراشناختی باعث مشکلات در کارکرد اجتماعی، کیفیت پایین زندگی و آسیب‌های روانی می‌شود (۳۸).

ج) خودمراقبتی

اهمیت مطالعه‌ی خودمراقبتی از اینجا ناشی می‌شود که خودمراقبتی کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد و در کاهش هزینه‌ها مؤثر است و با پیگیری مداوم آن، می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری‌ها پیشگیری کرد یا حتی بروز آن را به تعویق انداخت. اصل مهم در خودمراقبتی مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت‌محور، از بروز بیماری‌ها در خود جلوگیری کند (۳۹). پژوهش‌ها نشان داده است که مشکلات شناختی مانع بزرگی برای اجرای بهینه‌ی فعالیت‌های خودمراقبتی است (۴۰). بهبود عملکرد شناختی باعث توانمندسازی فرد در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی می‌شود (۴۱). فعالیت‌های خودمراقبتی نیازمند مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی، شامل: توانایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی تکالیف روزانه، مهارت حل مسئله، انعطاف‌پذیری ذهنی برای سازگاری با سبک زندگی متفاوت، مهارت خودتنظیمی، کنترل و بازداری رفتاری است که همگی در زیر چتر کارکردهای اجرایی قرار می‌گیرند (۴۲). خودمراقبتی در ارتقای نظام سلامت جامعه بسیار مهم است. اهمیت خودمراقبتی در سیستم سلامت و برای سلامت افراد سالم و بیمار ثابت شده است (۴۳).

بحث

این پژوهش به بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی می‌پرازد. ازآنجایی‌که فرد مراقب برای انجام وظایف مراقبت به بهترین نحو، باید مراقبت از خود را در اولویت قرار دهد و همچنین، به‌علت اینکه مسئولیت مراقبت به حدی سنگین است که فرد مراقب ممکن است خود را فراموش کند، توجه به این افراد اهمیت ویژه‌ای دارد (۴۵-۴۴). مهارت بالینی و مهارت‌های فراشناختی طیفی از فرایند آموزشی مؤثرند که نیاز به به‌کارگیری صحیح آن‌ها و بهره‌وری صحیح از آن‌ها در نظام سلامت وجود دارد. اگر آموزش و پژوهشی که در طول یادگیری فراگیران نظام سلامت صورت می‌گیرد، قابلیت کاربردی نداشته باشد، عملاً نوعی رویکرد غلط آموزشی است (۴۷-۴۶). مهارت‌های بالینی و مهارت فراشناختی دو حوزه‌ی مهم یاددهی و یادگیری هستند که ثمره‌ی آموزش و پژوهش‌اند؛ بنابراین، اهداف عالی نظام سلامت زمانی به بار می‌نشیند که فراگیران در کسب مهارت بالینی و فراشناختی، نیازهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، دیگران و اجتماع را تأمین کنند. رویکرد فراشناختی، خود به دستیابی به مهارت بالینی استاندارد و پذیرفتنی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

فراگیران کمک شایانی می‌کند (۴۹-۴۸).

نتیجه‌گیری

ناتوانی ذهنی وضعیتی است که عوامل مختلفی مانند ناتوانی‌های توجه، ناتوانی‌های یادگیری و ناتوانی‌های اجتماعی به همراه مشکلات رفتاری مرتبط، آن را تشکیل می‌دهند. والدینی که دارای فرزندان با ناتوانی ذهنی هستند، به حمایت، خودمراقبتی و راهنمایی خاص نیاز دارند. خودمراقبتی برای والدین دارای فرزندان کم‌توان ذهنی بسیار مهم است؛ زیرا به آن‌ها کمک می‌کند به بهترین نحو ممکن، مراقب فرزندان خود باشند و به‌راحتی با چالش‌ها و استرس‌های روزانه روبه‌رو شوند.

باورهای منفی و ناکارآمد می‌توانند به تشدید استرس و اضطراب والدین منجر شوند و روند خودمراقبتی والدین و حتی رابطه‌ی آن‌ها با فرزندان خود را تحت تأثیر قرار دهند. باورهای فراشناختی مثبت باعث برخورد مثبت با چالش‌ها، خودکنترلی و خودپذیرفته بودن می‌شوند و همچنین، باعث می‌شوند والدین از این نظر به خودمراقبتی بالایی برسند. پیشنهاد می‌شود والدین در جنبه‌های مختلفی مثل جنبه‌ی فیزیکی (تغذیه‌ی سالم، ورزش و استراحت)، جنبه‌ی عاطفی (تعامل با دوستان و آشنایان) و جنبه‌ی ذهنی (تمرین روش‌های مدیتیشن و تمرینات آرامش) فعالیت کنند تا به سطح بالایی از خودمراقبتی برسند.

باورهای فراشناختی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی می‌تواند تأثیر زیادی بر رفتار و رویکرد آن‌ها به خودمراقبتی بگذارد. برخی از باورهای فراشناختی که ممکن است بر رفتار والدین تأثیر بگذارند، عبارت‌اند از: باور به قابلیت تغییر فرزند، باور به تأثیر خودمراقبتی بر عملکرد فرزند، باور به قابلیت تغییر دادن رفتار فرزند. این باورها می‌توانند تأثیر زیادی بر روش‌های خودمراقبتی والدین بگذارند. والدینی که باور دارند فرزندانشان قابلیت تغییر و بهبود دارند، بیشتر به دنبال یافتن راه‌حل‌های خودمراقبتی مناسب هستند و از روش‌های مختلف خودمراقبتی استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، والدینی که باور دارند خودمراقبتی تأثیر زیادی بر عملکرد فرزندشان ندارد، ممکن است کمتر به دنبال روش‌های خودمراقبتی باشند و در نتیجه، از آن‌ها استفاده نکنند.

به‌طور کلی، والدینی که باور دارند فرزندانشان قابلیت تغییر و بهبود دارند و خودمراقبتی تأثیر زیادی بر عملکرد فرزندشان دارد، ممکن است به دنبال روش‌های خودمراقبتی مناسب باشند و بتوانند بهترین نتیجه را برای فرزندانشان به دست آورند.

باورهای فراشناختی یکی از مواردی است که می‌تواند تأثیر چشمگیری بر رفتار و رویکرد والدین داشته باشد، به‌ویژه زمانی که آن‌ها فرزندانی با ناتوانی‌های ذهنی دارند. این باورها که ممکن است بر اساس تفکرات، احساسات و تجربیات شخصی شکل گرفته باشند، می‌توانند بر روش‌های خودمراقبتی والدین و نحوه‌ی ارتباط آنان با فرزندانشان مؤثر باشند.

انگیزه‌ی والدین برای جست‌وجو و یادگیری: باورهای مثبت والدین در مورد توانایی‌های فراشناختی و عواطف خود می‌تواند انگیزه و الگوهای خودمراقبتی‌شان را تقویت کند و آن‌ها را به جست‌وجوی راهکارهای بهتر برای حمایت از فرزندانشان و یادگیری نحوه‌ی مدیریت ناتوانی‌های ذهنی‌شان ترغیب کند.

پذیرش و توانمندسازی فرزندان: باورهای مثبت والدین به توانایی‌های فراشناختی و عاطفی فرزندانشان می‌تواند موجب پذیرش بیشتر و توانمندسازی آن‌ها شود. والدینی که باورهای مثبتی در مورد توانایی‌های فراشناختی فرزندانشان دارند، احتمالاً بهترین وضعیت را برای رشد و پیشرفت

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

فرزندانشان فراهم می‌کنند.

تأثیرات فراشناختی: در جامعه‌ی فعلی، رویکردی که والدین به هوش و توانایی‌های فراشناختی فرزندان دارند، می‌تواند تأثیر بزرگی بر تعاملات آن‌ها با فرزندانشان داشته باشد. والدینی که از باورهای فراشناختی مبتنی بر رشد و بهبود و تأثیر قابل اعتماد فراشناختی بر رویکرد و سلامت روانی و فردی فرزندانشان آگاهی دارند، ممکن است بهترین محیط را برای رشد فراشناختی فرزندانشان فراهم کنند.

مهم است که والدین به آگاهی از باورهایی که در زندگی‌شان دارند، توجه کنند و در صورت لزوم، باورهایی را که ممکن است موانعی برای خودمراقبتی و رشد فرزندانشان باشند، بررسی کنند. اطلاعات بیشتر در مورد باورهای فراشناختی و نقش آن‌ها در مدیریت ممکن است به والدین کمک کند روش‌های مثبت‌تری را در ارتباط با فرزندانشان انتخاب کنند.

باورهای فراشناختی با طیفی از شاخص‌های سلامت روانی، از جمله اضطراب و افسردگی، ارتباط دارد. باید توجه کرد که نگرانی یکی از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی است. در همین‌جا، لازم است ذکر کنیم که این گروه از والدین ممکن است نگران بدتر شدن اوضاع رفتاری، وضعیت تحصیلی و قضاوت‌های اطرافیان در خصوص نحوه‌ی تربیت کودک خود باشند.

از طرف دیگر، اکثر والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی بیشتر وقت خود را درگیر کارهای مربوط به فرزند ناتوان خود هستند و ازآنجاکه هر روز شاهد مشکلات فرزند ناتوان خود و فاصله گرفتن آنان از کودکان عادی هستند، احساساتی مثل اضطراب، نگرانی، استرس و افسردگی را بیشتر تجربه می‌کنند و ممکن است به‌تدریج، به این باور برسند که نگرانی و افسردگی همراه همیشگی زندگی‌شان خواهد بود. افراد به‌جای واکنش مناسب به مشکلات خود، با آشفتگی و تشویش با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند که این خود از طرفی، تأثیر منفی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌گذارد و از طرف دیگر، باعث می‌شود که فرد در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی توجهی به مراقبت از خود نداشته باشد. باورهای فراشناختی منفی ممکن است باعث کاهش اعتماد به توانایی‌های خود، تشدید استرس، کاهش انگیزه و انرژی و از بین بردن روابط خانوادگی شود.

یکی از اصول مهم فراشناختی قبول واقعیت است. باورهای فراشناختی می‌توانند والدین را به‌سمت توانمندسازی و پذیرش واقعیت برای برخورد با چالش‌ها هدایت کنند. این ممکن است به والدین کمک کند با وضعیت فعلی، به‌طور مثبت روبه‌رو شوند و راهکارهایی برای بهبود وضعیت فرزندان خود پیدا کنند.

تأمل و آگاهی: باورهای فراشناختی ممکن است والدین را به تجربه‌ی وضعیت موجود متمرکز کند و از آن‌ها بخواهد که بدون اندازه‌گیری و برچسب‌زنی، احساسات و تفکرات خود را مشاهده کنند. این امر می‌تواند به والدین کمک کند خودمراقبتی و بهبود روانی خود را تقویت کنند.

والدینی که باور دارند تغذیه‌ی سالم و مراقبت از سلامت جسمی و روحی مادر در دوران بارداری می‌تواند بهبود سلامت فرزندانشان را تسریع کند، بیشتر به این موضوع توجه می‌کنند و رویکردهای پیشگیرانه‌ی قبل از تولد را بخشی اساسی از مراقبت‌های خود در نظر خواهند گرفت و والدینی که باور دارند رفتارهای خود در برابر فرزندانشان می‌تواند بهبود یابد و با استفاده از روش‌های آموزشی مناسب، می‌توانند توانایی‌های فرزندانشان را بهبود بخشند، آموزش و پرورش فرزندانشان را با توجه به این باورها طرح می‌ریزند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. Araamshenas M.Comparison of mental health and sibling relationships in families with mentally disabled, blind, deaf and normal children. Master's thesis, Islamic Azad University, Electronic Department. 2017; 110-120.
2. Jefferson M.Linkages between Family Cohesion and Sibling Relationships in Families Raising a Child with a Disability.M. A. Thesis, Brigham Young University. 2017; 95-107.
3. Feldman, D. B & Hayes, A. M. Prevalence, type, and correlates of adult attachment orientations among adults in families of individuals with developmental disabilities. Journal of Rehabilitation. 2005; 71(4): 15-23.
4. Saberi M, Fani Saberi L. Components of chronic illness in the elderly: a review study. Clinical Excellence. 2021;11(1):54-63.
5. Moll, S. Handbook of positive psychology. Oxford University Press. 2006.
6. Golshiri p, Sadri G, Farajzadegan Z, Sahafi M.S and Najimi A. Is there a relationship between family functioning and health self-care in women? Isfahan Medical School. 2011; 29(166): 1-9.
7. Matarese M, Lommi M, De Marinis M.G. Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. J Adv Nurs. 2017; 73(6):1272-1287.
8. Loke JF, Lee KW, Lee BK, Mohd Noor AM. Caring behaviours of student nurses: Effects of pre-registration nursing education. Nurse Educ Pract. 2015;15(6):421-429.
9. Geteri LM, Angogo EM. Self-care among caregivers of people living with HIV and AIDS in Kakola location, Nyando District, Kisumu County, Kenya. SAHARA J.2013; 10(2):65-71.
10. Bagharian Sararoudi R, Khairabadi G, Marathi MR and Qaneifar S. Relationship between personality traits, anxiety, depression and stress with self-care status in hemodialysis patients. Health Psychology.2019; 8(2): 145-156.
11. Smith MY, Rapkin BD. Social support and barriers to family involvement in caregiving for persons with AIDS: Implications for patient education. Patient Education and Counseling. 1996; 27(1):85-94.
12. Geteri LM, Angogo EM. Self-care among caregivers of people living with HIV and AIDS in Kakola location, Nyando District, Kisumu County, Kenya. SAHARAJ. 2019; 20(4): 15-23.
13. Powell-Cope GM, Brown MA. Going public as an AIDS family caregiver. Soc Sci Med. 1992; 34(5):571-80.
14. Kidman R, Thurman TR. Caregiver burden among adults caring for orphaned children in rural South Africa. Vulnerable Child Youth Stud. 2014; 9(3):234-246.
15. Turner HA, Catania JA, Gagnon J. The prevalence of informal caregiving to persons with aids in the United States: Caregiver characteristics and their implications. Soc Sci Med. 1994; 38(11):1543-1152.
16. Shukla S, McCoyd JL. A phenomenology of informal caregiving for HIV/AIDS in India: Exploring women's search for authoritative knowledge, self-efficacy and resilience. Health Care Women Int. 2018;39(7):755-770.
17. Bailey R, Wells A. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. J Anxiety Disord. 2015;34:8-14.
18. Maher F. growth of cognition. tehran: roshd publication. 2007; 80-125.
19. Scragg P. Metacognitive therapy (Developed by Adrian Wells). Trauma clinic LTD & university collage, London. 2010.
20. Ferdowsi S, Babaei Z and Behzadpour S. The role of metacognitive beliefs and thought control strategies in predicting social anxiety symptoms in students. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2019; 20(4): 15-23.
21. Ayat mehr F, Sadeghpour S. Comparative Efficacy of Metacognitive therapy versus Cognitive-Behavioral therapy on reducing the metacognitive beliefs, fusion beliefs, stop signals and control/threat beliefs in patient with washing obsession. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5(1) :1-17.
22. Moradi Shakib A. Metacognitive beliefs and emotion regulation strategies: Metacognitive processes pre- or post-detection processes in eating disorders and substance abuse. Master's thesis, Kharazmi University. 2014; 85-115.
23. Taherzadeh Ghahfarokhi S. Comparing the effectiveness of training three methods of metacognitive intervention, verbal self-instruction by Meichenbaum, and study and

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

learning skills on learning anxiety, its components, and students' metacognitive beliefs. PhD dissertation, Allameh Tabataba'i University. 2015; 100-130.
24. Behrouzi N, Mohammadi F and Omidian M. Comparison of social support, metacognitive beliefs, mental health and vitality in adolescent boys of Hadi and delinquents residing in Ahvaz Correctional Center. Strategic Researches of Security and Social Order.2018;7(1): 81-96.
25. Modanloo M, Bagherzadeh Ledari R. Health anxiety: A narrative review of psychological interventions. Clin Exc.2023;13(2):91-100.
26. Yazdani F, Hajizade-valokolaee M, Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z. Barriers and Facilitators of Self-care in Caregivers of HIV/AIDS patients: A Narrative Review. Clin Exc.2017; 7(2):1-12.
27. Alipour A, Ghanbari Zarandi Z & Jadidi Mohammadabadi A. The diagnostic role of Cloninger's temperament model and cognitive regulation of emotion in distinguishing people who consume tobacco. scientific journal of health psychology. 2021;10(37): 127-140.
28. Jungmann SM, Brand S, Kolb J, Witthöft M. Do Dr. Google and health apps have (comparable) side effects? An experimental study. Clinical Psychological Science. 2020;8(2):306- 317.
29. Keen E, Kangas M, Gilchrist PT. A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. Br J Health Psychol. 2022;27(4):1398-1422.
30. Dai L, Bailey R, Deng Y. The reliability and validity of the Chinese version of the Metacognitions about Health Questionnaire in college students. Qual Life Res. 2018;27(4):1099-1108.
31. Fergus TA, Wilder K, Koester P, Kelley LP, Griggs JO. Metacognitive beliefs about uncontrollability relate most strongly to health anxiety among US-based non-Latinx White primary care patients: Comparing strength of relations with US-based non-Latinx Black and Latinx primary care patients. Clin Psychol Psychother. 2022;29(4):1331-1341.
32. N. Nalipay MJ, Mordeno IG. Positive metacognitions and meta-emotions as predictors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in survivors of a natural disaster. Journal of loss and trauma. 2018;23(5):381-394.
33. Solem S, Borgejordet S, Haseth S, Hansen B, Håland Å, Bailey R. Symptoms of health anxiety in obsessive–compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2015;5:76-81.
34. Rahmati N. The effectiveness of metacognitive skills on cognitive abilities and learning styles of dyslexic students. Journal of Sociology of Education. 2018;6(6):86-79.
35. Hashemi J, Jafari E. The relationship between positive and negative affect and metacognitive beliefs and procrastination behavior among nurses. Journal of Health and Care. 2016;18(3):217-227.
36. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognitive therapy and research. 2003;27:261-273.
37. Kavosi A, Moeini Ghamchini V, Baiky F, Khalili G, Mohammadi G, Baiky F et al . The Relationship between Metacognitive Beliefs with Quality of Life and Mental Health of Patients with Cancer: A Case-Control Study. IJNR.2017;12(1) :35-41
38. Abbaszadeh M, Alizadeh eqdaam MB, Badri Geregari R & dadhir A.A. Investigation of effective social and cultural factors in the self-care lifestyle of citizens, Quarterly Journal of Social-Cultural Development Studies. 2012;1(1): 119-142.
39. Maftun F, Sharifan M, Naghizadeh Moghari F. Explaining the main axes of self-care by dividing the levels of prevention and determining its management dimensions. Payesh. 2015; 17(4): 361-370.
40. Turner SL, Berg CA, Butner JE, Wiebe DJ. Attention problems as a predictor of type 1 diabetes adherence and metabolic control across adolescence. J Pediatr Psychol. 2018;43(1):72-82.
41. Perez KM, Patel NJ, Lord JH, Savin KL, Monzon AD, Whittemore R, Jaser S. Executive function in adolescents with type 1 diabetes: Relationship to adherence, glycemic control, and psychosocial outcomes. J Pediatr Psychol. 2017;42(6):636-646.
42. McNally K, Rohan J, Pendley JS, Delamater A, Drotard D. Executive functioning, treatment adherence, and glycemic control in children

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2010; 33 (6):1159–1162.
43. Yazdani F, Hajizade-valokolaee M, Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z. Barriers and Facilitators of Self-care in Caregivers of HIV/AIDS patients: A Narrative Review. Clinical Excellence. 2017;7 (2):1-10.
44. Sadati S I, Hashemnejad Abresi F, Salehi M. An analysis of the spectrum of clinical skills and metacognitive skills training in learners of medical sciences education. Clin Exc. 2023;12(4):51-62.
45. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press. 2011.
46. Urs G, Vinay H. Health anxiety and academic performance among undergraduate medical students: A correlational study. International Health Trends and Perspectives. 2023; 3(1):106-114.
47. Hoffmann D, Rask CU, Hedman- Lagerlöf E, Jensen JS, Frostholm L. Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. Psychol Med. 2021;51(15):2685-2695.
48. Jadidi Mohammadabadi A, Ghanbari Zarandi Z, Rezaei A & Naji Mohammad. The effectiveness of mindfulness-based training on emotional regulation and early maladaptive schemas in teenagers under welfare support, scientific research journal of Mashhad Faculty of Medicine. 2018; 61:164-174.
49. Belloch A, López-Santiago J, Arnáez S. Hipocondría: la ansiedad por la salud. 2019.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-05]