پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

سیده سمیه جلیل‌آبکنار*، استادیار، گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/ ۲۸ • تاریخ انتشار: مـهـر و آبـان ۱۴۰۴ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ الی ۱۹

چکیده

زمینه و هدف: مادران کودکان کم‌توان ذهنی در خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان با چالش‌های خاصی مواجه هستند و به نظر می‌رسد این عوامل با کیفیت زندگی آنها ارتباط داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهر اصفهان می‌شد. نمونه پژوهش شامل ۶۵ نفر از مادران بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی، مقیاس خودکارآمدی فرزندپروری و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان می‌شد. داده‌های بهدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنادار داشت در حالی که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی رابطه منفی و معناداری داشت. خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی ۴۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند و خودکارآمدی فرزندپروری بیشترین نقش را در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشت.

نتیجه‌گیری: توجه به متغیرهای خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین، توجه به این متغیرها نقشی حیاتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، خودکارآمدی، کم‌توان ذهنی، کیفیت زندگی

* Email: s.jalil-abkenar@cfu.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

مقدمه

افراد کم‌توان ذهنی[1] به عنوان یکی از گروه‌های دارای ناتوانی، تقریباً ۲ تا ۳ درصد از افراد یک جامعه را تشکیل می‌دهند (۱). معمولاً همه خانواده‌ها برای مراقبت از فرزند کم‌توان ذهنی خود تلاش می‌کنند و در امور مربوط به او همکاری و مشارکت می‌نمایند (۲)، ولی ناتوانی کودک، مشکلات او و ارائه مراقبت‌های بدون دستمزد والدین ممکن است به وضعیت فقر در خانواده کمک کند (۳). وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده به‌دلیل نیازهای مراقبتی خاص کودک و آرزوهای بر باد رفته والدین برای داشتن فرزند سالم می‌تواند سلامت و بهزیستی روان‌شناختی[2] والدین را تحت تأثیر قرار دهد (۴). به‌نظر می‌رسد که تولد و حضور کودک می‌تواند آثار نامطلوبی بر کیفیت زندگی اعضای خانواده بگذارد، در خودکارآمدی آنها آسیب وارد کند و مشکلات هیجانی خاصی را در خانواده ایجاد کند (۳). علاوه‌براین، کیفیت زندگی[3] با خودکارآمدی فرزندپروری[4] و تنظیم شناختی هیجان[5] ارتباط دارد و این مسئله در مادران کودکان کم‌توان ذهنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱).

خودکارآمدی به معنای باور افراد درباره توانمندی‌های خود برای انجام امور مختلف در روزمره زندگی است (۵). هر فردی باورهای خاصی درباره توانایی کنار آمدن با شرایط خاص خودش دارد. هسته اصلی نظریه شناختی اجتماعی بندورا هم بر این اصل پایه‌گذاری شده است که انتظارهای هر شخص از توانایی‌های خویش را، تحت تأثیر باورهای خودکارآمدش درباره کار، منافع، اهداف و اقدامات می‌داند (۶). در مجموع، خودکارآمدی به اعتماد و باور فرد درباره توانایی شخصی خویش در برابر یک موقعیت دشوار یا رسیدن به یک هدف رفتاری مشخص گفته می‌شود (۷). خودکارآمدی یک عامل مهم است که بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد. از طرف دیگر، ویژگی‌های شخصی، منابع اطلاعاتی و وضعیت هیجانی می‌توانند از طریق خودکارآمدی، هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر رفتار تأثیر داشته باشند (۸). باورهای خودکارآمدی شامل تلاش افراد، پایداری آنها در مواجهه با مشکلات، خودانگیختگی آنها، نحوه اصلاح رفتار و دستاوردهایشان می‌شود (۹). در راستای نقش خودکارآمدی فرزندپروری می‌توان عنوان کرد که این نوع خودکارآمدی از طریق راهبردهای مطلوب فرزندپروری به سازگاری، کنار آمدن و دوام آوردن در شرایط مختلف فرزندپروری کمک کننده است. پس خودکارآمدی فرزندپروری همان ارزیابی شخص از توانایی و کفایت خود در نقش پدر یا مادر بودن است. به بیان دیگر، خودکارآمدی فرزندپروری به باور و اعتقاد والدین در زمینه توانایی آنها در نقش والدین اشاره دارد (۱۰). به‌طور کلی، مؤثر بودن در تقویت رشد کودکان و اعتماد از ویژگی‌های والدین خودکارآمدی بالاتر است و به‌نظر می‌رسد خانواده‌هایی که چالش‌های اعضای خانواده در آنها کمتر است خودکارآمدی فرزندپروری بالاتری داشته باشند (۱۱). به همین دلیل است که خودکارآمدی فرزندپروری، عاملی محافظتی محسوب می‌شود که به تقویت روابط بین اعضای خانواده کمک می‌کند و مشکلات خانوادگی را کاهش می‌دهد (۱۲). از سوی دیگر، عوامل روان‌شناختی، فرهنگی و محیطی به‌عنوان یک پدیده روان‌شناختی که بر فرزندپروری و توانایی تنظیم هیجان[6] در مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی تأثیر می‌گذارد (۱۳).

تنظیم هیجان در مدیریت هیجان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند و فرایندی است که هر فرد از طریق آن می‌تواند هیجان‌های خود و نحوه تجربه یا ابراز آن را تحت نفوذ خود قرار دهد (۱۴). به بیان دیگر، تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی و روانی برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود (۱۵). افراد باید به‌طور منظم هیجان‌های خود را مدیریت کنند تا به‌طور مؤثر به محیط خود پاسخ دهند (۱۶). تنظیم شناختی هیجان‌ها به عوامل مرتبط با پاسخ در برابر حوادث تهدیدکننده و استرس‌آور زندگی اشاره دارد که به دسته راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نایافته) تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شود (۱۷). والدین برای مقابله با استرس ناشی از تربیت کودک دارای ناتوانی ممکن است از راهبردهای انطباقی انطباقی بهره ببرند. راهبردهای انطباقی ممکن است به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر پریشانی روانی در میان والدین کودکان دارای ناتوانی عمل کند و همچنین باعث رشد سالم کودک شود (۱۸). به‌طور کلی، خانواده‌ها در پرورش فرزندان کم‌توان ذهنی خود با چالش‌هایی مواجه می‌شوند (۱۹). از طرفی، کودکان و نوجوانان

1. individual with intellectual disability
2. psychological well-being
3. quality of life
4. parenting self-efficacy
5. cognitive emotion regulation
6. emotion regulation

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

کم‌توان ذهنی نسبت به سایر افراد جامعه به‌دلیل مشکلات هیجانی و انگیزشی پایین، آسیب‌پذیرتر هستند و این مسئله بر کیفیت زندگی والدین آنها تأثیر می‌گذارد (۲۰).

کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان و نوجوانان یک زمینه پژوهشی مهم و به‌طور پیوسته در حال رشد در ۲۰ سال گذشته بوده است (۲۱). در واقع، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از جنبه‌های مهم زندگی هستند و باید در طول زندگی مورد توجه قرار گیرند (۲۲). کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده و چندبعدی است که شامل ارزیابی‌های ذهنی از جنبه های مثبت و منفی زندگی می‌باشد (۲۳). کیفیت زندگی به درک شخصی نسبت به رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت جسمی و خانوادگی اشاره دارد و همان ادراک فرد از سلامت خود براساس مقتضیات فرهنگی، نظام ارزشی، اهداف، انتظارات و علایق است (۲۴). اکثر نظریه‌پردازان در این حوزه موافق هستند که باید در بررسی کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار همدیگر در نظر گرفت. به همین دلیل، آن را یک مفهوم ذهنی[1] و فعال[2] می‌دانند. ذهنی یعنی باید براساس دیدگاه فرد و نه شخص جایگزین مشخص شود و پویا یعنی در طول زمان تغییر می‌کند و قابل ارزیابی است (۲۵). لازم به ذکر است که استرس روان‌شناختی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی به روش‌های پیچیده‌ای تأثیر می‌گذارد و باید روابط بین عوامل اساسی مدنظر قرار گیرد (۲۶).

پژوهش‌هایی درباره ارتباط کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مختلف شده انجام شده است. برای مثال، نتایج پژوهش لاهایجه[3] و همکاران (۲۷) نشان داد تاب‌آوری خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی عمیق و چندگانه بر کیفیت زندگی خانوادگی مثبت آنها تأثیر می‌گذارد و رابطه مثبت و معناداری بین تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری، سازگاری مثبت و کیفیت زندگی خانوادگی مثبت والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی وجود دارد. یافته‌های پژوهش النهدی و شواب[4] (۲۸) حاکی از آن بود که متغیرهای مرتبط با شدت، نوع ناتوانی، سن و تحصیلات مادر پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی خانوادگی بود. نتایج پژوهش دا کاستا و همکاران (۲۲) بیانگر آن بود که کیفیت زندگی، سلامت روانی اجتماعی، سلامت جسمانی، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های تحصیلی کودکان کم‌توان ذهنی پایین‌تر از همسالان عادی آنها بود. نتایج پژوهش پریرا[5] و همکاران (۲۹) حاکی از آن بود که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی از نوع نشانگان ویلیامز در حوزه‌های تعامل خانوادگی و حمایت‌های مرتبط با ناتوانی رضایت داشتند ولی در حوزه‌های وضعیت عاطفی خانواده و وضعیت جسمی و اقتصادی رضایت کمتری داشتند. نتایج پژوهش بوریلی[6] و همکاران (۳۰) نشان داد که افراد کم‌توان ذهنی در فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره در حد متوسط به دیگران وابستگی داشتند. وضعیت تأهل والدین، درآمد ماهانه خانواده، اعمال مذهبی خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی مؤثر در بین این افراد پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی آنها بود. یافته‌های پژوهش لویتویلر[7] و همکاران (۳۱) حاکی از آن بود که کیفیت زندگی خانوادگی خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی شدید تا عمیق شامل ۴ مفهوم کلیدی به نام مفاهیم سیستمی، مفاهیم عملکرد، مفاهیم واحد خانواده و مفاهیم فرد_عضو می‌شود. نتایج پژوهش نژادحسینیان و همکاران (۳۲) نشان داد تاب‌آوری، صمیمیت با همسر و اضطراب بارداری با کیفیت زندگی دارای رابطه مستقیم و معنادار است. علاوه‌براین، اضطراب بارداری در رابطه تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با کیفیت زندگی زنان باردار دارای نقش میانجی‌گر معنادار است. یافته‌های پژوهش امیدوار و لیراویانی‌نژاد (۳۳) بیانگر اثر مستقیم معناداری خودکارآمدی فرزندپروری بر احساس صلاحیت مادری و تنظیم شناختی هیجان دارد. تنظیم شناختی هیجان نیز اثر مستقیم معناداری بر احساس صلاحیت مادری داشت. نتایج پژوهش مهرافراز و جهانگیر (۳۴) نشان داد که کیفیت زندگی رابطه مستقیمی با خودکارآمدی و تاب‌آوری دارد و این متغیرها توانستند کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی کنند.

کم‌توانی ذهنی می‌تواند هر خانواده‌ای را در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دهد. از طرفی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی سطوح بالایی از برچسب از طرف دیگران را تجربه می‌کنند. این مساله تأثیری منفی بر کیفیت زندگی آنها می‌گذارد. علاوه بر این، کیفیت زندگی می‌تواند مسئولیت خانوادگی والدین کودکان دارای ناتوانی را کاهش دهد. از

1. subjective
2. dynamic
3. Lahaije
4. Alnahdi & Schwab
5. Pereira
6. Borilli
7. Luitwieler

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

طرف دیگر، خودکارآمدی می‌تواند یک فعالیت هدفمند را به پیامدی مطلوب منتهی می‌سازد و بهزیستی روان‌شناختی را بیشتر کند و رشد خودکارآمدی نیز مستلزم تشویق از طرف دیگران است. این در حالی است که برخی والدین در درک نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف با چالش مواجه شده و حساس‌تر می‌شوند. علاوه‌براین، تأثیر فقر بر کودکان با ناتوانی و خانواده‌های آنها می‌تواند جدی و پایدارتر باشد. پس احتمال می‌رود بین کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ارتباط وجود داشته باشد. از طرفی، افراد کم‌توان ذهنی و والدین آنها بخشی از جامعه هستند ولی گاهی کم‌توانی ذهنی در کودک سبب کاهش کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادر می‌شود. این موارد بیانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر هستند. براساس پیشینه‌های پژوهشی، پژوهش‌های کمی درباره پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده است که این مسئله بیانگر خلاء پژوهشی در این حوزه است. بنابراین، مسئله اصلی این پژوهش، پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، یک پژوهش توصیفی تحلیلی است و از نظر روش، یک مطالعه از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ می‌شد. نمونه پژوهش شامل ۶۵ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، با روش تصادفی ساده از مدارس کم‌توان ذهنی شهر اصفهان انتخاب شدند. برای این روش نمونه‌گیری، فهرست اسامی بر حسب نام دانش‌آموزان تهیه و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. سپس مادران براساس کد مربوط به فرزند خود و با روش قرعه‌کشی انتخاب شدند. با توجه به اینکه در این پژوهش حاضر ۴ متغیر کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان (با ۲ خرده‌مقیاس راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی) وجود داشت حجم نمونه ۱۵ برابر تعداد متغیرها درنظر گرفته شد. علاوه‌براین، ۵ نفر هم به‌دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها اضافه شد که در مجموع ۶۵ نفر می‌شود.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تحصیلات دیپلم یا بالاتر، سن ۳۲ تا ۴۰ سال (به‌دلیل قرار داشتن سن بیشتر مادران دانش‌آموزان کلاس اول تا سوم دبستان در این بازه و کنترل عامل سن)، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن فرزند کم‌توان ذهنی کلاس اول تا سوم دبستان (به‌دلیل کنترل نسبی اثر پایه تحصیلی فرزندان) می‌شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل طلاق یا جدایی والدین (به‌دلیل تأثیر احتمالی قابل توجه در کیفیت زندگی و خودکارآمدی فرزندپروری) و داشتن هرگونه مشکل روان‌شناختی مانند افسردگی براساس پرونده تحصیلی دانش‌آموزان یا خودگزارشی مادر بود. در ضمن به ملاحظات اخلاقی ازجمله گرفتن رضایت از مادران شرکت‌کننده در پژوهش و آزاد بودن آنها برای شرکت در پژوهش توجه شد. همچنین مشخصات شرکت‌کنندگان محرمانه بود و پژوهش هیچ‌گونه ضرر و زیان جانی و مالی برای آنها نداشت.

ابـزار

۱) مقیاس خودکارآمدی فرزندپروری[1] (PSC):

این مقیاس که توسط دومکا[2] و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شده است و برای ارزیابی خودکارآمدی فرزندپروری استفاده می‌شود؛ مقیاسی ناوابسته به فرهنگ و ناوابسته به زبان است. این مقیاس ۱۰ گویه دارد و ۳ مؤلفه عمده به شرح احساس والدین در مورد توانایی فرزندپروری خود، اطمینان آنها در مورد عمل موفقیت‌آمیزشان در نقض فرزندپروری و ارزیابی توانایی آنها برای مدیریت رفتار فرزندان را می‌سنجد. پاسخ به این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ تا ۷ امتیازبندی می‌شود که ۵ گویه ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸ به‌صورت معکوس و بقیه گویه‌ها به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این آزمون بیانگر خوکارآمدی بالا و نمره پایین بیانگر خودکارآمدی پایین است. در ضمن، گویه‌های این پرسشنامه هم برای پدر و هم برای مادر قابل استفاده می‌باشد (۳۵). پایایی مقیاس خودکارآمدی فرزندپروری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۴ درصد به‌دست آمد (۳۶). پایایی این پرسشنامه توسط محمدپناه اردکان و همکاران (۳۷) از طریق آلفای کرونباخ

1. Parenting Self-Efficacy Scale (PSE)
2. Dumka

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

۰/۸۰ درصد محاسبه شده است و روایی آن نیز توسط اساتید مطلوب گزارش شده است.

۲) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (PERQ):

این پرسشنامه را گارنفسکی و کرایج (۱۷) طراحی کرده‌اند که یك ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) بر حسب ۹ عامل می‌سنجد. این عوامل شامل خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌شود. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از ۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است: خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌نایافته (غیرانطباقی) که از ۴ عامل نخست و همچنین خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌یافته (انطباقی) که از ۵ عامل آخر تشکیل شده است. با توجه به اینکه خرده‌مقیاس راهبردهای غیرانطباقی از ۴ عامل تشکیل شده است و هر عامل ۲ پرسش با نمره ۱ تا ۵ دارد، مجموع نمرات آن بر ۸ تقسیم می‌شود و نمره نهایی بین ۱ تا ۵ است. همچنین خرده‌مقیاس راهبردهای انطباقی از ۵ عامل تشکیل شده است و هر عامل نیز ۲ پرسش با نمره ۱ تا ۵ دارد، مجموع نمرات آن بر ۱۰ تقسیم می‌شود و نمره نهایی این خرده‌مقیاس هم بین ۱ تا ۵ است. در ضمن، نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (۱۷). بشارت و بزازیان (۳۸) پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ و روایی آن در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

۳) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[2] (WHOQOL):

این پرسشنامه ۲۶ پرسشی، کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ پرسشی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است (۳۹). این زیرمقیاس‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف می‌شود که نمره کل از جمع نمرات این زیرمقیاس‌ها به‌دست می‌آید. پس از به‌دست آوردن نمرات خام باید آن را به یک نمره استاندارد از صفر تا ۱۰۰ تبدیل کنیم که این نمره را با توجه به فرمولی که در پرسشنامه است، محاسبه می‌شود. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد. نجات و همکاران (۴۰) روایی این پرسشنامه را تأئید و مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای برای تمامی حوزه‌ها را بالای ۰/۷۰ و اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند.

پژوهش حاضر پس از اخذ مجوزهای لازم برای اجرای در مدارس کم‌توان ذهنی شهر اصفهان و همچنین هماهنگی‌های لازم با مدیران آنها انجام شد. گروه نمونه که ۶۵ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر برای مدیران مدارس و مادران شرح داده شد، رضایت آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد و فرم رضایت‌نامه پژوهش را امضاء کردند. سپس مادران شرکت‌کننده در پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی، مقیاس خودکارآمدی فرزندپروری و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را با کمک و راهنمایی پژوهشگران در گروه‌های کوچک یا به‌صورت انفرادی تکمیل کردند. در ضمن، داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها

در این پژوهش ۶۵ نفر از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شرکت کرده بودند که میانگین و انحراف معیار سن آنها به ترتیب ۳۴/۹۹ و ۲/۰۱ به‌دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان (با ۲ خرده‌مقیاس راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی) در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار متغیرها

متغیرها	M	SD
۱. خودکارآمدی فرزندپروری	۴۲/۳۸	۳/۰۵
۲. راهبردهای انطباقی	۲/۷۴	۰/۲۸
۳. راهبردهای غیرانطباقی	۲/۴۰	۰/۳۱
۴. کیفیت زندگی	۵۶/۷۱	۴/۲۲

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (PERQ)
2. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

در جدول (۱) همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی، خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است. در ضمن ماتریس همبستگی و ضرایب اعتبار این متغیرها در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول ۲) ماتریس همبستگی و اعتبار متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. خودکارآمدی فرزندپروری	۰/۷۹			
۲. راهبردهای انطباقی	۰/۴۴**	۰/۸۲		
۳. راهبردهای غیرانطباقی	-۰/۲۶*	-۰/۲۸**	۰/۷۶	
۴. کیفیت زندگی	۰/۴۹**	۰/۴۰**	-۰/۳۳**	۰/۸۰

ضرایب اعتبار روی قطر اصلی قرار گرفته‌اند. *P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

با توجه به نتایج جدول (۲) مشاهده می‌شود که کیفیت زندگی با خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی رابطه مثبت و معنادار و با راهبردهای غیرانطباقی رابطه منفی و معنادار داشت. برای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی از روش آماری رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های آن بررسی شد. مفروضه استقلال خطاها با استفاده از آماره دوربین واتسون مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آن ۱/۹۱ بود پس این مفروضه برقرار است. مفروضه نرمال بودن خطاهای معادله رگرسیون هم مورد تأیید قرار گرفت. شاخص تحمل واریانس متغیر کیفیت زندگی نزدیک به ۱ بود. پس مقدار عامل تورم واریانس کمتر از ۲ است و فرض هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین رد شد. بنابراین، می‌توان برای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده کرد که نتایج در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳) نتایج رگرسیون گام به گام

گام	متغیر پیش‌بین	R	R^2	تغییر R	تغییر F	df1	df2	P
۱	خودکارآمدی فرزندپروری	۰/۴۹	۰/۲۴۰	۰/۲۴۰	۴۶/۰۸	۱	۶۳	۰/۰۰۱
۲	خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی	۰/۵۹	۰/۳۴۸	۰/۱۰۸	۳۰/۹۱	۱	۶۲	۰/۰۰۱
۳	خودکارآمدی فرزندپروری، راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی	۰/۶۵	۰/۴۲۲	۰/۰۷۴	۲۲/۶۷	۱	۶۱	۰/۰۰۱

براساس نتایج در جدول (۳) مشخص است که در گام اول، خودکارآمدی فرزندپروری بیشترین نقش را در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشت. ضریب همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی ۰/۴۹ بود و ۲۴ درصد از تغییرات آن را تبیین می‌کند. در گام بعدی، راهبردهای انطباقی پس از خودکارآمدی فرزندپروری وارد معادله رگرسیون شد. ضریب همبستگی این ۲ متغیر با کیفیت زندگی ۰/۵۹ به‌دست آمد و بیانگر آن بود که ۳۴ درصد تغییرات از طریق این ۲ متغیر قابل پیش‌بینی است. در حقیقت، ورود متغیر کیفیت زندگی در معادله رگرسیون توانست به میزان ۱۰ درصد توان پیش‌بینی را بیشتر کند. در گام سوم، راهبردهای غیرانطباقی پس از خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی وارد معادله شد. ضریب همبستگی این ۳ متغیر با کیفیت زندگی ۰/۶۵ بود و این ۳ متغیر ۴۲ درصد از تغییرات را تبیین کردند. یعنی با ورود این متغیر به میزان ۷ درصد توان

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

پیش‌بینی بیشتر شد. برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای خودکارآمدی فرزندپروری، راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی از ضرایب استاندارد و غیراستاندارد استفاده شد که نتایج در جدول (۴) گزارش شده است.

جدول ۴) ضرایب رگرسیون و همبستگی تفکیکی و نیمه‌تفکیکی متغیرها

مدل	متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون		مقدار احتمال	همبستگی	
		غیراستاندارد (ß)	استاندارد (Beta)		تفکیکی	نیمه‌تفکیکی
۱	خودکارآمدی فرزندپروری	۱/۸۳	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۴۹
۲	خودکارآمدی و راهبردهای انطباقی	۱/۳۶	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۴۳
۳	خودکارآمدی، راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی	-۰/۹۸	-۰/۳۹	۰/۰۰۱	-۰/۳۸	-۰/۳۹

با توجه به جدول (۴)، خودکارآمدی فرزندپروری با همبستگی مرتبه صفر ۰/۴۹ قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بود و بیشترین سهم را در پیش‌بینی تغییرات آن داشت. یعنی با بتای استاندارد ۰/۴۹ نقش معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارد. برای تعیین این که راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی را دارد می‌توان گفت براساس مدل‌های بعدی، راهبردهای انطباقی با بتای استاندارد ۰/۴۳ نقش مثبت و معناداری و راهبردهای غیرانطباقی با بتای استاندارد ۰/۳۹- نقش منفی و معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج بیانگر رابطه مثبت و معنادار کیفیت زندگی با خودکارآمدی فرزندپروری و راهبردهای انطباقی و همچنین رابطه منفی و معنادار آن با راهبردهای غیرانطباقی بود و خودکارآمدی فرزندپروری بیشترین نقش را در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های لاهایجه و همکاران (۲۷) در راستای رابطه مثبت و معنادار تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری، سازگاری مثبت و کیفیت زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی، النهدی و شواب (۲۸) مبنی بر پیش‌بینی کیفیت زندگی خانوادگی براساس متغیرهای مرتبط با شدت، نوع ناتوانی کودک و سن و تحصیلات مادر، دا کاستا و همکاران (۲۲) درخصوص ارتباط معنادار کیفیت زندگی با سلامت روانی، سلامت جسمانی، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های تحصیلی کودکان کم‌توان ذهنی، بوریلی و همکاران (۳۰) مبنی بر پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد کم‌توان ذهنی براساس مشارکت در فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره و مهارت‌های ارتباطی مؤثر، نژادحسینیان و همکاران (۳۲) در زمینه رابطه مستقیم و معنادار تاب‌آوری و صمیمیت با کیفیت زندگی زنان باردار، امیدوار و لیراویانی‌نژاد (۳۳) در راستای اثر مستقیم معناداری خودکارآمدی فرزندپروری بر احساس صلاحیت مادری و تنظیم شناختی هیجان، و مهرافراز و جهانگیر (۳۴) مبنی بر پیش‌بینی کیفیت زندگی با خودکارآمدی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی همسو بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان عنوان کرد، والدین دارای فرزند کم‌توانی ذهنی بیشتر به‌دلیل کمبود منابع حمایتی ازجمله اطلاعات درباره درک مراقبت از فرزند با مشکل مواجه هستند (۱۹). پس والدین کودکان با ناتوانی تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای ناسازگار و تمایل کمتری به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان انطباقی در مقایسه با همتایان خود نشان می‌دهند (۱۸). از طرفی، تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است و به‌عنوان فرایندهای درونی و بیرونی دخیل در نظارت، اشتیاق و تعدیل بروز، شدت و مدت واکنش‌های هیجانی قابل شناسایی است که در سطوح هشیار، نیمه‌هشیار و هشیار ابراز می‌شود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به‌کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند. بنابراین، تفکر و شناخت در توانایی مدیریت، تنظیم و کنترل احساس‌ها و هیجان‌ها بعد از تجربه یك رویداد استرس‌آور نقش بسیار مهمی دارند (۱۴). علاوه‌براین، عدم تعادل بین قرارگرفتن مداوم در معرض هیجان‌های منفی و استرس مزمن سبب فرسودگی والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی می‌شود (۱۳). از طرفی، یکی از شاخص‌هایی که در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی خانواده مؤثر است، تنظیم شناختی هیجان است. مشکلاتی که فرزندان با آن مواجه می‌شوند در ابراز هیجان والدین هم تأثیر می‌گذارد و گاهی باعث ناگویی هیجانی شود (۱۴). در واقع، افرادی که در درک نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف با چالش مواجه می‌شوند، حساسیت آنها بالاتر می‌رود. به همین دلیل در آگاهی هیجانی، تفسیر و مدیریت هیجان دچار مشکلات خاصی می‌شود. افراد کم‌توان ذهنی نیازهای حمایتی خاصی دارند که اغلب خانواده‌هایشان به آنها کمک می‌کنند. خانواده‌های دارای انعطاف‌پذیری و سازگاری مثبت با این چالش می‌توانند کیفیت زندگی خانوادگی مثبت را حفظ کنند (۲۷). پس انتظار می‌رود که رابطه مثبت و معناداری بین کیفیت زندگی با راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و همچنین رابطه منفی و معناداری بین کیفیت زندگی با راهبردهای غیرانطباقی وجود داشته باشد.

درباره خودکارآمدی فرزندپروری می‌توان گفت مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی سطوح مکرر و بالایی از برچسب و انگ از طرف خانواده، دوستان و اعضای جامعه را تجربه می‌کنند که تأثیری منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد (۱). در واقع، باور و اعتقاد به خودکارآمدی تعیین می‌کند که هر فردی به چه نحوی فکر می‌کند، چه هیجانی بروز می‌دهد و چه رفتاری دارد. بر همین اساس است که فرد می‌تواند احساس مثبتی نسبت به زندگی خود داشته باشد. از طرفی، فرایندهای انگیزشی، شناختی، هیجانی و انتخابی نقش مهمی خودکارآمدی دارند (۷). خودکارآمدی فرزندپروری نیز یک مفهوم شناختی درباره عملکرد والدین است که می‌توانند رفتار خود را از طریق آن ارزیابی کنند (۸). در حقیقت، ناتوانی در خودتنظیمی هیجانات منجر به رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه، مشکل در توجه و یادگیری و اهمال‌کاری می‌شود که می‌تواند بر خودکارآمدی تأثیر بگذارد. پس خودکارآمدی می‌تواند مسئولیت مضاعف خانوادگی را که تأثیری منفی بر سلامت عمومی والدین کودکان با ناتوانی دارد، کاهش دهد. بنابراین در مداخله‌ها باید برای ارتقای کیفیت زندگی والدین به خودکارآمدی توجه کرد (۱). بنابراین، دور از انتظار نیست که رابطه مثبت و معناداری بین خودکارآمدی فرزندپروری و کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی وجود داشته باشد و بتوان از طریق آن کیفیت زندگی آنها را پیش‌بینی کرد.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را می‌توان از طریق خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان آنها پیش‌بینی کرد. رشد خودکارآمدی مستلزم ایجاد انگیزه و ترغیب از طرف دیگران و همچنین از طریق راهنمایی، نظارت و الگوبرداری است. از طرفی، تنظیم شناختی هیجان نیز بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی به روش‌های پیچیده‌ای تأثیر می‌گذارد. پس باید برنامه‌هایی برای کمک به این والدین برای بهبود خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان آنها تدوین کرد تا کیفیت زندگی بهتر شود. پس اقدامات لازم برای بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی ضروری است. بنابراین، میتوان نتیجه گرفت که خودکارآمدی فرزندپروری بالا و تنظیم شناختی هیجان از عوامل مهم در ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کمتوان ذهنی است. به همین دلیل است که نتایج پژوهش حاضر بیانگر اهمیت توجه به متغیرهای خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی کیفیت زندگی بود.

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود دارد. این محدودیت‌ها شامل حجم نسبتاً کم نمونه پژوهش، احتمال دقت ناکافی شرکت‌کنندگان در پاسخ به پرسش‌های هر پرسشنامه و استفاده از چند پرسشنامه خاص می‌شود. این موارد می‌تواند میزان تعمیم نتایج پژوهش را کاهش دهد. بنابراین بهتر است در تعمیم نتایج پژوهش دقت شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتری انجام گیرد، شرکت‌کنندگان از مادران و پدران و رده‌های سنی متفاوت باشد، به سطوح کم‌توانی ذهنی فرزندان توجه شود، به میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان توجه شود، پژوهش درباره والدین سایر گروه‌های استثنایی انجام شود و نتایج حاصل با همدیگر مقایسه شود. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مداخله براساس یافته‌های پژوهش حاضر تدوین شود تا از طریق اجرای آنها بتوان خودکارآمدی فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را بهبود بخشید و کیفیت زندگی آنها را افزایش داد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

تشکر و قدردانی

این مطالعه بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از مؤسسه یا سازمانی انجام شد. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارد. بدین‌وسیله از تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که در این مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

References

1. Hallahan DP, Pullen PC, Kauffman JM. Exceptional learners (15th Ed). Pearson Education, Inc. (2023). https://www.amazon.com/Exceptional-Learners-Introduction-Special-Education-ebook/dp/B09STKPCL3
2. Chakraborti M, Gitimoghaddam M, McKellin WH, Miller AR, Collet JP. Understanding the implications of peer support for families of children with neurodevelopmental and intellectual disabilities: A scoping review. Frontiers in Public Health. 2021; 9(1): 719640. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.719640
3. Nicoriciu AM, Elliot M. Families of children with disabilities: Income poverty, material deprivation, and unpaid care in the UK. Humanities and Social Sciences Communications. 2023; 10: 519. https://doi.org/10.1057/s41599-023-01993-4
4. Yosef zadeh A, Jalili Abkenar SS, Ashori M. Effectiveness of Arsh leisure time program training on mental health in mothers of slow paced children. Empowering Exceptional Children. 2018; 9(3): 75-86. https://doi.org/10.22034/ceciranj.2018.82139 [persian]
5. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior. Academic Press; 1994, pp: 71-81. https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1539276
6. Wolf BM, Herrmann M, Brandstätter V. Self-efficacy vs. action orientation: Comparing and contrasting two determinants of goal setting and goal striving. Journal of Research in Personality. 2018; 73: 35–45. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.001
7. Liu N, Liu S, Yu N, Peng Y, Wen Y, Tang J, Kong L. Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary Intervention. Frontiers in Psychiatry. 2018; 9(1): 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00001
8. Jiang X, Jiang H, Li M, Lu Y, Liu K, Sun X. The mediating role of self‐efficacy in shaping self‐management behaviors among adults with type 2 Diabetes. Worldviews on Evidence‐Based Nursing. 2019; 16(2): 151-160. https://doi.org/10.1111/wvn.12354
9. Voulgaraki E, Kaprinis S, Antonopoulou P. The influence of emotional intelligence in physical education teachers' self-efficacy for the inclusion of students with disabilities. European Journal of Special Education Research. 2023; 9(1): 17-34. http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v9i1.4650
10. Rosenzweig EA. Adverse childhood experiences, parental self-efficacy, and language outcomes for children with hearing loss. Ph.D. Dissertation, Columbia University; 2020. https://doi.org/10.7916/d8-qpg4-7645
11. Safarpour F, Ashori M. Investigating the effect of incredible years' program training on self-efficacy in mothers of deaf children. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2020; 10(1): 21-32. https://doi.org/10.22108/CBS.2021.126699.1479 [persian]
12. Casale R, Sarzi-Puttini P, Botto R, Alciati A, Batticciotto A, Marotto D, Torta R. Fibromyalgia and the concept of resilience. Clinical and Experimental Rheumatology. 2019; 37(116): 105-113. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747098/
13. Findling Y, Barnoy S. Itzhaki M. Burden of treatment, emotion work and parental burnout of mothers to children with or without special needs: A pilot study. Current Psychology. 2023; 42(2): 19273–19285. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03074-2
14. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Handbook of emotion regulation. The Guilford Press; 2014. https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001
15. Calkins SD, Hill A. Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development. The Guilford Press; 2007. Corpus ID: 187958686
16. Battaglini AM, Rnic K, Jameson T, Jopling E, LeMoult J. Interpersonal emotion regulation flexibility: effects on affect in daily life. Emotion. 2023; 23(4): 1048–1060. https://doi.org/10.1037/emo0001132
17. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences. 2006; 41(6): 1045–1053. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010
18. Keleynikov M, Benatov J, Cohen N. Emotion regulation among parents raising a child with disability: A systematic review and conceptual model. Journal of Child and Family Studies. 2023; 32(1): 858–875. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02530-8

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

19. Modula MJ, Chipu MG. Exploring information needs among family caregivers of children with intellectual disability in a rural area of South Africa: A qualitative study. BMC Public Health. 2024; 24: 1139. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18606-7
20. Jacinto M, Rodrigues F, Monteiro D, Antunes R, Ferreira J.P, Matos R, Campos MJ. Quality of life in individuals with intellectual and developmental disabilities: The congruency effect between reports. Healthcare (Basel, Switzerland). 2023; 11(12): 1748. https://doi.org/10.3390/healthcare11121748
21. Aaneland H, Larsen MH, Helseth S, Wahl AK. Quality appraisal of quality of life research in children and adolescents with food allergy: A systematic review. International archives of allergy and immunology. 2024; 1. Advance online publication. https://doi.org/10.1159/000539113
22. Da Costa IGR, Brugnaro BH, Lima CRG, Kraus de Camargo O, Fumincelli L, Pavão SL, Rocha NACF. Perceived social support and quality of life of children with and without developmental disabilities and their caregivers during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20(5): 4449. https://doi.org/10.3390/ijerph20054449
23. Patrick DL, Edwards TC, Skalicky AM, Schick B, Topolski TD, Kushalnagar P, Leng M, O'Neill-Kemp AM, Sie KS. Validation of a quality-of-life measure for deaf or hard of hearing youth. Otolaryngology head and neck surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2011; 145(1): 137–145. https://doi.org/10.1177/0194599810397604
24. de Andrade AN, Soares A, Skarzynska MB, Skarzynski PH, Sanfins MD, Gil D. Self-perception of hearing difficulties and quality of life in individuals with hearing loss. Audiology research. 2022; 12(5): 527–538. https://doi.org/10.3390/audiolres12050053
25. Sun J, Harris K, Vazire S. Is well-being associated with the quantity and quality of social interactions? Journal of Personality and Social Psychology. 2020; 119(6): 1478–1496. https://doi.org/10.1037/pspp0000272
26. Cheng S, Li J, Li Q, Li X, Luo Y. Family quality of life of parents of children with intellectual disability: Do psychological stress and parental involvement matter? Journal of Intellectual Disabilities. 2024; 17446295241254624. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/17446295241254624
27. Lahaije STA, Luijkx J, Waninge A, van der Putten AAJ. Family resilience affecting well-being of families with a child with profound intellectual and multiple disabilities. Intellectual and Developmental Disabilities. 2024; 62(2): 101–113. https://doi.org/10.1352/1934-9556-62.2.101
28. Alnahdi GH, Schwab S. Families of children with intellectual and developmental disabilities: Variables associated with family quality of life. Children (Basel, Switzerland). 2024; 11(6): 734-742. https://doi.org/10.3390/children11060734
29. Pereira RCM, Apis A, Dos Santos TR, de Avó LRDS, Pilotto RF, Germano CMR, Melo DG. Quality of life of Brazilian families who have children with Williams syndrome. Journal of Intellectual Disabilities. 2023; 27(3): 794–807. https://doi.org/10.1177/17446295221079583
30. Borilli MC, Germano CMR, de Avó LRDS, Pilotto RF, Melo DG. Family quality of life among families who have children with mild intellectual disability associated with mild autism spectrum disorder. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2022; 80(4): 360–367. https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0537
31. Luitwieler N, Luijkx J, Salavati M, Van der Schans CP, Van der Putten AJ, Waninge A. Variables related to the quality of life of families that have a child with severe to profound intellectual disabilities: A systematic review. Heliyon. 2021; 7(7): e07372. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07372
32. Nejadhoseinian Z, Bakhtiarpour S, Zangeneh Motlagh F. Predictive model of life quality based on psychological resilience and couple intimacy, mediated by pregnancy anxiety in pregnant women. Journal of Applied Psychological Research. 2024; 14(4): 203-222. https://doi.org/10.22059/japr.2024.334237.644095 [persian]
33. Omidvar B, Liraviani njad S. A causal explanation of maternal sense of competency: the study role of parental self-efficacy of mothers and cognitive emotion regulation strategies. Quarterly Journal of Woman and Society. 2019; 9(36): 1-16. 20.1001.1.20088566.1397.9.36.1.1 [persian]
34. Mehrafraz P, Jahangir PA. The relationship between self-efficacy and resilience and quality of life of mothers of mentally retarded children of Tehran. Journal of Applied Psychological Research. 2016; 7(2): 235-249. https://doi.org/10.22059/japr.2016.64932 [persian]
35. Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. Family Relations. 1996; 45(2): 216-222. https://doi.org/10.2307/585293
36. Tylor S. An investigation of the relationship between black single mother's myth/stereotype acceptance, parental self-efficacy, and childrearing practices. Master's Thesis, Boston College; 2021. https://www.proquest.com/openview/a79c3221703c85a703b0ba8d93167dc9/1?pqorigsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

37. Mohammadpanah Ardakan A, Bakefayat F, Shafiezade R. Effect of child-rearing education on the formation of self-restraint on parenting self-efficacy in mothers. Iranian Journal of Pediatrics Nursing. 2020; 7(1): 31-40. http://jpen.ir/article-1-423-en.html [persian]
38. Besharat MA, Bazazian S. Psychometri properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in Nursing & Midwifery. 2015; 24(84): 61–70. https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360 [persian]
39. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science & Medicine. 1998; 46(12): 1569–1585. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4
40. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006; 4(4): 1-12. http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]