بررسی کیفیت زندگی بر اساس پذیرش بی‌قید و شرط، نیرومندی «من» و سلامت معنوی با میانجیگری استرس والدگری مادران دارای فرزند نابینا

▫ **نگار سبحانی**، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه دولتی شهید بهشتی، تهران، ایران
▫ **فربد امین انارکی**، دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری (روان‌سنجی)، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **لاله کهن‌سال**، مدرس گروه روان‌شناسی ، مؤسسه آموزش عالی سارویه، ساری، ایران
▫ **سهیلا اسعدی***، مدرس گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱ ● تاریخ انتشار: بهمن و اسفند ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۵۳ - ۶۶

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین معلولیت‌ها در سراسر جهان، نابینایی است. افزون بر مشکلاتی که خود کودکان به واسطه مشکل نابینایی خویش تجربه می‌کند، مادران آنها نیز مشکلات هیجانی، روان‌شناختی و زناشویی مختلفی را تجربه می‌کنند این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی براساس پذیرش بی‌قید و شرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با میانجیگری استرس والدگری مادران دارای فرزند نابینا شهرستان‌های غرب استان مازندران انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر، پژوهش کاربردی و از نوع همبستگی می‌باشد جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مادران کودکان نابینا و شهرستان‌های تنکابن، رامسر، عباس‌آباد، چالوس در سال ۱۴۰۲ بودند، که با توجه به تعداد شاخص‌های آزاد، جمعاً نمونه‌ای به حجم ۲۳۳ مادر با استفاده از روش نمونه‌گیری و در دسترس درنظر گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه (۲۰۰۵)، مقیاس استرس در روابط والد-فرزند آبدین (۱۹۹۰)، پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱)، پرسشنامه سلامت معنوی (۱۹۸۲)، پرسشنامه قدرتمندی ایگو روکس و همکاران (۲۰۰۳) بود. تحلیل داده‌ها توسط نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و PLS۳ و با استفاده از روش، تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری (SEM)و مقدار بوت استرپ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی براساس پذیرش بی قید و شرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با میانجیگری استرس والدگری مادران دارای فرزند نابینا برازش مطلوب دارد. با توجه به نتایج آزمون بوت استرپ مشخص است که نقش میانجی استرس والدگری در رابطه پذیرش بی قید و شرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با کیفیت زندگی پذیرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیرگذاری متغیرهای مورد مطالعه بر پیش‌بینی کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا، باید برنامه‌ریزی و ایجاد زیرساخت‌های مناسب به منظور بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا به‌عمل آید.

واژه‌های کلیدی: استرس والدگری، پذیرش بی قید و شرط، سلامت معنوی، کیفیت زندگی، نیرومندی ایگو

* Email: Soheilaasaadi@yahoo.com

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

مقدمه

نابینایی[1] معلولیتی است که احساس عدم امنیت و ناکامی در فرد ایجاد می‌کند و با افزایش فشار عصبی می‌تواند تعادل روانی و سازمان‌یافتگی کلی شخصیت را تحت تأثیر قرار دهد (۲). آسیب بینایی، یکی از ناتوانی‌های مهم و شایع به‌شمار می‌رود و ۲۸۵ میلیون نفر در سراسر دنیا با آسیب بینایی هستند که از این تعداد، ۳۹ میلیون نفر نابینا بوده و ۲۴۶ میلیون نفر ضعف بینایی دارند. در سراسر جهان، آسیب بینایی در چهاردهمین رتبه در میان سایر آسیب‌های جسمانی قرار دارد. در ایران، تعداد افراد نابینا و کم‌بینا تقریباً ۱۸۰،۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲). مادران کودکان با ناتوانی تمایل بیشتری به افسردگی و احساس ضعف در صلاحیت فرزندپروری خود دارند. این امر بویژه زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود که علائم اضطراب و افسردگی در آنان بر مهارت‌های شناختی، عاطفی و خودتنظیمی کودکانشان نیز تأثیر گذارد. علاوه‌بر آن، همگام‌سازی و رابطه متقابل مادر-کودک نیز ممکن است تحت تأثیر این فرایند قرار گیرد (۳).

کودک با نیاز ویژه و چالش‌های ذاتی آن می‌تواند منجر به احساساتی در مادر از قبیل احساس خشم، عصبانیت، گناه، تنهایی و ناامیدی شود (۴). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را نشان‌دهنده‌ی هدف، انتظارات، معیارها، آگاهی و دیدگاه‌های یک فرد نسبت به زندگی می‌داند (۵). به‌علاوه، کیفیت زندگی با چندین عامل اقتصادی-اجتماعی مانند درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین و زمان کار و همچنین حمایت زناشویی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد (۶). از این حیث، منابع محدود مادی، مشکلات اشتغال، ویژگی‌های کودک و عدم احترام و حمایت اجتماعی پایین، باعث پریشانی والدین و کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۷). صف آرا، خانبابایی (۸) در پژوهش خود با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر ارتقاء کیفیت زندگی و امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان‌ذهنی، آموزش مهارت‌های معنوی تأثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی و امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان‌ذهنی داشته است.

مادران کودکان نابینا، چالش‌های فراوانی را در زندگی روزمره تجربه می‌کنند. یکی از سازه‌های روان‌شناسی که می‌تواند سلامت روان و بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، پذیرش بی‌قیدوشرط خود است (۹). به جنبه ارزش‌یابانه خودپنداره، پذیرش خود می‌گویند. از نظر نولن هوکسما، فردریکسون و لوفتاس (۲۰۰۰) پذیرش خود عبارت است از درجه تصویب و تأیید و ارزشی که شخص برای خود احساس می‌کند (۱۰). پذیرش بی‌قیدوشرط خود، عامل اساسی در سازگاری عاطفی-اجتماعی و یک اصل کلی برای درونی‌کردن اعتماد به‌خود است (۱۱). فرد خودپذیر، فردی سالم است که محدودیت‌ها و استعدادهای خود را به‌خوبی می‌شناسد و کمبودهای خود را می‌پذیرد و از احساسات درونی خویش آگاه است و بر آنها تسلط دارد (۱۲). پژوهش پوپوف، رادانویچ و بیرو (۱۳) نشان داد که میان پذیرش خود و سلامت روان رابطه وجود دارد.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بُعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی از صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بُعد بسیار ضروری است (۱۴). امروزه معنویت به‌عنوان یک بُعد انسانی و با درک نقشی که در بهبودی افراد دارد، به‌طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است. چنانکه به‌عنوان یک مفهوم اساسی برای برآورده‌شدن نیازهای روانی افراد شناخته شده است. معنویت یکی از ابعاد وجود انسان است که سبب خلق معنا در زندگی و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. معنویت به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی، ارتباط مهمی با سلامت افراد دارد. می‌توان گفت بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته باشند و یا به بیشترین ظرفیت خود برسند (۱۵). سلامت معنوی[2] از ابعاد مهم سلامت انسان است که به‌طور کلی ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای درون آدمی فراهم می‌کند و به ایجاد ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی و احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط می‌انجامد. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند و نقش زیادی در سلامت روانی و جسمی افراد دارد (۱۶).

یکی از مؤلفه‌های مرتبط با کیفیت زندگی افراد دارای نقایص بینایی و خانواده‌هایشان را می‌توان نیرومندی "من"[3] دانست. در هیمن راستا، رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل اختلالات شخصیت و در پی آن ناتوانی‌های ارتباطی از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر

1. Blindness
2. spiritual health
3. Ego-strength

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

این فرایند پرداخته‌اند ولی عمیق‌ترین آنها رویکرد روان‌تحلیلی فروید[1] بوده است (۱۷). براساس این رویکرد، شخصیت متشکل از ۳ پایگاه نهاد، من و فرامن[2] می‌باشد. از آنجایی‌که "من" وظیفه مدیریت سیستم روانی را برعهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که "من" نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. قدرت "من" توانایی حفظ هویت خود بدون توجه به استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین پایداری از ویژگی‌های شخصیتی است که در توانایی حفظ سلامت روان منعکس می‌شود (۱۸). توجه به نقش مدیریت سیستم روانی "من"، همه مشکلات روانی موقعی ظهور پیدا می‌کنند که "من" قادر به عمل کردن به مسئولیت‌هایش نباشد. نیرومندی "من" به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع‌بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آنها به‌شکل مؤثر می‌باشد (۱۹ ؛ ۱۷)

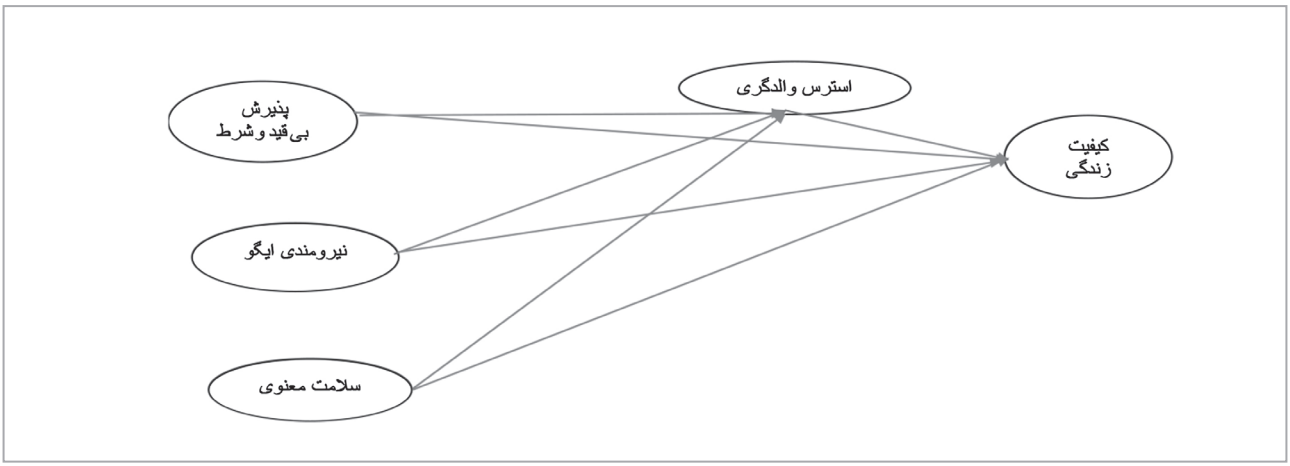
اثرات تولد یك کودک با نیاز ویژه بر خانواده خیلی عمیق است ؛ زیرا بروز ناتوانی در فرزند یا فرزندان علاوه بر اینکه ارتباط مادر ـ کودك را تهدید می‌کند، اختلالات عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، از آنجا که برطرف کردن نیازهای فرزندان ناتوان، مستلزم صرف زمان، انرژی، پول و هیجان بیشتری از سوی والدین است، ممکن است در والدین این احساس بوجود آید که آنها توانایی و کفایت لازم را برای برطرف کردن نیازهای کودکان‌شان ندارند. همچنین داشتن یک فرزند ناتوان می‌تواند توأم با تجربه عواطف منفی در والدین از جمله مادران آنها شود. عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجان‌های منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم و تنش است (۲۰) به نحوی که یکایك افراد خانواده به نوعی دچار بحران‌های ناشی از وجود فرد ناتوان می‌شوند (۲۱). وجود کودک ناتوان در خانواده با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با او سر و کار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد (۲۲). آبیدین و برونر (۱۹۹۵) استرس والدگری را، حاصل اثر تعامل کنش‌وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودك، روابط با همسر، محدودتی ناشی از نقش‌پذیری مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌داند. او همچنین معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیت بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی و ...) دلیل افزایش احتمال نارسایی کنش‌وری و استرس والدگری است. افزایش استرس مادر بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان تأثیر مهمی دارد (۲۳).

این پژوهش با آزمون یک مدل علّی کیفیت زندگی براساس پذیرش بی‌قیدوشرط، نیرومندی "من" و سلامت معنوی با میانجی‌گری استرس والدگری در مادران دارای فرزند نابینا، چندین خلاء و شکاف مهم در ادبیات موجود را پُر نماید. این پژوهش با بررسی تعاملات میان این ۳ عامل، درک عمیق‌تری از نحوه تأثیرگذاری آنها بر کیفیت زندگی مادران ارائه خواهد کرد. دومین شکاف مربوط به نقش میانجی استرس والدگری است. این پژوهش با آزمون نقش میانجی استرس والدگری، درک بهتری از فرایندهای زیربنایی که این عوامل از طریق آنها بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند، ارائه می‌کند. سومین شکاف مربوط به جمعیت مورد مطالعه است. این پژوهش با تمرکز ویژه بر این گروه از مادران، شناخت بهتری از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آنها ارائه می‌نماید. در مجموع، این پژوهش با ارائه یک مدل یکپارچه و آزمون نقش میانجی استرس والدگری در رابطه میان پذیرش، نیرومندی "من"، سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند نابینا، دریچه‌های جدیدی را برای درک بهتر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این گروه از مادران می‌گشاید. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمای ارزشمندی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و حمایتی مؤثرتر برای این گروه باشد. با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی براساس پذیرش بی‌قیدوشرط، نیرومندی "من" و سلامت معنوی با میانجی‌گری استرس والدگری مادران دارای فرزند نابینای شهرستان‌های غرب استان مازندران انجام شد. بنابراین، مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل (۱) ارائه می‌شود.

1. Freud
2. ID, Ego & Superego

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

شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش



روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش کاربردی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان نابینای شهرستان‌های تنکابن، رامسر، عباس‌آباد و چالوس در سال ۱۴۰۲ بود که با توجه به میانگین پژوهش‌های قبلی و نیز تعداد متغیرها، جمعاً نمونه‌ای به حجم ۲۳۳ مادر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس درنظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب رضایت کتبی برای حضور در پژوهش، دامنه سنی بین ۳۵-۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل و مادران دارای فرزند آسیب‌های بینایی از سطح متوسط به بالا و ملاک‌های خروج نیز شامل پاسخ ندادن به تمامی پرسش‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل کسب رضایت آزمودنی‌ها، اطمینان‌بخشی در رابطه با محرمانه‌بودن اطلاعات نزد درمانگر و امکان خروج از پژوهش درصورت عدم تمایل به همکاری بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری(SEM) و مقدار بوت استرپ توسط نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و نسخه ۲۳ نرم افزار PLS۳ انجام شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه

پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۹) توسط گروهی از کارشناسان آن سازمان با ۲۶ ماده که ۴ بُعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی را سنجش می‌کند، ساخته شده است. این پرسشنامه، به‌عنوان یک پرسشنامه جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و درمجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می‌باشد. ماده‌های پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند که اصلا برابر با ۱ و خیلی زیاد برابر با ۵ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که ماده‌های۳ و۴ و۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس، ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ می‌باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۵۸گزارش شد.

پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی توسط پالوتزین و الیسون[1](۲۵) ساخته شد و شامل ۲۰ پرسش و ۲ خرده مقیاس، شامل سلامت مذهبی که بهزیستی ناشی از ارتباط با یک قدرت متعالی است و سلامت وجودی که عنصری روانی- اجتماعی است. پرسش‌های فرد آزمون، مربوط به خرده مقیاس سلامت مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسش‌های زوج، مربوط به خرده مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به پرسش‌ها، لیکرت ۶درجه‌ای است. در مورد پرسش‌های مثبت، گزینه کاملاً موافقم نمره۶ و به ترتیب گزینه کاملاً مخالفم نمره۱ می‌گیرد. نمره‌گذاری

1. Paloutzian, Ellison

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

پرسش‌های منفی بر عکس می‌باشد (پرسش‌های ۱-۲-۵-۶-۹-۱۲-۱۳-۱۶-۱۸ پرسش‌های منفی هستند). سلامت معنوی به ۳ سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. فاطمی و رضایی (۲۶)، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس با ۵۲۱ دانشجو شامل ۳۱۲ دختر و ۲۰۹ پسر از بین دانشگاه‌های تهران انجام شد. نتایج نشان داد که همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب برابر با ۹۰/۰ و ۸۵/۰ است؛ همچنین این مقیاس دارای روایی همگرا و واگرای مناسب می‌باشد. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۱۴گزارش شد.

فرم کوتاه مقیاس استرس والدینی

مقیاس معتبر اندازه‌گیری استرس در روابط والد-فرزند توسط آبدین[1] (۲۷) تهیه شده است. فرم کوتاه این مقیاس مشتمل بر ۳۶ گویه با همان عبارت‌های فرم اصلی بلند ۱۰۱گویه‌ای است. این مقیاس به‌منظور ارزیابی ۳ زیرمقیاس آشفتگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد- فرزند و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و همچنین نمره استرس کلی (مجموع همه گویه‌ها) طراحی شده است که شیوه نمره‌گذاری بر روی طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می‌باشد. ضریب قابلیت اعتبارِ همسانیِ درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای یک گروه ۵۳۴ نفری از والدین ساکن در منطقه ویرجینیای ایالات متحده، ۹۰/۰ درصد به‌دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک، ۸۹/۰ و در قلمرو والد ۹۳/۰ درصد بوده است (۲۷). مقدار این ضریب در سطح پژوهش دادستان و همکاران ۸۸/۰ و ضریب بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۹۴/۰ درصد بود (۲۸). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۶۹گزارش شد.

پرسشنامه پذیرش بی‌قیدوشرط خود

پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود توسط چمبرلین و هاگا[2] در سال ۲۰۰۱ طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت و دارای ۲ زیرمقیاس پذیرش بی‌قیدوشرط خود و پذیرش مشروط خود است و برای گروه سنی ۱۴ سال و بالاتر قابل اجرا است. با توجه به اینکه پرسشنامه پذیرش بی‌قیدوشرط خود نحوه‌ی پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست=۱، تا همیشه درست=۷ است؟ در این مقیاس، گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت شامل ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۱، ۸، ۶، ۵، ۳، ۲ نشان‌دهنده پذیرش بی‌قیدوشرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳)، درحالی‌که ۱۱ مورد دیگر (عبارت‌های ۲۰، ۱۹، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۷، ۴، ۱) به‌صورت معکوس است به‌طوری‌که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود است (دامنه نمرات از ۱۱ تا ۷۷). چمبرلین و هاگا(۲۹)، همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند که در سطح قابل قبولی است. همچنین پایایی آن از طریق دونیمه کردن آزمون و با استفاده از روش تصنف اسپیرمن ۰/۶۳ به‌دست آمد. روایی همگرای این پرسشنامه از طریق همبستگی نمرات آن با نمرات پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد که ضریب همبستگی آن ۰/۳۷ به‌دست آمد (۲۹). نتایج تحلیل عاملی تأییدی شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب برابر با ۰/۰۹ و شاخص‌های برازندگی تطبیقی و نیکویی برازش به ترتیب برابر ۰/۹۵ و ۰/۹۵ به‌دست آمد و سایر شاخص‌ها نیز از مقادیر قابل قبولی برخوردار بودند که می‌توان گفت بر برازش خوب مدل با داده‌ها دلالت دارد (۳۰). پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳۱ به‌دست آمده است.

پرسشنامه نیرومندی ایگو

پرسشنامه‌ی قدرتمندی "من" توسط روکس و همکاران که در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و ابزار خودگزارش‌دهی ۲۷ پرسشی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و ۴ عامل بیان کننده‌ی ابعاد نظریه یعنی غم و اندوه و جستجو، ارتباط، تعهد و تحرك می‌باشد. در این پرسشنامه هم مجموع نمره‌ها (قدرت درونی کلی)، هم نمره‌های خرده مقیاس‌ها می‌تواند، محاسبه شود. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف با امتیاز ۱تا کاملاً موافق با امتیاز ۵ انجام می‌شود (البته عامل‌های ۱۴ـ۲۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود) و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده قدرت درونی خود بیشتری است. روکس و همکاران طی سال‌های ۲۰۰۳تا ۲۰۰۴ شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در نمونه‌های ۲۸۱، ۱۵۴، ۲۰۷ زن مبتلا به سرطان در ۳ پژوهش بررسی کردند. در این پژوهش‌ها آلفای کرونباخ (برای نشان دادن پایایی همسانی درونی) برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸ تا ۰/۹؛ و برای قدرت درونی کلی ۰/۹۱ به‌دست آمد. روایی همگرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌ی تسلط بر استرس یانگر و روایی واگرای آن نیز با استفاده از مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک رادولف تأیید شده است (۳۱). در پژوهش داوری، رحیمیان بوگر، طالع پسند و اوزی (۳۲) نیز

1. Abidin
2. Chamberlain & Haaga

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

آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو، تحرك و قدرت درونی کلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۱، و ۰/۸۴ به‌دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷۸ به‌دست آمد.

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان مازندران و اداره آموزش و پرورش استثنایی استان مازندران هماهنگی‌های لازم انجام شد و آموزش و پرورش و اداره بهزیستی شهرستان‌های تنکابن و رامسر و عباس‌آباد و چالوس مدارس استثنایی شهر تنکابن و رامسر و عباس‌آباد و چالوس، انجمن نابینایان تنکابن و رامسر و عباس‌آباد و چالوس را به پژوهشگر معرفی نموده و به‌صورت دردسترس نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. پژوهشگر به این مراکز مراجعه و هماهنگی با مسئولان این مراکز از روی پرونده‌های موجود در این مراکز دریافت شماره تماس مادران و از بین مراجعان آنان ۲۳۳ نفر از مادران داری فرزند نابینا که خودشان مایل به همکاری بودند، تعیین شد(البته لازم به توضیح است که تعداد آزمودنی‌ها در ابتدا ۳۰۰ مادر بود که طی روند پژوهش به ۲۹۸ نفر کاهش یافت). با مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولان ذیربط، طبق برنامه‌ریزی قبلی، پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها دلایل انتخاب آنها در نمونه، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر ارائه گردید. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت— فرم کوتاه، پرسشنامه‌ی نیرومندی ایگو، پرسشنامه پذیرش بی قیدوشرط خود، پرسشنامه سلامت معنوی، فرم کوتاه مقیاس استرس والدینی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

یافته ها

در جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری بیان شده است.

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

متغیر	گویه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
سن	زیر ۳۵ سال	۳۸	۱۶/۳
	۳۵ تا ۵۰ سال	۱۱۱	۴۷/۶
	بالای ۵۰ سال	۸۴	۶۹/۱
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۹۷	۴۱/۶
	فوق دیپلم	۵۲	۲۲/۴
	کارشناسی	۶۳	۲۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۱	۹
درآمد ماهیانه	کمتر از ۷ میلیون تومان	۵۴	۲۳/۱۸
	۷ تا ۱۵ میلیون تومان	۸۵	۳۶/۴۸
	بالای ۱۵ میلیون تومان	۹۴	۴۰/۳۴
طول مدت ازدواج	کمتر از ۱۰ سال	۱۰۵	۴۵/۰۶
	بالای ۱۰ سال	۱۲۸	۵۴/۹۴
تعداد فرزندان	یک فرزند	۵۱	۲۱/۸۹
	دو فرزند	۱۱۲	۴۸/۰۷
	سه فرزند	۶۳	۲۷/۰۴
	چهار فرزند و بیشتر	۷	۳

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

در جدول شماره (۱) فراوانی و درصد فراوانی افراد نمونه براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی ارائه شده است. جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد بین پذیرش بی‌قیدوشرط خود ، سلامت معنوی ،کیفیت زندگی، نیرومندی ایگو، استرس والدینی را نشان می‌دهد.

جدول۲) مقادیر شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	آماره آزمون	سطح معناداری
پذیرش بی‌قیدوشرط خود	۳۹/۷۶	۵/۲۷۴	۲۴	۵۱	۰/۰۵۸	۰/۰۳۹
پذیرش مشروط خود	۳۷/۹۷	۸/۰۵۹	۲۰	۵۵	۰/۰۹۷	۰/۰۰۱
امید	۲۸/۱۰	۵/۰۰۸	۱۶	۳۸	۰/۰۹۴	۰/۰۰۱
خواسته	۲۸/۹۰	۴/۵۴۴	۱۵	۳۸	۰/۱۱۳	۰/۰۰۱
هدف	۲۸/۹۳	۴/۹۶۶	۱۵	۳۸	۰/۰۸۰	۰/۰۰۱
شایستگی	۲۸/۲۴	۴/۹۴۹	۱۶	۳۸	۰/۰۸۰	۰/۰۰۱
وفاداری	۲۸/۹۶	۵/۳۶۶	۱۴	۳۹	۰/۰۷۵	۰/۰۰۳
عشق	۲۴/۷۵	۴/۲۳۰	۱۵	۳۳	۰/۰۶۱	۰/۰۳۶
مراقبت	۲۸/۴۸	۴/۷۷۹	۱۷	۳۸	۰/۰۹۷	۰/۰۰۱
خرد	۲۵	۴/۳۱۷	۱۵	۳۵	۰/۱۰۲	۰/۰۰۱
نیرومندی ایگو	۲۲۸/۲۴	۳۵/۵۲۴	۱۳۶	۲۹۲	۰/۰۵۲	۰/۰۴۲
سلامت مذهبی	۴۰/۶۱	۹/۸۱۷	۲۰	۵۶	۰/۱۱۶	۰/۰۰۱
سلامت وجودی	۴۱/۰۴	۱۰/۷۴۰	۱۸	۵۸	۰/۱۰۲	۰/۰۰۱
سلامت معنوی	۸۲	۲۱/۶۷۴	۳۸	۱۱۷	۰/۱۰۵	۰/۰۰۱
سلامت جسمی	۲۴/۹۳	۴/۵۷۸	۱۲	۳۵	۰/۱۰۵	۰/۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	۲۱/۵۶	۴/۳۵۸	۱۰	۳۰	۰/۰۷۶	۰/۰۰۳
روابط اجتماعی	۱۰/۳۶	۲/۸۹۳	۳	۱۵	۰/۱۲۶	۰/۰۰۱
محیط اجتماعی	۲۸/۲۵	۵/۵۵۸	۱۴	۴۰	۰/۰۸۹	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی	۶/۹۶	۱/۷۸۱	۳	۱۰	۰/۱۶۴	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۹۲/۰۷	۱۶/۳۷۲	۴۶	۱۲۴	۰/۰۹۸	۰/۰۰۱
آشفتگی والدینی	۱۴/۵۶	۹/۵۹۱	۱۴	۵۵	۰/۱۱۴	۰/۰۰۱
تعاملات ناکارآمد والد-فرزند	۱۴/۵۶	۱۰/۷۰۴	۱۲	۵۴	۰/۱۲۸	۰/۰۰۱
ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۱۴/۵۶	۹/۴۳۹	۱۴	۵۴	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
استرس والدینی	۱۴/۵۶	۲۶/۵۸۵	۴۴	۱۶۱	۰/۱۱۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۲)، میانگین پذیرش بی‌قیدوشرط خود برابر با (۳۹/۷۶)، پذیرش مشروط خود برابر با (۳۷/۹۷)، نیرومندی من برابر با (۲۲۸/۲۴)، سلامت معنوی برابر با (۸۲)، کیفیت زندگی برابر با (۹۲/۰۷) و استرس والدینی برابر با (۱۴/۵۶) می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها در بازه (۲+، ۲-) قرار دارد. بنابراین توزیع تمامی متغیرها نرمال است.

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

جدول۳) شاخص‌های بررسی کفایت مدل پژوهش

متغیر	R^2	Q^2	f^2
پذیرش بی‌قیدوشرط	--	--	۰/۰۸۲
نیرومندی ایگو	--	--	۰/۱۱۸
سلامت معنوی	--	--	۰/۳۵۰
استرس والدگری	۰/۵۵۱	۰/۱۰۶	۰/۱۰۵
کیفیت زندگی	۰/۶۲۷	۰/۳۳۹	--
سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ برای R^2 به ترتیب به‌عنوان مقدار ملاك برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی			
سه مقدار ۰/۰۲، ، ۰/۱۵و ۰/۳۵ برای Q^2 به ترتیب قدرت پیش‌بینی کم، متوسط و قوی			
سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ برای f^2 به ترتیب نشان از اندازه تأثیر کوچک، متوسط و بزرگ			

معیار ضریب تعیین[1] مربوط به متغیرهای پنهان درون‌زای (وابسته) مدل است. ضریب تعیین معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر دورن‌زا دارد و ۳ مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی ضریب تعیین درنظر گرفته می‌شود. با توجه به جدول (۳) مقدار ضریب تعیین محاسبه‌شده برای سازه‌های درون‌زا، مناسب بودن برازش مدل ساختاری را تأئید می‌سازد. معیار توزیع کای۲ [2] قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌کند و درصورتی که مقدار آن در مورد یک سازه درون‌زا ۳ مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی سازه یا سازه‌های برون‌زای مربوط به آن را دارد. با توجه به جدول (۳) مقدار معیار توزیع کای ۲ محاسبه‌شده، نشان از قدرت پیش‌بینی مناسب مدل درخصوص سازه‌های درون‌زای مدل دارد و برازش مناسب مدل ساختاری تأئید شد. مقادیر شاخص اندازه اثر موجود در جدول بالا مناسب بودن این شاخص را نشان می‌دهد.

مدل کلی شامل هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری می‌شود و با تأیید برازش آن، بررسی برازش در یك مدل کامل خواهد شد. برای بررسی برازش مدل کلی تنها آزمون نیکویی برازش[3] وجود دارد. آزمون نیکویی برازش توسط تنـنهاوس و همکاران[4] (۲۰۰۴) ابداع شد و طبق فرمول موجود در جدول محاسبه می‌شود.

جدول ۴) نتایج برازش کلی مدل با آزمون نیکویی برازش

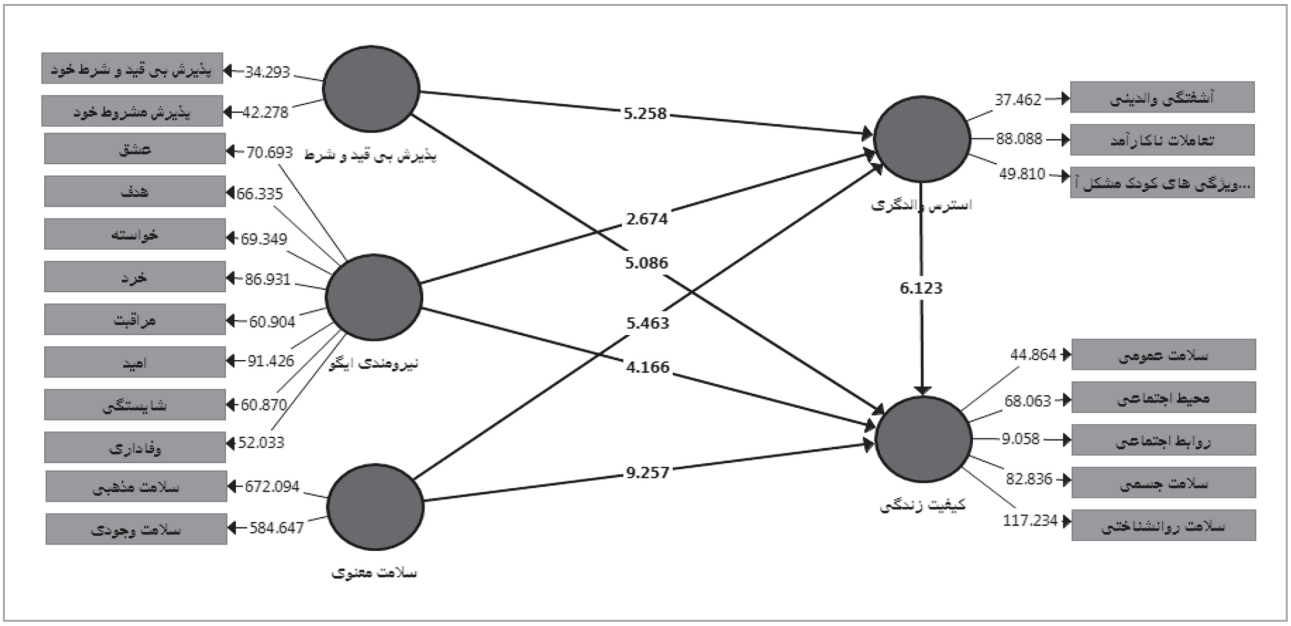
$GOF = \sqrt{\overline{Communalities} \times \overline{R^2}}$	$\overline{Communalities}$	$\overline{R^2}$
۰/۵۷۲	۰/۵۵۶	۰/۵۸۹

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مقادیر اشتراکی[5] مقدار ۰/۵۵۶ و میانگین مقادیر ضریب تعیین برابر ۰/۵۸۹ به‌دست آمده است و با توجه به فرمول مقدار آزمون نیکویی برازش معادل ۰/۵۷۲ به‌دست آمد که بزرگتر از مقدار ملاک ۰/۳ بوده و نشان از برازش قوی مدل کلی پژوهش است. آزمون نیکویی برازش مدل کلی را با قدرت تأیید کرده و اجازه ورود به بخش بررسی فرضیات صادر می‌شود.

1. R-Squared) R²(
2. Chi Squared) Q2(
3. Goodness Of Fit) GOF(
4. Tenenhaus et al.
5. Communalities

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

شکل ۲) روش بوت استرپ برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم



جدول ۵) نتایج حاصل از روش بوت استرپ برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم

مسیر			اثر غیرمستقیم	مقدار بوت استرپ		آماره t	خطای برآورد	سطح معناداری
متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته		حد بالا	حد پایین			
پذیرش بی قید و شرط	استرس والدگری	کیفیت زندگی	۰/۰۷۲	۰/۱۳۴	۰/۰۳۱	۳/۶۵۲	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱
نیرومندی ایگو	استرس والدگری	کیفیت زندگی	۰/۰۲۷	۰/۰۸۵	-۰/۰۵۷	۱/۰۱۵	۰/۰۳۹	۰/۲۵۱
سلامت معنوی	استرس والدگری	کیفیت زندگی	۰/۰۷۳	۰/۱۲۸	۰/۰۳۴	۲/۵۲۹	۰/۰۴۴	۰/۰۰۸

برای بررسی نقش میانجی استرس والدگری از روش بوت استرپ استفاده شد. در این روش، چنانچه مقدار حد پایین و حد بالای بوت استرپ هر دو مثبت و یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد، در آن صورت مسیر غیرمستقیم معنادار بوده و فرضیه پذیرفته خواهد شد. همچنین اگر سطح معناداری کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ باشد تأثیر غیرمستقیم پذیرفته می‌شود. با توجه به نتایج آزمون بوت استرپ مشخص است که نقش میانجی استرس والدگری در رابطه پذیرش بی‌قیدوشرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با کیفیت زندگی پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش آزمون مدل علّی کیفیت زندگی براساس پذیرش بی‌قیدوشرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با میانجیگری استرس والدگری مادران دارای فرزند نابینا شهرستان‌های غرب استان مازندران بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مدل علّی کیفیت زندگی براساس پذیرش بی‌قیدوشرط، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی با میانجیگری استرس والدگری در مادران دارای فرزند نابینا، از برازش قوی برخوردار است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پذیرش بی‌قیدوشرط خود به‌صورت مثبت و معنادار بر کیفیت زندگی والدین کودکان نابینا اثر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های منیرپور و همکاران (۹) و حسنی و همکاران (۱۱) همخوان است. پذیرش بی‌قیدوشرط خود ، عامل اساسی در سازگاری عاطفی-اجتماعی و یک اصل کلی برای درونی کردن اعتماد به خود است. فرد خودپذیر فردی سالم است که محدودیت‌ها و استعدادهای خود را به‌خوبی می‌شناسد و کمبودهای خود را می‌پذیرد و از احساسات درونی خویش آگاه است و بر آنها تسلط دارد (۱۱).

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

کیفیت زندگی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی و میزان رضایت کلی وی از زند گی خود است. این مفهوم دیدگاه فرد را درباره تفاوت درک‌شده بین آنچه باید باشد و آنچه هست را نشان می دهد. پذیرش بی‌قیدوشرط باعث افزایش اعتماد به نفس می‌شود. عزت نفس مبتنی برخودپذیری است؛ پذیرش خود به این معناست که شما باید آنچه را که هستید بپذیرد و نه آنچه را که دوست دارید باشید و باید ویژگی‌های خوب و بد خود را بپذیرید. خودپذیری نقطه‌ای است که مردم در آن با تمام ضعف‌هایی که دارند خود را می‌پذیرند و زمانی که عیب‌های خود را می‌پذیرند، سعی می‌کنند که با وجود آنها خود را دوست داشته باشند. هنگامی که فرد این احساس را به‌خوبی تجربه کند، خود را قدردان و سپاسگزار کسانی می‌داند که به‌نحوی موجب بهزیستی و رفاه و کیفیت زندگی او شده. به‌نظر می‌رسد، این رابطه رابطه‌ای دو سویه است، از یکسو، افرادی که قدردان دیگران باشند، نگرش مثبت دیگران را به‌خود ایجاد می‌کنند و از سوی دیگر، این نگرش مثبت دیگران موجب نشاط بیشتر آنها می‌شود که همه این عوامل درکنار یکدیگر باعث شده تا فرد بیش از پیش خودش را بپذیرد و سبب افزایش کیفیت زندگی او شود (۳۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نیرومندی من به‌صورت مثبت و معنادار بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند نابینا اثر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های جعفری و همکاران (۱۸) و حشمتی و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که نیرومندی من در همان سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد و به عنوان یک ظرفیت و توانایی در فرد برای انعطاف‌پذیر بودن و دستیابی به ثبات عاطفی عمل می‌کند و به افراد کمک می‌کند که با چالش‌های زندگی روبه‌رو شوند و همچنین هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های ناکام‌کننده و استرس‌زا به‌صورت مؤثر مبارزه کنند. در نتیجه روابط سالم و مؤثری با دیگران و با خودشان داشته باشند (۳۴). هرچه من افراد قوی‌تر باشد آنها خودپنداره‌ی نیرومندتر، شادی بیشتر و اضطراب کمتری را گزارش می‌دهند. در نتیجه کیفیت زندگی بیشتری را دارند ایگو یا من قدرتمند در افراد سازگاری، خودکارآمدی، شایستگی بین فردی و حتی رضایت از زندگی را منعکس کرده بنابراین توانایی‌های مقابله‌ای‌شان را تضمین کرده در نتیجه آنها را به سمت سلامتی می‌کشاند (۳۵).

براساس نتایج به‌دست آمده، یافته بعدی نشان داد که سلامت معنوی به‌صورت مثبت و معنادار کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا را پیش‌بینی می‌کند. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های لیتالین و همکاران (۱۵) و جعفری سلطان‌آبادی و همکاران (۱۶) همخوان و همسو می‌باشد. در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی)، ارتباط مستقیم وجود داشت. بدین معنا که با بالا رفتن میانگین نمره‌ی سلامت معنوی، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن نیز افزایش یافت. اشرفی و همکاران در مطالعه‌ی خود بیان کردند که بین سلامت معنوی و شرایط جسمانی ارتباط معناداری وجود دارد (۳۶). درباره‌ی نقش سلامت معنوی در زندگی افراد می‌توان به مطالعه‌ی بحرینیان و همکاران اشاره کرد که براساس نتایج آن سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط مثبتی دارد (۳۷)

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ضریب مسیر بین استرس والدگری با کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار بود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های ماسینا و همکاران (۱۵) و آقایانی و همکاران (۱۷) همسو می‌باشد. یک مرور نظام‌مند نشان داد، والدین دارای کودک ناتوان، استرسی را تجربه می‌کنند که با توجه به بستر اجتماعی-فرهنگی متفاوت است؛ اما به‌طور عمده با ناتوانی که در کودک وجود دارد، مرتبط است (۳۸). در مورد مقایسه استرس والدگری در پدران و مادران، مطالعات محدودی، هر ۲ والد کودک را مورد بررسی قرار داده‌اند. یک مطالعه در مونترال کانادا بر روی والدین کودکان ۲ تا ۵ ساله باناتوانی نشان‌دهنده بیشتر بودن استرس والدگری در پدران بود (۳۹). روی‌هم‌رفته نتایج نشان می‌دهند که داشتن کودک باناتوانی، کیفیت زندگی هر ۲ والد را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما میزان این تأثیر و حیطه‌ای که بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد از یک جامعه به جامعه دیگر ممکن است متفاوت باشد. داشتن کودک باناتوانی علاوه‌بر اینکه والدین به‌خصوص مادران را درگیر مراقبت فیزیکی می‌کند، یک سری مشکلات دیگر را نیز پیش روی آنان قرار می‌دهد که می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی روانی شود. مشکلاتی مثل استیگمای ناشی از داشتن کودک ناتوان، مشکل در زمینه تحصیل، کار و مالی ازجمله هزینه‌های بهداشتی- درمانی این کودکان و دیگر مسائلی که روان را بیش از جسم تحت تأثیر قرار می‌دهند. در یک مطالعه کیفی، والدین دارای کودک اُتیستیک اظهار داشتند آنها ناتوانی بچه‌هایشان و بچه‌های ناتوانشان را به‌خاطر حرف و دیدگاه مردم مخفی می‌کنند. مادران نگرانند که دیگران فرزند آنان را

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

چگونه می‌بینند. این والدین در جامعه با یک سری مشکلات روبه‌رو بودند. آنها از نظر هیجانی خاموش بودند و دوست نداشتند در مورد کودک خود با کسی صحبت کنند (۴۰).

نتایج پژوهش نشان داد که مسیر غیرمستقیم از پذیرش خود بی‌قیدوشرط به کیفیت زندگی از طریق استرس والدگری معنادار است. نتیجه پژوهش با پژوهش‌های منیرپور و همکاران (۹) میرمحمدی و همکاران (۲) همسو می‌باشد. به‌عبارت دیگر، پذیرش خود بی‌قیدو شرط به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش استرس والدگری، بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت دارد. این نتیجه را می‌توان به این شکل تفسیر کرد که افرادی که پذیرش خود بی‌قیدوشرط بیشتری دارند، میزان استرس والدگری کمتری را تجربه می‌کنند. این کاهش در استرس والدگری، منجر به بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌شود. پذیرش خود بی‌قیدوشرط به معنای پذیرش کامل و بدون قیدوشرط خود و ویژگی‌های فردی است. افراد دارای پذیرش خود بی‌قیدوشرط، کمتر به قضاوت و ارزیابی منفی خود می‌پردازند و به‌جای آن، خود را با مهربانی و درک بیشتری می‌پذیرند (۱۰). این نگرش مثبت به‌خود، منجر به کاهش استرس والدگری می‌شود. استرس والدگری به فشار روانی و احساس ناکارآمدی والدین در ایفای نقش والدینی اشاره دارد. والدینی که پذیرش خود بیشتری دارند، به احتمال بیشتری قادر به مقابله مؤثر با چالش‌های والدگری و مدیریت استرس مرتبط با آن هستند (۴۱). این امر درنهایت، به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر می‌شود. نتایج این پژوهش با مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند پذیرش خود بی‌قیدوشرط با کاهش استرس والدگری و بهبود کیفیت زندگی در ارتباط است. این یافته‌ها می‌توانند برای طراحی مداخلات و برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقای پذیرش خود و کاهش استرس والدگری مورد استفاده قرار گیرد. درمجموع، این پژوهش نشان می‌دهد که پذیرش خود بی‌قیدوشرط می‌تواند به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش استرس والدگری، بر کیفیت زندگی والدین تأثیر مثبت داشته باشد. این یافته، اهمیت توجه به پذیرش خود و مدیریت استرس والدگری را در ارتقای کیفیت زندگی والدین برجسته می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد، سلامت معنوی به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش استرس والدگری، بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت دارد. پژوهش حاضر با پژوهش‌های جعفری سلطان‌آبادی و همکاران (۱۶)، ماسینا و همکاران (۱۵) و میرمحمدی (۱) همسو می‌باشد. به‌عبارت دیگر، افرادی که سطح سلامت معنوی بالاتری دارند، میزان استرس والدگری کمتری را تجربه می‌کنند و درنتیجه، کیفیت زندگی بهتری دارند. سلامت معنوی به احساس هدفمندی، رضایت از زندگی و معنا یافتن در آن اشاره دارد. افرادی که سلامت معنوی بالاتری دارند، به احتمال بیشتری قادر به مقابله مؤثر با چالش‌های زندگی و مدیریت فشارهای روانی ناشی از آن هستند. این ویژگی به‌نوبه‌خود، به کاهش استرس والدگری در آنها می‌انجامد. استرس والدگری به فشار روانی و احساس ناکارآمدی والدین در ایفای نقش والدینی اشاره دارد. والدینی که سلامت معنوی بالاتری دارند، به احتمال بیشتری قادر به مقابله مؤثر با چالش‌های والدگری و مدیریت استرس مرتبط با آن هستند. این امر درنهایت، به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر می‌شود. سلامت معنوی با کاهش استرس والدگری و بهبود کیفیت زندگی در ارتباط است (۳۸). سلامت معنوی می‌تواند به والدین کمک کند تا چالش‌های زندگی را با دید مثبت و معنادار ببینند و از این طریق، استرس ناشی از والدگری را کاهش دهند. درنتیجه، کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند (۴۲). همچنین، این یافته می‌تواند در طراحی مداخلات و برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقای سلامت معنوی و مدیریت استرس والدگری مورد استفاده قرار گیرد. به‌عنوان مثال، ارائه آموزش‌های مبتنی بر معنویت و معناداری به والدین، می‌تواند به کاهش استرس والدگری و درنتیجه، بهبود کیفیت زندگی آنها منجر شود. درمجموع، این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت معنوی می‌تواند به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش استرس والدگری، بر کیفیت زندگی والدین تأثیر مثبت داشته باشد. این یافته، اهمیت توجه به سلامت معنوی و مدیریت استرس والدگری را در ارتقای کیفیت زندگی والدین برجسته می‌کند.

طبق نتایج این پژوهش، پذیرش خود بی‌قیدوشرط به‌طور غیرمستقیم از طریق کاهش استرس والدگری، به افزایش کیفیت زندگی والدین منجر می‌شود. این یافته‌ها با مطالعات قبلی پوپوف و همکاران (۱۳) و پورتام[1] و همکاران (۲۳)که ارتباط پذیرش خود با سطوح پایین‌تر استرس، اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند، همخوانی دارد .پذیرش خود بی‌قیدوشرط به معنای داشتن نگرش گرم، مهربان و فاقد قضاوت نسبت به خود، به‌جای انتقاد یا پرخاشگری است (۴۳). افرادی که از این ویژگی برخوردارند، توانایی بیشتری در تنظیم هیجانات و

1. Pouratam

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

مقابله با استرس دارند (۴۴). در زمینه والدگری، پذیرش خود باعث می‌شود والدین با همدلی و مهربانی بیشتری با فرزندان خود رفتار کنند و در مواجهه با چالش‌های والدگری، کمتر دچار استرس و اضطراب شوند (۴۵). از سوی دیگر، استرس والدگری بالا می‌تواند اثرات منفی جدی بر سلامت روانی والدین و کیفیت زندگی آنها داشته باشد (۴۶). بنابراین، کاهش استرس والدگری از طریق افزایش پذیرش خود بی‌قیدوشرط، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی والدین کمک کند.

از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن نمونه به مادران دارای فرزند نابینا در یک منطقه جغرافیایی شهرستان‌های غرب استان مازندران ، محدودیت دیگر پژوهش فقط روی مادران اجرا شد، محدودیت آخر پژوهش نمونه پژوهش حاضر ۲۳۵ نفر می‌باشد. بعداز جمع آوری پرسشنامه‌ها در زمان اجرای تحلیل آماری متوجه شدیم که ۲ نفر از شرکت‌کنندگان ما پرسشنامه‌ها را با دقت پر نکرده‌اند و درنتیجه از پژوهش کنار گذاشته شدند. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری در سایر مناطق جغرافیایی ایران اجرا شود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تعداد نمونه بیشتر استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش با پدران دارای فرزند نابینا نیز اجرا شود. وزارت آموزش و پرورش، با همکاری انجمن‌های علمی روان‌شناسی و مشاوره، باید یک بسته آموزشی-حمایتی چندوجهی برای مدارس استثنایی و مراکز آموزشی کودکان نابینا تدوین کند. این بسته باید شامل: الف) دوره‌های آموزشی برای معلمان و مربیان درزمینه حمایت روانی-اجتماعی از مادران دارای فرزند نابینا، ب) برنامه‌های مشارکتی والدین-مدرسه با تمرکز بر تقویت پذیرش، نیرومندی ایگو و سلامت معنوی مادران، ج) گروه‌های حمایتی هفتگی برای مادران با هدف کاهش استرس والدگری و تبادل تجربیات، و د) جلسات مشاوره خانواده با حضور پدر و سایر اعضای خانواده برای ایجاد محیط حمایتی یکپارچه باشد. سازمان بهزیستی و مراکز توان‌بخشی باید یک برنامه جامع و یکپارچه تحت عنوان "ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند نابینا" طراحی و اجرا کنند. این برنامه باید شامل ۴ مؤلفه اصلی باشد: الف) کارگاه‌های آموزشی پذیرش بی قیدوشرط با تمرکز بر تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد، ب) جلسات مشاوره فردی و گروهی برای تقویت نیرومندی ایگو با استفاده از رویکردهای روان‌پویشی و شناختی-رفتاری، ج) برنامه‌های معنویت‌درمانی با هدف افزایش سلامت معنوی، و د) آموزش مهارت‌های مدیریت استرس با تأکید بر استرس والدگری. این برنامه باید به‌صورت دوره‌ای (مثلاً هر ۶ ماه یک‌بار) و با پیگیری‌های منظم اجرا شود تا تأثیر آن بر کیفیت زندگی مادران به‌طور مستمر ارزیابی و بهبود یابد.

تعارض و منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

References

1. Mirmohammadi F, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Dolatshahi B, Bakhshi E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Self-esteem of Girls With Visual Impairment. jrehab 2022; 22 (4) :462-481URL: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2839-fa.html.
2. Mirmohammadi F, Pourmohamadreza-Tajrishi M. The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Emotional Maturity in Female Adolescents With Visual Impairment. jrehab 2024; 25 (1) :48-71.URL: http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-3287-fa.html
3. Barak-Levya, Y., & Atzaba-Poriab, N. A mediation model of parental stress, parenting, and risk factors in families having children with mild intellectual disability. Research in developmental Disabilities, 2020, 98, 1-13. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103577
4. Alon, R. (2019). Social support and post-crisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with Down syndrome. Journal of Research in Developmental Disabilities, 90, 22-30. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.010
5. Sittironnarit, G., Emprasertsuk, W., Wannasewok, K. Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. Asian Journal of Psychiatry, 2020, 48, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101913
6. Derguy, C., Roux, S., Portex, M., M'bailara, K. an ecological exploration of individual, family, and environmental contributions to parental quality of life in autism. Journal of Psychiatry Research, 2018. 268, 87-93. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.006
7. Cappe, É., Pedoux, A., Poirier, N., Downes, N., & Nader-Grosbois, N. Adaptation and quality of life of parents with a child with autism spectrum disorder: A comparative exploratory study between France, French-Speaking Belgium and Quebec. Psychologie française, 2020,65(2), 141-155. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.11.002

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

8. Safara M, Khanbabai M, Khanbabai M. The effect of teaching spiritual skills on improving the quality of life and life expectancy of mothers with mentally retarded children. Psychology of exceptional people, 2019; 10(37): 161-180. doi: 10.22054/jpe.2020.43806.2009.
9. Monirpour, Nader, Atturi, Behnaz, Zargham Hajebi, Majid. Explaining forgiveness in elderly through gratitude, happiness and self-acceptance with the mediating role of self-empowerment. Culture of counseling and psychotherapy, 2019; 10(39): 123-156. doi: 10.22054/qccpc.2019.42869.2151
10. Ebrahimi, M., Taher, M., hossein khanzadeh, A. The Effectiveness of Reality Therapy Based on Unconditional Positive Self-Acceptance on the Attitude towards Childbearing in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. Psychology of Exceptional Individuals, 2023; 13(50): 159-186. doi: 10.22054/jpe.2023.71031.2514
11. Hasani F, Fathololoomi A, Najafi E, Askari Z. Role of physical appearance perfectionism, unconditional self-acceptance, and life quality on rhinoplasty demand. Research in Medicine 2021; 45 (1) :60-63URL: http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-2129-fa.html
12. Zhang, X. Y., H. F. Yang, and Y. Zhao. "The development of a domain-specific perfectionism scale for college students." Chinese Journal of Clinical Psychology 15 (2007): 125-131.
13. Popov S, Radanović J, Biro M. Unconditional self-acceptance and mental health in ego-provoking experimental context. Suvremena psihologija. 2016 Oct 10;19(1):71-9. https://doi.org/10.21465/2016-SP-191-06
14. Van Solinge H, & Henkens K.. Subjective life expectancy and actual mortality: results of a 10-year panel study among older workers. European Journal of Ageing, 2018; 15,155–164. https://doi.org/10.1007/s10433-017-0442-3.
15. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. J Relig Health. 2022; 61(1):373-414. https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01148-8
16. Soltani F, Mardani-Hamooleh M, Seyedfatemi N, Haghani S, Hamidi H. Spiritual Well-being Among Mothers of Children With Autism in Tehran: A Descriptive Study. IJN 2022; 35 (135) :16-27URL: http://ijn.iums.ac.ir/article-1-3478-fa.html
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Seyyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Ravan Publication; 2014, pp:1359.
18. Jafari S, joharifard R. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. JRUMS 2023; 22 (3) :243-258. URL: http://journal.rums.ac.ir/article-1-6877-fa.html
19. Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego -strength. Curr Aging Sci 2022; 6(1): 105.
20. Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. Front Psychol 2021; 12(1): 1 -12.
21. Keshavarz Amir, Mehrabi Hoseinali. Psychological predictors of life satisfaction. Developmental psychology (Iranian psychologists) [Internet]. 2007.168-159:(22)6؛. Available from: https://sid.ir/paper/101377/fa
22. Aghajani, Sif Allelal, Afrooz, . Mohammad, Ghobari, Narimani, Ghobari Bonab, Mohammad Bagher, and Mohsenpour, Zeinab. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Improving Mother-child Interaction among Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Exceptional Children's Quarterly, 55, Spring 2015, No.1
23. Pouratam, R., Pouratam, R., , Tahmasian, K., & Chimeh, N. . Comparison of parenting stress in mothers of children with autism disorder and mothers of normal children. Quarterly Journal of Family Research,2007 5(3),399-387
24. Nasiri Habib Elah, checking the validity and reliability of the short scale of the quality of life of the World Health Organization and preparing its Iranian version, national seminar on students' mental health.Year: 2006.
25. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley and Sons; 1982; p. 224-35. https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282270437919360
26. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Gyuri A, Hosseini F. The effect of prayer on the mental health of cancer patients, Faslanema Paish, Year 5, Number 4, Fall 2006; pp. 295-304. URL: http://payeshjournal.ir/article-1-732-fa.html
27. Abidin, R. R. Parenting Stress Index (PSI) manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1995
28. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hassanabadi HR. [Parenting stress and general health: A research on the relation between parenting stress and general health among housewife-mothers and nurse-mothers with young children (Persian). J Dev Psychol. 2006; 2(7):171-84.
29. Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. Unconditional self-acceptance and psychological health. Journal of

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

Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 2001.19, 163-176.

30. Khalajzadeh, Mahdieh, Hashemi, Nizam. The effectiveness of self-compassion training on the perception of competence and psychological flexibility of abused girls. Educational Psychology Quarterly, 2018; 15(54): 1-32. doi: 10.22054/jep.2020.47123.2785 [persian]
31. Dingley C, Roux G. The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer. Research in nursing & health. 2014;37(1):32-41.
32. Davari Safura, Rahimian Bogar Ishaq, Talepand Siavash, Uzi Mohammadreza. The effect of religious-spiritual intervention on the inner strength of women with breast cancer. Research in religion and health [Internet]. 2017;4(5):27-44. Available from: https://sid.ir/paper/379507/fa
33. Makarem M A, Yousefi Z. The Effectiveness of Psychodrama Group Therapy on Assertiveness, Unconditional Acceptance, and the Spirit of Gratitude among Physically Disabled Individuals: A Quasi-Experimental Study. JRUMS 2021; 20 (6) :681-696. URL: http://journal.rums.ac.ir/article-1-5872-fa.html
34. Asvadzadeh F, Safarzadeh S, Homaei R. The Structural Model of Self-acceptance, Thematic Relationships and Hope for Employment through Mediating Sense of Agency and Its Effect on Life Quality of Blind and Low-vision Graduates. JCHR 2023; 12 (1) :70-80 URL: http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-957-en.html
35. Jafari Soltanabadi A, Monirpoor N, Mirzahouseini H. The Association of Couples' Feeling of Happiness with Differentiation of Self (DoS) and Early Object Relations with the Mediating Role of Religious Marital Satisfaction. Journal of Applied Family Therapy. 2021; 2(1): 159-7
36. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi MR. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. J Res Relig Health. 2017;3(1).64-78.
37. Caputo EL, Porcellis da Silva RB, Leal da Cunha L, Krüger GR, Reichert FF. Physical Activity and Quality of Life in People With Visual Impairments: A Systematic Review. Journal of Visual Impairment & Blindness. 2022; 116(1): 48 -60.
38. Bazarfeshan B, Kargar Dolatabadi A, Mohammadi M, Sarmadi P, Lakzaei J, Hosseininejad S, et al . Quality of life of the mothers of children with autism. J Gorgan Univ Med Sci 2018; 20 (4) :77-82. URL: http://goums.ac.ir/journal/article-1-3541-fa.html
39. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. https://www.sid.ir/paper/247037/en
40. Selman ,Lucy Ellen,. Fox. Icon,Nura Aabe,Katrina Turner,Dheeraj Rai &Sabi Redwood. You are labelled by your children's disability' – A community-based, participatory study of stigma among Somali parents of children with autism living in the United Kingdom. Ethnicity & Health 2018.Volume 23, 2018 - Issue 7.
41. Danaei, Mehtab, Farah Bijari, Azam, & Chirag Molai, Leila. Investigating the mediating role of reverse parenting in the relationship between boundary ambiguity with family support, family satisfaction and perceived stress in adolescent girls from divorced families. Family Studies, 2017. 15(2), 231-249.
42. Uzodinma, Uchenna Eugenia; Ede, Moses Onyemaechi ; Dike, Ibiwari Caroline et all. Improving quality of family life among Christian parents of children with low vision in Nsukka catholic diocese using rational emotive family health therapy. Medicine 101(25):p e27340, June 24, 2022. | DOI: 10.1097/MD.0000000000027340
43. Braun, Elana. The Relationship Between Parental Self-Efficacy and Unconditional Self-Acceptance, Cognitive Flexibility, and Self-Forgiveness Across Different Parental Stages. Hofstra University ProQuest Dissertations Publishing, 2023. 30640758. https://www.proquest.com/openview/7aeddfb48a9345761605fcbac831341b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y
44. Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. Mindfulness, 2016. 7(3), 700-712. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y
45. Kirby, J. N., & Sanders, M. R. Self-compassion and parenting: A context for cultivating mindful parenting and secure child attachment. Mindfulness, 2012. 3(2), 157-173. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0072-7
46. Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 2012. 117(1), 48-66. https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48

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