بررسی نقش واسطه‌ای تأثیر مثبت کودک بر خانواده در رابطه بین پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی خفیف

▫ **حمید دلیخون**، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
▫ **یاسر رضاپور میرصالح***، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
▫ **شکوفه متقی**، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
▫ **الهه شیروی**، کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۴۶ - ۵۷

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تأثیر مثبت کودک بر خانواده در رابطه میان پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی بود.

روش: این پژوهش توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش تمام مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که ۲۰۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس، براساس نسبت تعداد نمونه به تعداد متغیرهای مستقل، انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل، پرسشنامه تأثیر مثبت کودک بر خانواده (بهر، مورفی و سامرز، ۱۹۹۲)، مقیاس تحول زندگی (LTS) (لی، هانگ و جو، ۲۰۱۴) و مقیاس پذیرش-عمل (بوند، هایز و زیتل، ۲۰۱۱) بود. داده‌ها با تحلیل همبستگی و معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SMART_PLS۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، پذیرش روان‌شناختی هم به‌صورت مستقیم و هم از طریق تأثیر مثبت کودک بر خانواده بر پذیرش کودک کم‌توان ذهنی اثر مثبت معنادار دارد (P<۰/۰۵)، همچنین تأثیر مثبت کودک بر خانواده با پذیرش کودک کم‌توان ذهنی رابطه مثبت معنادار دارد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، مربیان مراکز نگهداری از کودکان کم‌توان ذهنی با برگزاری جلساتی برای والدین به‌منظور افزایش پذیرش روان‌شناختی به پذیرش کودک کمک نمایند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش روان‌شناختی، پذیرش کودک کم‌توان ذهنی، تأثیر مثبت کودک بر خانواده

* Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مقدمه

طی چند دهه گذشته، تعداد فرزندان شناسایی‌شده با نیازهای ویژه افزایش یافته است (۱). در این بین، یکی از گروه‌های مورد توجه، کودکان کم‌توان ذهنی[1] هستند. میزان شیوع این کودکان در حدود ۲ تا ۳ درصد است (۲). مشکلات پزشکی که منجر به کم‌توانی ذهنی می‌شوند در ۳ گروه قرار می‌گیرند که شامل: قرار گرفتن در معرض الکل و سایر داروها در دوران بارداری؛ قرار گرفتن در معرض سموم خاص؛ و برخی از انواع عفونت‌ها قبل از تولد است (۳). کم‌توانی ذهنی جزء دسته اختلالاتی است که در طول دوره رشد شروع شده و باعث کمبودهای عقلانی و عملکرد انطباقی در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی می‌شود (۴). این مشکل ناشی از ظرفیت ذهنی (هوش) محدود با هوش ضعیف، معمولاً در محدوده‌ی ۷۰-۷۵ یا کمتر است (۵). این محدودیت‌ها باعث می‌شوند که شخص بدون حمایت دیگران به سختی بتواند از خود مراقبت کند. کودکان کم‌توان ذهنی در کارکردهای فکری (مثلاً برقراری ارتباط، یادگیری و حل‌مسئله) و رفتارهای سازگارانه (به‌عنوان مثال، مهارت‌های اجتماعی روزمره، روتین‌ها و بهداشت) دارای مشکلات قابل توجهی هستند (۶)؛ در این شرایط، خانواده با مشکلات زیادی روبه‌رو می‌شود (۲). مشکلات رفتاری و ارتباطی کودک، نگرانی والدین درباره دوام و ثبات شرایط کودک، پذیرش پایین جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک، حمایت‌های اجتماعی کم، مشکلات مالی، انزوا و کمبود آگاهی والدین درباره تحول و پیشرفت کودک، از مهم‌ترین عوامل مؤثر در افزایش تنش‌های والدگری در آنها است (۷). طبق نظریه سیستم‌های خانواده که هر فرد خانواده را به‌صورت تعاملی، وابسته و واکنشی مفهوم‌سازی می‌کند (۸). از این منظر، با وجود یک کودک کم‌توان ذهنی نیز همه‌ی اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۹). مطالعات، پریشانی روانی قابل‌توجهی به‌ویژه استرس، اضطراب و افسردگی را در والدین و دیگر اعضای خانواده، از جمله خواهر و برادرها، با داشتن کودکان کم‌توان ذهنی نشان داده‌اند (۱۰). خانواده‌ی این کودکان باید یاد بگیرند که با طیف گسترده‌ای از احساسات دشوار (احساس گناه، ناامیدی، یأس، عدم اطمینان، نگرانی، غم و اندوه) و نقش و مسئولیت‌های جدید و دشوار کنار بیایند (۱۱و۱۲).

طبق نظریه‌ی مرحله‌ای، واکنش‌های هیجانی والدین در برابر معلولیت کودک به شرح زیر است: شوک، انکار، احساس گناه، خشم، غم، ناکامی، اضطراب و نگرانی، تنهایی، و پذیرش/ طرد. پذیرش کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، مرحله پایانی رشد والدین در این موقعیت را تشکیل می‌دهد که ۲ شاخص عمده‌ی پذیرش عبارت‌اند از: میزانی که مادر به شیوه‌ی معمولی خود عمل می‌کند و پیوند خود را با دوستان ادامه می‌دهد و میزانی که هر دو والد به نیازهای کودکان عادی و نیز کم‌توان ذهنی خود پاسخ می‌دهند (۱۳). حتی در خانواده‌های معمولی، والدین و کودکان دارای مشکلات و لحظه‌های خشم و ظهور ناگهانی رفتار عدم پذیرش از سوی والدین هستند. به‌طور کلی، والدینی که پذیرا نیستند، به‌طور واقعی از بودن با فرزندان خود لذت نمی‌برند. در وضعیت افراطی، این پذیرا نبودن، مبدل به طرد کودک می‌شود (۱۴). شایان ذکر است که پذیرش یا طرد کودک معلول تا حدی به سازگاری عمومی و هیجانی والدین، ویژگی‌های قومی-فرهنگی، اعتقادات و باورهای مذهبی، رضایت از زندگی زناشویی، حمایت همسر، ادراکات والدین، میزان تاب‌آوری والدین و اعتماد به نفس والدین، وجود مادر حمایتگر، امنیت مالی، حمایت دوستان و بستگان، شدت معلولیت، جنس و سن کودک، تحصیلات و درآمد خانواده و نوع معلولیت وابسته است (۱۵، ۱۶ و ۱۷). به‌علاوه، سطح هوش والدین در این میان نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. والدین باهوش، کمتر توان پذیرش کودکان معلول را دارند. در حالی‌که والدین متعلق به گروه‌های هوشی مرزی، حتی قادر به پذیرش کودکان با معلولیت‌های جسمی و ذهنی شدید نیز می‌باشند (۱۴). در کل، توانایی پذیرش کودک به ۳ عامل وابسته است: ماهیت عوامل استرس‌زا، شیوه‌ای که خانواده موقعیت را تعبیر و تفسیر می‌کند و منابع قابل دسترس خانواده (۱۸). یکی از عوامل استرس‌زا در والدین، رفتارهای مشکل‌ساز کودک کم‌توان ذهنی است (۱۹). بین رفتار مشکل‌ساز کودک و سلامت روانی ضعیف والدین یا مشکلات سازگاری والدین (مانند استرس والدین، اختلاف زناشویی، کیفیت پایین زندگی) رابطه وجود دارد (۲۰). در واقع افزایش رفتارهای مشکل‌زا می‌تواند فرآیندهای روان‌شناختی مفیدی را که به مقابله با شرایط کمک می‌کنند، کاهش دهد، که به نوبه خود، ممکن است منجر به سازگاری روان‌شناختی ضعیف‌تر شود (۲۱).

1. Mentally Retarded Children

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

یکی از عوامل مؤثر بر پذیرش کودک، پذیرش روان‌شناختی شرایط به‌وجود آمده در والدین است (۲۲). به‌نظر می‌رسد تا والدین این حقیقت را نپذیرند که یک کودک کم‌توان ذهنی دارند و نمی‌توانند شرایط ایجادشده را تغییر دهند، نخواهند توانست کودک خود را بپذیرند (۲۳). در نظریه پذیرش و تعهد[1] (ACT) وضعیت آگاهانه‌ای از صراحت و پذیرش نسبت به همه رویدادهای روان‌شناختی و تجربیات وجود دارد، حتی اگر آنها به‌طور رسمی "منفی"، "غیرمنطقی" و "دردناک" باشند، مسئله حضور یک رویداد خاص نیست، بلکه در متن مشخص آن قرار دارد (۲۴). در نظریه پذیرش و تعهد، ماهیت بنیادی اهداف در تأکید بر ارزش‌های منتخب به‌عنوان یک مؤلفه ضروری از زندگی معنادار (و درواقع یک دوره معنادار از درمان) منعکس می‌شود و به‌جای تلاش برای تغییر شکل یا فرکانس تجربیات زندگی، سعی در تغییر عملکردهای روان‌شناختی آنها در زمینه اجتماعی/ کلامی که در آن وقایع زندگی رخ می‌دهد، دارد (۲۵).ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند که عبارت‌اند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی‌شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی‌شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن (۲۲). پذیرش روان‌شناختی می‌تواند مقاومت و نگرش منفی برای کمک گرفتن از روان‌شناختی حرفه‌ای را کاهش دهد و تلاش برای تأمل، سازماندهی و تفسیر معنا برای رویدادهایی را که اتفاق می‌افتند، تسهیل کند (۲۳).

والدین گزارش دادند که پذیرش فرزندشان و ناتوانی او به آنها کمک کرده است تا به‌طور مثبت با وضعیت خود سازگار شوند (۲۶). بنابراین، ادراکات و تجربیات والدین از شرایط، حمایت پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی کیفیت زندگی خانواده است (۲۷). با وجود مشکلات و چالش‌ها، بسیاری از والدین کودکان کم‌توان ذهنی قادر به رشد و ابراز نگرش مثبت نسبت به زندگی و فرزندشان هستند (۱۳). شواهد نشان می‌دهد که نه تنها مثبت بودن در درون این خانواده‌ها وجود دارد حتی در برخی موارد ممکن است کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر مثبت بیشتری بر خانواده خود نسبت به کودکان معمولی در حال رشد داشته باشند (۲۸). به‌طور کلی، تجربیات مثبت و منفی در خانواده‌های دارای فرزند معلول همزمان وجود دارد. تجربیات مثبت می‌تواند به‌عنوان حائلی برای تجارب استرس‌زا درنظر گرفته شود (۲۹). در پژوهش لوئیکس، وندر پوتن و ولاسکامپ (۳۰) بیشتر والدین کودکان کم‌توان ذهنی انتخاب‌شده، بیان کردند که تأثیر مثبت کودکشان بیشتر از تأثیر منفی در زندگی‌شان بوده است و بنابراین قاطعانه نمی‌توان گفت که وجود یک کودک معلول در خانواده فقط تأثیر منفی، سرنوشت بد یا بدبختی برای خانواده دارد. در بسیاری از خانواده‌ها، این مشکل می‌تواند حتی تأثیر مثبتی ایجاد کند؛ مانند افزایش خودکارآمدی، توجه اعضای خانواده به نیازهای دیگران، احساسات مثبت ناشی از کمک کردن به دیگران، حس مفید بودن، رضایت کلی والدین و خانواده از زندگی (۳). این امر با توجه به پذیرش وضعیت کودک به‌صورت واقع‌بینانه و ایستادن پشت کودک معلول اتفاق می‌افتد. در این‌صورت، والدین می‌توانند مراقبت و حمایت لازم را فراهم کنند و وضعیت را مثبت‌تر ببینند و با شکوه بیشتری بر وضعیت به‌وجود آمده، غلبه کنند (۱۳). زمانی که تأثیر مثبت کودک کم‌توان ذهنی درک شود، حتی جامعه نیز بهتر قادر به حفاظت از ارزشمندترین منبع مراقبت یعنی خانواده خواهد بود (۳۰).

در پژوهشی که لوید و هستینگز (۱۶) انجام دادند، دریافتند که پذیرش روان‌شناختی با اضطراب، استرس و افسردگی مادر رابطه منفی دارد. فدایی و همکاران (۳۱) نشان دادند، پروتکل تربیتی والدین مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شادکامی مادران دارای کودکان آهسته گام را افزایش داد و سازگاری ذهنی آنها را بهبود بخشید. در پژوهشی بانگا و همکاران (۳) دریافتند، فرزند معلول هر خانواده تأثیر مثبت ۶۷/۳ درصدی دارد که نشان می‌دهد وجود فرزند معلول فقط تأثیر منفی نخواهد داشت. جس و همکاران (۱۳) دریافتند که در سطح مقطعی، ادراکات مثبت مادر در پیش‌بینی استرس مادر و تعدیل تأثیر مشکلات رفتاری کودک بر استرس والدینی معنادار است. مک دونالد و همکاران (۳۲) دریافتند که پذیرش روان‌شناختی نقش واسطه تأثیر بررسی مشکلات رفتاری کودک بر استرس، اضطراب و افسردگی والدین است.

با توجه به اینکه، کودک عامل گسترش نسل است، تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را به‌دنبال خواهد داشت.

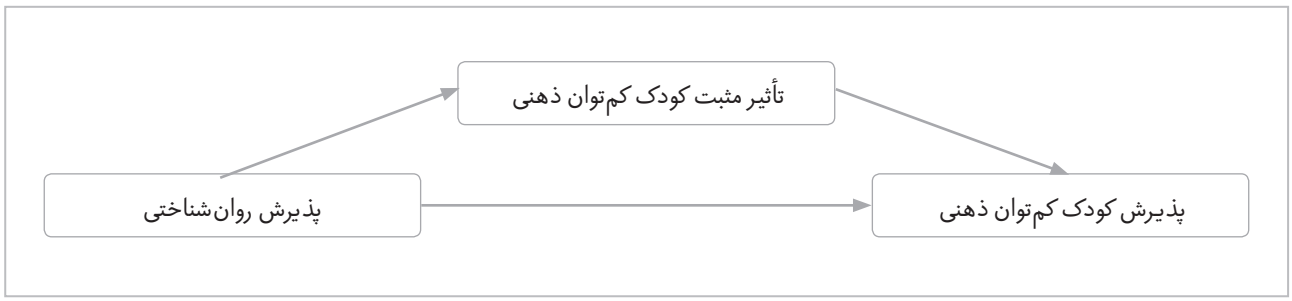
1. Acceptance and commitment Theory

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند، والدین کودکان با مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (۳۳). مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار؛ والدین، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روان قرار می‌دهد. اگر افراد همواره سعی در تغییر یا رهایی از احساسات، عواطف و افکار درونی آزاردهنده خود داشته باشند باید گفت که این تلاش در کنترل بی‌تأثیر است و بالعکس موجب تشدید آنها می‌شود. بنابراین پذیرش روان‌شناختی بر این است که افراد در چنین شرایطی رفتار سازنده و درستی داشته باشند و سعی کنند همزمان خود را با موقعیت تطبیق دهند و احساسات خود و این موقعیت‌های شناختی چالش‌برانگیز را بپذیرند نه اینکه به‌دنبال جایگزین باشند. پذیرش باعث می‌شود که والدین نه تنها تجربیات منفی بلکه موارد مثبت را درک کنند.

طبق بررسی‌های انجام‌شده هیچ پژوهشی در ایران متغیر تأثیر مثبت کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده را مورد بررسی قرار نداده است. از طرفی، با توجه به درگیری بعضی از خانواده‌ها با مسئله‌ی حضور کودک کم‌توان ذهنی و همچنین اهمیت پذیرش و سازگاری والدین با شرایط موجود، ضرورت انجام این پژوهش محرز شد. بنابراین، پژوهش حاضر در تلاش است با استفاده از روش معادلات ساختاری تبیین کند که، آیا رابطه پذیرش روان‌شناختی با نقش واسطه‌گری تأثیر کودک بر خانواده در پذیرش کودک کم‌توان ذهنی، از برازش مناسبی برخوردار است؟ براین اساس، مدل پیشنهادی پژوهش طبق شکل (۱) طراحی شد.

شکل ۱) مدل پیشنهادی پژوهش



مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-همبستگی و از لحاظ نوع پژوهش رابطه‌ای و از نوع معادلات ساختاری (SEM) است. متغیر پذیرش روان‌شناختی به‌عنوان متغیر مستقل، متغیر پذیرش کودک کم‌توان ذهنی به‌عنوان متغیر وابسته و متغیر تأثیر مثبت کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده به‌عنوان متغیر میانجی درنظر گرفته شدند. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آماری الگویابی معادلات ساختاری الگوی مفروض پذیرش روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری تأثیر مثبت کودک کم‌توان ذهنی در پذیرش کودک کم‌توان ذهنی مورد آزمون قرار گرفت. جامعه آماری همه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹بود که تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مبنای تعیین حجم نمونه نسبت ۱۵ تعداد نمونه به تعداد متغیرهای مستقل بود. باتوجه به ۲ متغیر مستقل که در مجموع شامل ۱۱ خرده مقیاس نیز می‌شد، با ضرب عدد ۱۳ در ۱۵، به تعداد حجم نمونه‌ای برابر با ۱۹۵ رسیدیم و با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، در مجموع ۲۰۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن فرزند کم‌توان‌ذهنی براساس اسناد پزشکی و روان‌پزشکی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم مادر، رضایت‌نامه آگاهانه و آمادگی جهت شرکت در پژوهش و زندگی هر دو والد با هم (عدم طلاق یا فوت یک والد). ملاک‌های خروج شامل: عدم رضایت ادامه پژوهش و عدم داشتن سابقه اختلال روان‌پزشکی یا مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SMART_PLS3 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

ابزار پژوهش

مقیاس تحول زندگی (LTS)[1]: این مقیاس یک نوع خودگزارشی از داستان زندگی والدین کودک کم‌توان ذهنی است که توسط لی، هانگ و جو (۲۰۱۴) جهت سنجش میزان پذیرش کودک کم‌توان ذهنی از سوی والدین تهیه شده است. LTS، یک ابزار اندازه‌گیری است که دارای ۲۹ پرسش و براساس مقیاس ۴درجه‌ای لیکرت از ۱ (درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه شامل خرده‌مقیاس‌های، شوک، انکار، ناامیدی و پذیرش است. آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس شوک، ۰/۸۶ انکار، ۰/۷۲ ناامیدی و ۰/۸۸ و پذیرش ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین، ساختار عاملی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت (۳۴). به‌منظور استفاده از این مقیاس، پرسش‌های آن از متن انگلیسی ترجمه و توسط اساتید متخصص روان‌شناسی و زبان انگلیسی مورد تأیید قرار گرفت و روایی صوری آن به‌دست آمد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی این پرسشنامه به‌صورت غیرنظام‌مند توسط ۵ کارشناس آگاه به موضوع تأیید شد. در این پژوهش، نمره آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمد همچنین همبستگی معنادار بین نمرات پذیرش کودک با نمرات پرسشنامه پذیرش و عمل نشان از روایی همگرای خوب این پرسشنامه می‌داد.

پرسشنامه پذیرش- عمل (AAQ-II)[2]: نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل توسط بوند و همکارانش (۳۵) ساخته شده است. این مقیاس یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است (AAQ-I) که به‌وسیله هایز و همکاران (۲۴) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. پرسش‌های این پرسشنامه براساس میزان توافق در یك مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز ۱ تا همیشه ۷ تنظیم شده است که نمرات پایین در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی باز آزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به‌دست آمده است (۳۵). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمون ۰/۷۱ به‌دست آمده است (۳۶). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط عباسی و همکارانش (۳۶) مورد بررسی قرار گرفت. آنها روایی محتوای مقیاس را مورد تأیید قرار دادند. همچنین اجتناب تجربی از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معناداری را نشان داد و نتیجه روایی افتراقی نشان داد، عامل اجتناب از تجارب هیجانی در ۲ گروه بالینی و غیر بالینی تفاوت معناداری دارد. نمره آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به‌دست آمد.

مقیاس تأثیر مثبت کودک بر خانواده (KIPP)[3]: این مقیاس توسط بهر، مورفی و سامرز (۳۷) ساخته شده است و مشتمل بر ۵۰ گویه می‌باشد که در یک طیف لیکرتی ۴ مقیاسی از (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. این مقیاس مشتمل بر ۸ خرده‌مقیاس شامل رشد و بلوغ شخصی، آگاهی درباره مسائل آینده، قدرت و همبستگی خانواده، درک هدف زندگی، افتخار و همکاری، احساس خوشبختی، ایجاد شبکه اجتماعی گسترده، رشد شغلی و یادگیری از طریق تجربه می‌شود. بررسی روایی و پایایی اولیه‌ی نسخه انگلیسی که توسط بِهر، مورفی و سامرز (۳۷) انجام شده است، مورد بررسی قرار گرفت و نمره آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷ و ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین با کیفیت خانواده روایی همگرای مثبت داشت. ضریب آلفای مورد نظر برای مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۶ به‌دست آمد و روایی محتوایی این پرسشنامه به‌صورت غیرنظام‌مند توسط ۵ کارشناس آگاه به موضوع تأیید شد. همبستگی معنادار نمرات این پرسشنامه با مقیاس پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک در پژوهش حاضر نشان از روایی همگرای این پرسشنامه می‌داد. نمره‌گذاری پرسشنامه در این پژوهش به‌صورتی بود که نمرات کمتر نشان‌دهنده تأثیر مثبت بیشتر کودک بر خانواده بود.

شیوه اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از بهزیستی شهر اصفهان و انتخاب افراد نمونه پرسشنامه‌های مورد نظر در میان اعضای نمونه از طریق مرکز نگهداری کودکان بین مادران توزیع شد. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست همچنین مشارکت در پژوهش هیچگونه بار مالی برای آنها در پی نخواهد داشت.

1. Life transition scale
2. Acceptance and action Questionnaire-II
3. Kansas inventory of parental perceptions

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

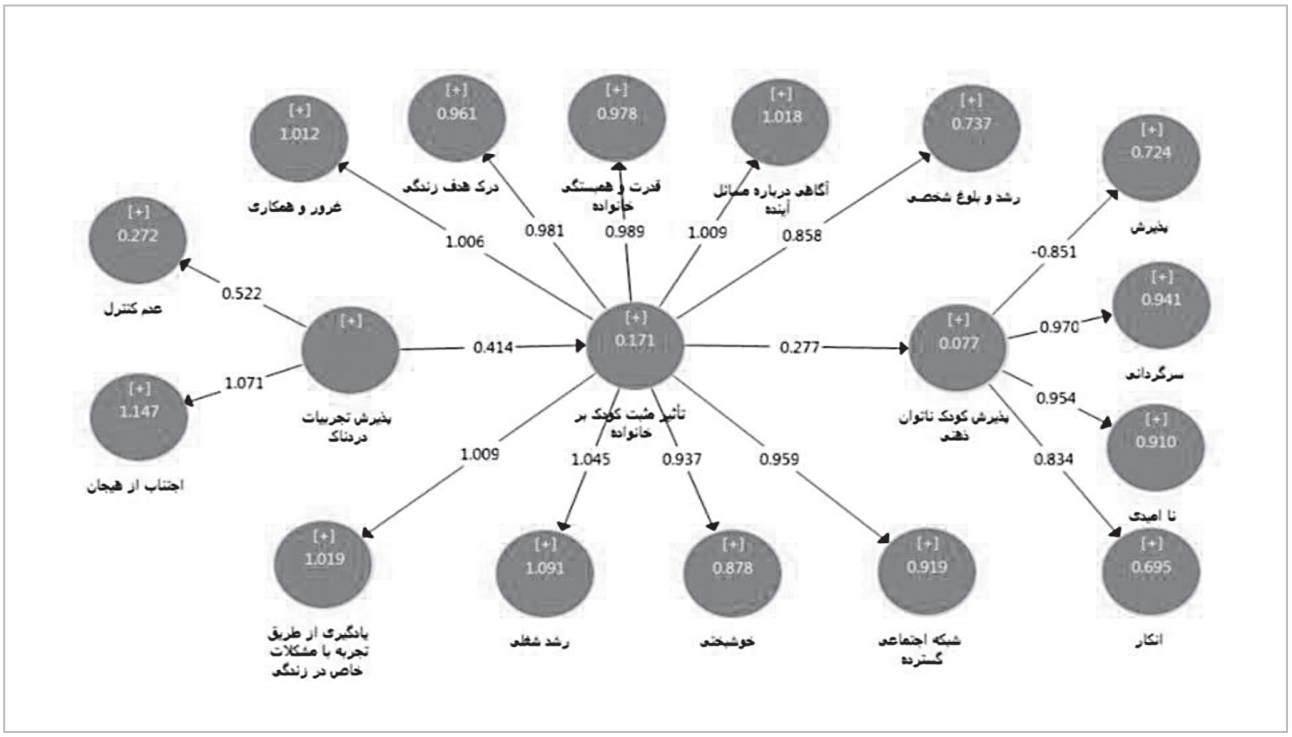
پژوهش حاضر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها و جامعه هیچگونه مغایرتی ندارد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به‌منظور انجام تجزیه و تحلیل‌های مورد نظر داده‌های جمع‌آوری‌شده وارد نرم‌افزار spss21 شدند و پس از آن، با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS3 و از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری به تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده، پرداخته شد.

یافته‌ها

از مجموع شرکت‌کنندگان پژوهش، ۱۱۸ مادر دارای فرزند پسر (۵۹ درصد) و ۸۲ مادر دارای فرزند دختر (۴۱ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار سن کودکان به ترتیب ۵/۳۴ و ۲/۸۲ بود. میانگین و انحراف معیار سن مادران نیز ۳۲/۰۹ و ۴/۴۳ بود. درآمد ۱۰۲ خانواده ضعیف (۵۱ درصد)، ۸۱ خانواده متوسط (۴۰ درصد) و ۱۷ خانواده درآمد بالایی (۹ درصد) داشتند. ۱۰۴ مادر تحصیلات زیر دیپلم (۵۲ درصد)، ۶۸ نفر دیپلم (۳۴ درصد)، ۲۵ نفر لیسانس (۱۲ درصد) و ۳ نفر فوق لیسانس (۶ درصد) داشتند.

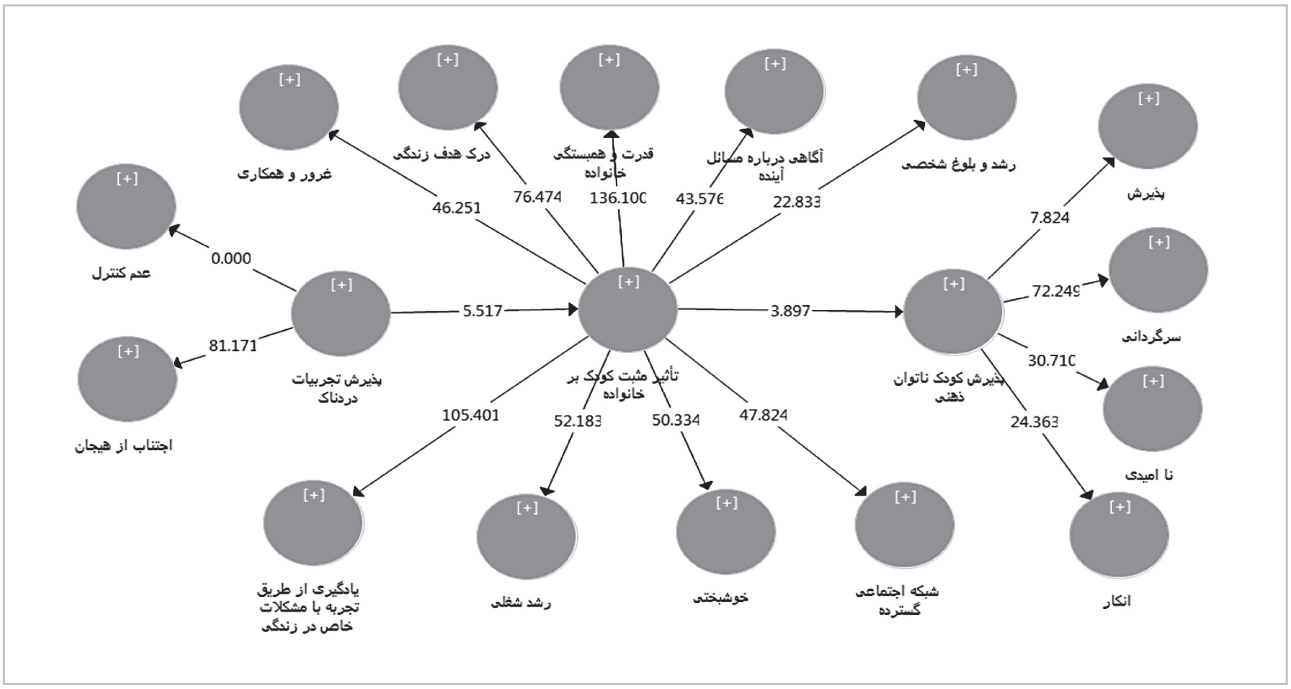
قبل از آزمون فرضیه‌های پژوهش و ارزیابی شاخص‌های برازش مدل آزمون‌شده‌ی پژوهش، بارهای عاملی هرکدام از گویه‌های پرسشنامه‌ها در مدل اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به حجم بالای پرسش‌های متغیرهای پژوهش، بارهای عاملی پرسش‌های مدل پژوهش در شکل (۲) نشان داده شده است. مقادیر بارهای عاملی متغیرهای آشکار برای تمامی متغیرها بالای ۰/۴ بود که نشان می‌داد ساختار عاملی متغیرها مورد تأیید است و می‌توان ضریب‌های مسیر ارتباط بین متغیرها را مورد بررسی قرار داد. جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش، ضریب مسیر بین متغیرها مورد بررسی قرار گرفت (شکل ۲). به‌منظور بررسی معناداری این ضرایب مسیر بایستی به شکل (۳) و مقدار t مراجعه کرد. ضرایب مسیری در شکل (۲) که مقادیر t آن در شکل (۳) بالاتر از ۱/۹۶ باشند در سطح p<۰/۰۵ معنادار می‌باشند. بنابراین، همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضریب مسیر پذیرش تجربیات دردناک به تأثیر مثبت کودک برخانواده (β=۰/۴۱۴) با مقدار t =۵/۵۲ معنادار بود که نشان می‌داد هرچه پذیرش تجربیات ناخوشایند در مادران شرکت‌کننده در پژوهش بیشتر بود، ادراک آنها از تأثیر مثبتی که کودک بر خانواده آنها می‌گذارد نیز بالاتر بود. همچنین ضریب مسیر ادراک از تأثیر مثبت کودک بر خانواده به پذیرش کودک (β=۰/۲۷۷) نیز با مقدار t =۳/۹۰ معنادار بود که نشان می‌داد هرچه ادراک مادران از تأثیر مثبت کودکشان برخانواده بیشتر باشد، کودک خود را بیشتر می‌پذیرفتند.

شکل۲) برازش مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش



[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

شکل ۳) برازش مدل ساختاری پژوهش



قبل از آزمون فرضیه نهایی مبنی بر تأثیر غیرمستقیم پذیرش تجربیات دردناک بر پذیرش کودک کم‌توان ذهنی از طریق ادراک از تأثیر مثبت کودک بر خانواده، بایستی شاخص‌های برازش مدل مورد بررسی قرار بگیرد. برخی از این شاخص‌های برازش همچنین مقادیر پایایی ترکیبی، آلفای کرونباخ، AVE و مقادیر R^2 متغیرها در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱) شاخص‌های پایایی مدل برازش‌شده

متغیرها	پایایی مرکب	آلفای کرونباخ	R^2	(AVE)
پذیرش تجربیات دردناک	۰/۹۳۴	۰/۹۲۵	-	۰/۵۹۶
عدم کنترل	۰/۷۵۱	۰./۷۵۷	۰/۲۷۲	۰/۵۴۵
اجتناب از هیجان	۰/۹۰۶	۰/۹۰۴	۱/۰۷۱	۰/۵۸۵
تاثیر مثبت کودک بر خانواده	۰/۹۷۲	۰/۹۶۹	۰/۱۷۱	۰/۶۱۴
غرور و همکاری	۰/۷۵۱	۰/۷۵۷	۱/۰۱۲	۰/۵۰۱
درک هدف زندگی	۰/۸۵۸	۰/۸۵۶	۰/۹۶۱	۰/۶۰۳
قدرت و همبستگی خانوادگی	۰/۹۲۸	۰/۷۴۱	۰/۹۲۶	۰/۶۵۰
آگاهی درباره مسائل آینده	۰/۹۱۴	۰/۹۰۹	۱/۰۱۸	۰/۵۳۶
رشد و بلوغ شخصی	۰/۸۲۷	۰/۸۳۲	۰/۷۳۷	۰/۵۱۴
یادگیری از طریق تجربه با مشکلات خاص در زندگی	۰/۸۳۸	۰/۸۲۲	۱/۰۱۹	۰/۵۴۹
رشد شغلی	۰/۷۶۷	۰/۷۷۱	۱/۰۹۱	۰/۵۵۴
خوشبختی	۰/۷۳۸	۰/۷۳۴	۰/۸۷۸	۰/۵۶۰
شبکه اجتماعی گسترده	۰/۸۵۹	۰/۸۵۰	۰/۹۱۹	۰/۵۵۶
پذیرش کودک کم‌توان ذهنی	۰/۷۸۲	۰/۷۷۳	۰/۰۷۷	۰/۵۷۸

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

متغیرها	پایایی مرکب	آلفای کرونباخ	R^2	(AVE)
پذیرش	۰/۸۷۵	۰/۸۹۹	۰/۷۲۴	۰/۵۵۱
سرگردانی	۰/۹۱۲	۰/۹۰۷	۰/۹۴۱	۰/۵۷۲
ناامیدی	۰/۷۰۷	۰/۷۳۶	۰/۹۱۰	۰/۵۲۱
انکار	۰/۸۲۸	۰/۸۳۵	۰/۶۹۵	۰/۵۶۶
مقادیر استاندارد	۰/۷	۰/۷	-	۰/۵

برای برازش مدل، بایستی مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی مرکب و R^2 بالاتر از ۰/۷ باشد که در نتایج نشان می‌دهد تمامی مقادیر به حد مطلوب برای برازش رسیده‌اند. همچنین روایی همگرا مقادیر (AVE) به‌دلیل اینکه بالاتر از ۰/۵ بود نشان‌دهنده برازش مدل آزمون‌شده پژوهش حاضر است.

معیار بعدی برای برازش مدل شاخص Q^2 است. برای این مقیاس، مقادیر بالاتر از ۰/۱۵ نشان‌دهنده برازش خوب مدل و مقادیر بالاتر از ۰/۳۵ نشان دهنده برازش عالی مدل می‌باشد. در این پژوهش تمامی مقادیر به‌دست آمده بالاتر از ۰/۲۵ بود که نشان از برازش مدل می‌داد (جدول ۲).

درنهایت، اخرین معیار برای بررسی برازش مدل، معیار نیکویی برازش GOF است. مقادیر بالاتر از ۰/۳۶ نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است که در این پژوهش این مقدار ۰/۶۶ به‌دست آمد.

جدول ۲) شاخص Q۲ برای متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش

متغیرها	شاخص Q^2	متغیرها	شاخص Q^2
پذیرش تجربیات دردناک	-	قدرت و همبستگی خانواده	۰/۵۷۹
اجتناب از هیجان	۰/۳۲۸	آگاهی درباره مسائل آینده	۰/۴۰۸
عدم کنترل	۰/۳۴۰	رشد و بلوغ شخصی	۰/۲۷۱
تأثیر مثبت کودک بر خانواده	۰/۱۲۰	یادگیری از طریق تجربه با مشکلات خاص در زندگی	۰/۴۷۰
غرور و همکاری	۰/۳۳۴	رشد شغلی	۰/۴۵۴
درک هدف زندگی	۰/۵۰۱	خوشبختی	۰/۴۶۶
پذیرش کودک کم‌توان ذهنی	۰/۳۵۰	شبکه اجتماعی گسترده	۰/۴۷۹
پذیرش	۰/۳۵۵	ناامیدی	۰/۳۲۸
سرگردانی	۰/۴۷۵	انکار	۰/۲۶۸

با توجه به ضرایب معناداری و بارهای عاملی ارائه‌شده در شکل‌های(۲ و ۳) فرضیات پژوهش در کل تأیید می‌شود. نتایج بررسی پذیرش تجربیات دردناک بر تأثیر مثبت کودک بر خانواده و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی با محاسبه فرمول بارون و کنی در جدول شماره (۳) آمده است.

جدول ۳) ضرایب مسیر

مسیرها	ضرایب مسیر	مقادیر T	نتیجه
پذیرش روان‌شناختی به تأثیر مثبت کودک بر خانواده	۰/۲۷۷	۳/۸۹۷	تأیید
تأثیر مثبت کودک بر خانواده به پذیرش کودک کم‌توان ذهنی	۰/۴۱۴	۵/۵۱۷	تأیید
تأثیر مثبت کودک بر خانواده (میانجی‌گری پذیرش روان‌شناختی به پذیرش کودک کم‌توان ذهنی)	شدت میانجی		۰/۴۹

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

پس از برازش مدل، برای محاسبه تأثیر غیرمستقیم ادراک از تأثیر مثبت کودک بر خانواده بر پذیرش کودک کم‌توان ذهنی از روش بارون و کنی استفاده شد. نتایج محاسبه تأثیر مستقیم با استفاده از فرمول بارون و کنی نشان داد که این ضریب ۰/۴۹ و معنادار است و نشان می‌دهد پذیرش روان‌شناختی در ارتباط بین ادراک از تأثیر مثبت کودک بر خانواده و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی نقش واسطه‌ای معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تأثیر مثبت کودک بر خانواده در رابطه‌ی پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی انجام شد. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که پذیرش روان‌شناختی مادران بر پذیرش کودک کم‌توان ذهنی تأثیر مثبت معناداری دارد. این نتیجه با یافته‌های مطالعه گریوانی، آذربویه و طاهری (۳۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمال‌گرایی در مادران کودکان با اختلال تیک، یانگ، جین و سان (۲۰) مبنی بر تأثیر رفتار کودکان بر علائم افسردگی در والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم: نقش میانجی ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده ، مک دونالد و همکاران (۳۲) مبنی بر پذیرش روان‌شناختی تأثیر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی بر سازگاری روانی پدران را واسطه می‌کند و لوئیکس و همکاران (۳۰) مبنی بر یک بار ارزشمند؟ تأثیر کودکان با ناتوانی‌های ذهنی عمیق و چندگانه بر زندگی خانوادگی همسو است.

در تبیین یافته می‌توان گفت والدین برای ایفای صحیح مسئولیت‌های خویش از سویی و از سوی دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی درمورد کودکشان، خودشان و خانواده خود، داشته باشند. والدین باید بدانند با مشکلات و هیجانات خود چگونه کنار بیایند (۲۰). افزایش سطح آگاهی والدین نسبت به پدیده عقب ماندگی ذهنی و خصوصیات فرزندشان، می‌تواند احساسات و واکنش‌هایی را که اغلب والدین از خود بروز می‌دهند، برای آنان روشن سازد، از تنش موجود بین خانواده بکاهد، تعامل بهینه بین والد و فرزند را افزایش داده و تأثیر بسزایی بر سلامت خانواده داشته باشد. پذیرش ناراحتی، افکار و احساسات منفی و توجه به لحظه حال باعث کاهش اجتناب بویژه برای والدین تحت استرس است (۳۰). پذیرش روان‌شناختی به والدین کمک می‌کند تا به‌طور مؤثر با وضعیت موجود سازگار شوند و شرایطی که قادر به تغییر آن نیستند را بپذیرند و درنهایت به پذیرش وجود کودک کم‌توان ذهنی خود برسند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تأثیر مثبت کودک بر خانواده با پذیرش کودک کم‌توان ذهنی رابطه مثبت و معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بانگا و همکاران (۳) مبنی بر کودکان با ناتوانی ذهنی، تأثیر بر مراقبان: یک مطالعه مقطعی، لوئیکس و همکاران (۳۰) مبنی بر یک بار ارزشمند؟ تأثیر کودکان با ناتوانی‌های ذهنی عمیق و چندگانه بر زندگی خانوادگی و بلاچر و بیکر (۳۹) مبنی بر تأثیر مثبت ناتوانی ذهنی بر خانواده‌ها همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت حضور کودک کم‌توان ذهنی با ویژگی‌های خاص قطعاً تأثیرات عمیقی بر عملکرد افراد خانواده خواهد داشت و جو خانواده با تغییرات بسیاری همراه خواهد شد. در این شرایط، اعضای خانواده تجربیات و احساسات مثبت و منفی خواهند داشت. ای پی و گری (۴۰) متذکر می‌شوند، عنصر مهمی که در این شرایط اهمیت بسزایی می یابد، باورها و طرز تفکری است که خانواده در قبال داشتن فرزند کم‌توان ذهنی دارد و ادراکات و تجربیات والدین پیش‌بینی‌کننده قوی کیفیت زندگی خانواده است (۲۷). بنابراین والدین با توجه به ادراکات ذهنی که از وجود کودک کم‌توان ذهنی دارند، می‌توانند حضور یا عدم حضور او را بصورت مثبت یا منفی قلمداد کنند. طبق یافته‌ء پژوهش بانگا و همکاران (۳) تأثیر مثبت کودک کم‌توان ذهنی با افزایش خودکارامدی و رضایت عمومی والدین، توجه به نیازهای دیگران و افزایش میزان همدلی و حمایت به آنها در پذیرش احساسات منفی کمک می‌کند همچنین تأثیر مثبت کودک میزان استرس و مشکلات روانی والدین را کاهش می‌دهد. چون پذیرش احساسات و افکار دشوار یک فرآیند روانی است که می‌تواند در مواجهه با استرس زندگی تاب‌آوری را افزایش دهد (۴۱) در نتیجه سطح سازگاری و انعطاف‌پذیری در آنها افزایش پیدا می‌کند و بنابراین می‌تواند منجر به پذیرش کودک کم‌توان ذهنی شود.

درنهایت، یافته‌های پژوهش نشان داد که نقش میانجی تأثیر مثبت کودک بر خانواده در رابطه‌ی پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های گریوانی و همکاران (۳۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمال‌گرایی در مادران کودکان با اختلال تیک، لوئیکس

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

و همکاران (۳۰) مبنی بر یک بار ارزشمند؟ تأثیر کودکان با ناتوانی‌های ذهنی عمیق و چندگانه بر زندگی خانوادگی، یانگ، جین و سان (۲۰) مبنی بر تأثیر رفتار کودکان بر علائم افسردگی در والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم: نقش میانجی ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده و بلاچر و بیکر (۳۹) مبنی بر تأثیر مثبت ناتوانی ذهنی بر خانواده‌ها همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت وجود کودک کم‌توان ذهنی با تأثیر بر کمیت و کیفیت روابط زوجین و تعامل اعضای خانواده می‌تواند به عملکرد خانواده آسیب برساند. نیازهای مراقبتی کودک و رفتارهای ناسازگارانه کودک درونی کردن و بیرونی کردن رفتارهای مشکل‌ساز به‌عنوان عوامل استرس‌زای بالقوه والدین و اعضای خانواده هستند (۷). افراد همواره سعی در تغییر یا رهایی از احساسات، عواطف و افکار آزاردهنده هستند اما این تلاش در کنترل بی‌نتیجه است و موجب تشدید آنها خواهد شد. از طرفی پذیرش روان‌شناختی با اضطراب، استرس و افسردگی مادر رابطه منفی دارد (۱۶). پذیرش روان‌شناختی فرآیندی است که به پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای غیرقابل تغییر بویژه زمانی که تلاش برای تغییر باعث آسیب روانی شود، اشاره دارد (۴۱). پذیرش باعث سازگاری والدین با شرایط موجود خواهد شد و این فرصت را به آنها می‌دهد که با درک همزمان تجربیات و تأثیرات مثبت و منفی، حضور کودک کم‌توان ذهنی را درک کنند. از تأثیرات مثبت حضور کودک کم‌توان ذهنی در والدین می‌توان به شناخت ارزش‌های واقعی زندگی، افزایش اعتماد بنفس در آنها و افزایش توجه به نیازهای دیگران اشاره کرد. والدینی که پذیرش روان‌شناختی و تأثیرات مثبت تربیت کودک کم‌توان ذهنی را درک کرده‌اند، می‌دانند که مقابله اجتنابی راهکار مناسبی برای مشکل موجود نیست و پذیرش مسائلی که قادر به تغییر آنها نیستند مؤثرترین کمک را به خانوده خواهد کرد. بنابراین با این میزان درک راحت‌تر می‌توانند به پذیرش کودک کم‌توان ذهنی خود برسند.

براساس نتایج مطالعه، میان پذیرش روان‌شناختی مادر و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی رابطه‌ای مثبت وجود دارد. به‌طوری‌که ارتقای پذیرش روان‌شناختی مادر موجب افزایش سطح پذیرش کودک کم‌توان ذهنی می‌شود. از این‌رو، با توجه به نقش اساسی مادران در مراقبت از کودکان خود، ضروری است، طراحی برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقای سطح پذیرش روان‌شناختی در مادران در اولویت قرار بگیرد. همچنین متغیر تأثیر مثبت کودک بر خانواده در رابطه بین پذیرش روان‌شناختی و پذیرش کودک کم‌توان ذهنی نقش میانجی داشت. بنابراین با طرح برنامه‌هایی آموزشی با هدف آشناسازی والدین با تأثیرات مثبت این کودکان برخانواده می‌توان به افزایش پذیرش کودک از جانب خانوده کمک کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت دسترسی به نمونه به‌دلیل برخی مسائل اجتماعی خانواده‌ها و عدم تمایل آنها برای شرکت در پژوهش اشاره کرد. به همین دلیل نیز از نرم‌افزار PLS که برای حجم نمونه پایین در معادلات ساختاری مناسب‌تر است به‌جای نرم‌افزار AMOS برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین، در این مطالعه فقط مادران بررسی شدند. محدودیت دیگر پژوهش حاضر کمبود مطالعات و ادبیات پژوهش در مورد متغیر تأثیر مثبت کودک بر خانواده است. این مطالعه روی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شده است. بنابراین برای تعمیم نتایج به سایر کودکان با نیازهای ویژه باید احتیاط شود. جهت دسترسی آسان‌تر به جامعه پژوهشی پیشنهاد می‌شود قبل از انجام پژوهش یک جلسه توجیهی با همکاری سازمان‌های ذیربط مانند بهزیستی برای خانواده‌ها برگزار شود. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده پدران و مادران هر دو ارزیابی شوند. پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های بیشتری در زمینه تأثیر مثبت کودکان معلول بر خانواده انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود، در مطالعات بعدی مادران دیگر کودکان با نیازهای ویژه نیز مطالعه شوند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان بهزیستی شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

References

1. Jafarpour H, Akbari B, Shakeri Nia I, Asadi Majra S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation and mindfulness training on improving rumination in mothers with children with mild mental retardation. Child mental health (child psychology). 2019; 7(4): 75-93. [Persian]
2. Bakker-van Gijssel EJ, Lucassen PL, Hartman TO, Van Son L, Assendelft WJ, van Schrojenstein Lantman-de Valk HM. Health assessment instruments for people with intellectual disabilities—A systematic review. Research in developmental disabilities. 2017 May 1;64:12-24.
3. Bunga D, Manchala HG, Ravindranath N, Shankar U. Children with intellectual disability, impact on caregivers: A cross-sectional study. Indian Journal of Social Psychiatry. 2020 Apr 1;36(2):151-6.
4. Shamsi M, Hemmati Alamdarloo G, Shojaee S. Comparison of social problem solving ability in girl students with intellectual disability and normally developing peers. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018 Jun 10; 5(1): 15-24. [Persian]
5. Ahangar Abbas A, Soltani Nejad M, Darkurdi A. A comparative study of syntactic perception and production between Persian-speaking children with intellectual disabilities and typically developing children. Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2020; 9 (3): 274-285. [Persian]
6. Jalil Abkenar S. A comparison of the effectiveness of the cognitive-behavioral and social competency training methods on adaptive behavior of intellectually disabled boy students. International Journal of Behavioral Sciences. 2013 Nov 1; 7(3): 189-97. [Persian]
7. Rodriguez G, Hartley SL, Bolt D. Transactional relations between parenting stress and child autism symptoms and behavior problems. Journal of autism and developmental disorders. 2019 May 15;49:1887-98.
8. Seligman M, Darling RB. Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. Guilford Publications; 2017 Feb 13.
9. Hastings RP, Beck A, Hill C. Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: Mothers' and fathers' perceptions. Journal of intellectual disabilities. 2005 Jun;9(2):155-65.
10. Waqar S, Irshad G, Hassan B. Psychosocial distress among parents of children with intellectual disabilities. Rawal Medical Journal. 2021 Dec 6;46(2):381-.
11. Osborn R, Roberts L, Kneebone I. Barriers to accessing mental health treatment for parents of children with intellectual disabilities: A preliminary study. Disability and rehabilitation. 2020 Jul 30;42(16):2311-7.
12. Flynn S, Hastings RP, Burke C, Howes S, Lunsky Y, Weiss JA, Bailey T. Online mindfulness stress intervention for family carers of children and adults with intellectual disabilities: Feasibility randomized controlled trial. Mindfulness. 2020 Sep; 11:2161-75.
13. Jess M, Totsika V, Hastings RP. Maternal stress and the functions of positivity in mothers of children with intellectual disability. Journal of Child and Family Studies. 2018 Nov;27:3753-63.
14. Tajeri B, Bahiraei A. Association of parental stress, religious attitude and knowledge with maternal acceptance for mentally retarded boys. Journal of Exceptional Children (Research on Exceptional Children). 2008; 8 (2 (28)): 205-224. [Persian]
15. Sarwar F, Panatik SA, Jameel HT, Wan Mohd Yunus WM, Muhamad SN. Psychological capital, social support and wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder. Sage Open. 2022 Sep;12(3):21582440221121773.
16. Sarıçam HA, Deveci M, Ahmetoğlu E. The examination of hope, intolerance of uncertainty and resilience levels in parents having disabled children. Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues. 2020;10(1).
17. Agha Babaei S, Staki Azad N, Abedi A. Comparison of methods of coping with mental pressure of mothers of mentally retarded, cerebral palsy and normal children. Cognitive and behavioral science research. 2013; 3(1): 69-80. [Persian]
18. Dutta BK. Special Education and the role of School, Family and Community in Educating Exceptional Child. Journal of Positive School Psychology. 2022 Apr 5;1258-62.
19. Lakhani A, Gavino I, Yousafzai A. The impact of caring for children with mental retardation on families as perceived by mothers in Karachi, Pakistan. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2013;63(12):1468.
20. Yang CJ, Jin JY, Sun YW. The Impact of Children Behavior on Depressive Symptoms among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Mindfulness and Perceived Social Support. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2023 Apr 3;16(2):92-113.
21. Samadi SA, McConkey R, Bunting B. Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. Research in developmental disabilities. 2014 Jul 1;35(7):1639-47.
22. Barabadi B, Barabadi H A, heydarnia A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Parenting Training on Parenting Styles of Mothers with Mentally Retarded Children. QJCR 2022; 20 (80): 184-209. [Persian]
23. Azizi M, Sepehri S, Demehri F. Effect of acceptance and commitment therapy combined with Compassion-Focused Therapy on behavioral problems and mother-child interactions in children with hearing impairment. Auditory and Vestibular Research. 2021 Aug 1; 30(4): 256-63. [Persian]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

24. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. Neurotherapeutics 2017;14(3):546-53.
25. Marino F, Failla C, Chilà P, Minutoli R, Puglisi A, Arnao AA, Pignolo L, Presti G, Pergolizzi F, Moderato P, Tartarisco G. The effect of acceptance and commitment therapy for improving psychological well-being in parents of individuals with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. Brain Sciences. 2021 Jun 30;11(7):880.
26. Meral BF, Wehmeyer ML, Cinisli NA, Yilmaz EV. The positive psychology constructs of parents of children with intellectual and developmental disabilities in Turkey. Journal of Intellectual Disability Research. 2021 Jul;65(7):638-54.
27. Staunton E, Kehoe C, Sharkey L. Families under pressure: Stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. Irish journal of psychological medicine. 2020 Feb;28:1-8.
28. Blacher J, Begum GF, Marcoulides GA, Baker BL. Longitudinal perspectives of child positive impact on families: Relationship to disability and culture. American Journal on Intellectual and developmental disabilities. 2013 Mar;118(2):141-55.
29. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. Anxiety, stress, and coping. 2008 Jan 1;21(1):3-14.
30. Luijkx J, van der Putten AA, Vlaskamp C. A valuable burden? The impact of children with profound intellectual and multiple disabilities on family life. Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2019 Apr 3;44(2):184-9.
31. Fadae Z, Royan M, Ziaee F, Namazi R, Seyed Jafari J, Moussavi S. Evaluating the Effectiveness of a Parent Training Protocol Based on an Acceptance and Commitment Therapy on Happiness and Mental Adjustment among Mothers with Slow Paced Children. International Journal of Pediatrics. 2022 Aug 1;10(8):16553-63.
32. MacDonald EE, Hastings RP, Fitzsimons E. Psychological acceptance mediates the impact of the behaviour problems of children with intellectual disability on fathers' psychological adjustment. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2010 Jan;23(1):27-37.
33. Wahab R, Ramli FF. Psychological distress among parents of children with special needs. International Journal of Education, Psychology and Counseling. 2022;7(46):498-511.
34. Lee AR, Hong SW, Ju SJ. Construct validity of the life transition scale for parents of children with autism. Journal of Korean Academy of Nursing. 2014 Oct 1;44(5):563-72.
35. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011 Dec 1;42(4):676-88.
36. Abbasi, E., Fathi, L., Molodi, R., Zarabi, H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire–II. Psychological Methods and Models. 2012; 65-80. [Persian]
37. Behr SK, Murphy DL, Summers JA. User's manual: Kansas inventory of parental perceptions (KIPP). Lawrence, KS: Beach Center on families and disability. 1992.
38. Garivani G, Booyeh MA, Taheri E. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to psychological flexibility and perfectionism in mothers of children with tic disorders. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2020 Nov 1;22(6).
39. Blacher J, Baker BL. Positive impact of intellectual disability on families. American Journal on Mental Retardation. 2007 Sep;112(5):330-48.
40. Rose J, Willner P, Cooper V, Langdon PE, Murphy GH, Stenfert Kroese B. The effect on and experience of families with a member who has intellectual and developmental disabilities of the COVID-19 pandemic in the UK: Developing an investigation. International Journal of Developmental Disabilities. 2022 Mar 16;68(2):234-6.
41. Arch JJ, Fishbein JN, Finkelstein LB, Luoma JB. Acceptance and Commitment Therapy Processes and Mediation: Challenges and How to Address Them. Behavior therapy. 2022 Jul 16.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]