MEJDS. 2020; 10:234.

Published online 2021 March. **Research Article**

Effects of Spiritual Promotion Group Training on Psychological Wellbeing and Parental Acceptance-Rejection in the Mothers of Children With Intellectual Disabilities

*Hasani A[1], Alizadeh H[2], Ghobari Bonab B[3], Pezeshk Sh[2], Kazemi F[2]

Author Address
1. PhD Student in Psychology & Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Department of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** hasani.akram@yahoo.com

Received: 2020 January 8; **Accepted:** 2020 February 16

Abstract

Background & Objectives: Intellectual Disability (ID), as a complex neurodevelopmental condition, not only affects children, but also a chain of family and social problems that can present devastating impacts on the lives of their parents, siblings, and caregivers. Having children with ID can, in some situations, improve the family's intimacy and positively impact the couple's relationships; however, its detrimental effects on disturbing the psychological, emotional, and economic balance of families are undeniable. Educational and rehabilitation difficulties in children with ID require their mothers to dedicate further time to meet their needs. This is because of their stronger emotional bond and more significant role in their child's upbringing and education; therefore, they are more prone to developing biopsychological problems. The present study aimed to explore the effects of Spiritual Promotion Group Training (SPGT) on Psychological Wellbeing (PWB) and parental acceptance–rejection in the mothers of children with IDs.

Methods: This was an experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The study sample included 36 mothers of children with IDs in a primary school in Tehran City, Iran, in the second semester of the 2018–2019 academic year. They were purposively selected according to predetermined criteria. The comorbidity of ID with other neurodevelopmental disorders, such as autism spectrum disorder and attention–deficit/hyperactivity disorder in the children of the mothers participating in the present study was determined using >50 cutoff points on the Autism Spectrum Screening Questionnaire (Ehler et al., 1999); accordingly, scores over 65 were controlled on the Conners Parent Rating Scale (Conners, 1990). Besides, acute maternal emotional problems were also controlled using the Depression–Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995). The main study tools were the Psychological Wellbeing Scale (Ryff, 1995), and the Parental Acceptance–Rejection Scale (Vahidi, 2008). SPGT is an 11–session program, i.e., designed by the research team of the present study by exploring the existing theoretical and research foundations and was evaluated in the sample group. The program focuses on spirituality and combines various psychological and spiritual topics for the mothers of children with IDs. To investigate the conversion of qualitative judgments of experts (judges) into quantity about the content validity of this program, the relative validity coefficient of Lawshe content was used. The content validity coefficient for all sessions was measured as >0.80. This indicates the appropriateness of the content validity of the program. The program was performed in eleven 70–minute sessions in groups (two sessions per week) and three 90–minute sessions. The repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and intergroup–group ANOVA were used in SPSS at the significance level of 0.001 to analyze the obtained data.

Results: The ANOVA results suggested that the effect of time on PWB (F=218.21, p<0.001), child rejection (F=87.43, p<0.001), and child acceptance (F=24.13, p<0.001) was significant. In other words, PWB and child acceptance significantly increased in the experimental group from pretest to follow–up stages. Moreover, child rejection significantly reduced from pretest to follow–up step in the experimental group. Additionally, ANOVA data respecting the intergroup effects revealed significant differences in posttest and follow–up stages between the intervention and the control groups concerning PWB (η^2=0.87, p<0.001, F=230.67), child rejection (η^2=0.70, p<0.001, F=79.87), and child acceptance (η^2=0.45, p<0.001, F=27.31),. The calculated mean follow–up scores in the experimental group demonstrated the lasting effect of the intervention. The Eta–coefficient obtained in intergroup differences signified that SPGT accounted for 87% of the variance of changes in PWB, 70% of the variance of changes in child rejection, and 45% of the variance of changes in child acceptance in the posttest stage.

Conclusion: Considering the present research findings and the effectiveness of this intervention, it can improve PWB and child acceptance and reduce rejection in the mothers of children with IDS.

Keywords: Spiritual Promotion Group Training (SPGT), Mothers, Intellectual disability, Children, Psychological wellbeing, Parental acceptance–rejection.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۳۴.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر آموزش گروهی ارتقای معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی، طرد و پذیرش فرزند در مادران کودکان با ناتوانی هوشی

*اکرم حسنی[۱]، حمید علیزاده[۲]، باقر غباری بناب[۳]، شهلا پزشک[۴]، فرنگیس کاظمی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** hasani.akram@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۸ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: مادران کودکان با ناتوانی هوشی، بیشتر درمعرض مشکلات جسمی و روانی قرار دارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی ارتقای معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی، طرد و پذیرش فرزند در مادران کودکان با ناتوانی هوشی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر در قالب طرحی آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. با روش نمونه‌گیری دردسترس ۳۶ نفر از مادران کودکان با ناتوانی هوشی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه گمارش شدند. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۹۵) و مقیاس طرد و پذیرش کودکان استثنایی (وحیدی، ۱۳۸۷) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه اجرا شد. برنامهٔ آموزش گروهی ارتقای معنویت در یازده جلسهٔ هفتاددقیقه‌ای به‌صورت گروهی (هفته‌ای دو جلسه) و سه جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس بین‌ـ درون‌گروهی مختلط با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ یعنی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش فرزند میانگین بیشتر و در طرد فرزند میانگین کمتری درمقایسه با گروه گواه به‌دست آورد. همچنین تغییرات ایجادشده در مرحلهٔ پیگیری پایدار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزش گروهی ارتقای معنویت بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش پذیرش فرزند و کاهش طرد فرزند در مادران دارای کودک ناتوانی هوشی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: آموزش گروهی ارتقاء معنویت، مادران، کودکان ناتوانی هوشی، بهزیستی روان‌شناختی، طرد و پذیرش فرزند.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

۱ مقدمه

ناتوانی هوشی[1] به‌عنوان اختلالی عصب‌تحولی[2] پیچیده مطرح است که شامل مشکلاتی در کارکردهای سازشی و هوش در حوزه‌های اجتماعی، عملی و مفهومی است. شیوع این اختلال در کشورهای در حال توسعه ۱۰تا۱۵ در هر هزار کودک و در کشورهای غربی ۱ تا۳درصد کل جمعیت تخمین زده می‌شود و در بین پسران یک‌ونیم برابر شایع‌تر از دختران است (۱). وجود کودک با ناتوانی هوشی در بعضی شرایط می‌تواند باعث بهترشدن جو عاطفی خانواده شود و تأثیرات مثبتی بر روابط بین زوجین داشته باشد؛ بااین‌وجود تأثیرات مخرب آن در برهم‌زدن تعادل روانی، عاطفی و اقتصادی خانواده‌ها انکارناپذیر است. مادران این کودکان به‌دلیل پیوند عاطفی قوی‌تر و داشتن نقش پررنگ‌تر در تربیت و آموزش فرزند خود، زمان بیشتری را به آن‌ها و برآورده‌کردن نیازهایشان اختصاص می‌دهند؛ ازاین‌رو بیشتر درمعرض مشکلات جسمی و روانی قرار دارند. در درجهٔ نخست آسیب‌های ناشی‌از اختلال معطوف به بافت خانواده است. فشارهای واردشده بر ساختار خانواده تا حد زیادی تابع شدت اختلال فرزند و میزان سازگاری اعضا با آن است (۲). به‌طور مشخص آسیب‌های بیشتر در بافت خانواده معطوف بر مراقب اصلی کودک یعنی مادر وی است. درواقع ارتباط دوگانه و مستقیمی میان سلامت مادر با سلامت کودک وجود دارد و این امر به‌ویژه در کودکان دارای اختلال صادق است (۳). پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی نیز به اتفاق گواهی می‌دهند که مشکلات ناتوانی هوشی در اشکال و درجات متنوعی می‌تواند بر کارکرد بهینهٔ روان‌شناختی مادر تأثیرگذار باشد؛ به‌طور مثال برخی پژوهش‌ها به واکنش‌های نوروتیک مادران چون احساس شرم و گناه (۴)، مرگ روان‌شناختی و انکار محدود واقعیت (۵) که درنتیجهٔ ناتوانی هوشی فرزند رخ می‌دهد، اشاره می‌کند. اعتقاد بر این است که کاهش احساس نشاط و سرزندگی فرزند از یک سو و تحمل استرسورهای مختلف چون هزینه‌های سنگین درمانی، مراقبت‌های طولانی‌مدت و انزوای اجتماعی از سوی دیگر، زمینه‌ساز بروز مشکلات متعدد روان‌شناختی مادران می‌شود و به‌طور کل بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۶).

بهزیستی روان‌شناختی[3] تلاش برای رشد و پیشرفت درجهت تحقق‌بخشیدن به توانایی‌های بالقوهٔ فرد است. عواملی چون خودمختاری، رشد شخصی، هدف‌مندی در زندگی، تسلط بر محیط، داشتن ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود به‌عنوان مؤلفه‌های مهم بهزیستی روانی تلقی می‌شود. پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی گواه مشکلات عمدهٔ مادران کودکان کم‌توان ذهنی در این زمینه است (۷). پذیرش فرزند از سوی والدین و به‌طور دقیق‌تر پذیرش فرزند در گروه مادران کودکان کم‌توان نشانهٔ کفایت روابط مادر ـ کودک دربارهٔ ابراز عواطف، علاقه به تفریحات، فعالیت‌ها و پیشرفت کودک و درک کودک به‌عنوان کودکی خوب است (۸). درمقابل، طرد فرزند به‌معنای غیاب یا طرد معناداری است که توسط والدین احساس و رفتار می‌شود و ایجاد عاطفه و رفتارهای آسیب‌رسان روان‌شناختی و فیزیکی متنوع را در پی دارد. پژوهش‌های مختلف به‌کرات بر نقایص پذیرش فرزند در مادران کودکان کم‌توان ذهنی اذعان دارد (۹). پرواضح است بهزیستی روان‌شناختی مادر، جز با سازگاری و پذیرش مناسب فرزند کم‌توان میسر نخواهد شد؛ بااین‌حال کمبود مداخلاتی کارآمد که بتواند به‌طور هم‌زمان درجهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش فرزند مؤثر واقع شود، دیده می‌شود. رویکردهای نوین به مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور بر این باور هستند که تنها با تکیه بر نقاط قوت گروه هدف می‌توان انتظار نتایج درمانی مثبت و پایا را داشت (۱۰). در همین راستا به‌نظر می‌رسد طراحی و امکان‌سنجی مداخلات مبتنی‌بر معنویت در گروه مادران کم‌توان ذهنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

معنویت به‌مثابهٔ آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به‌وجود می‌آورد؛ همچنین با نوعی تعالی و اخلاق مسئولانه درقبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است (۱۱). با اتخاذ هر رویکردی به معنویت این سازه با افکار مثبت و تاب‌آوری همراه است؛ بنابراین می‌تواند به‌صورت منبعی قدرت‌مند برای مداخلات مثبت روان‌شناختی مدنظر قرار گیرد. درواقع مداخلات مبتنی‌بر معنویت با تکیه بر ویژگی‌های منحصربه‌فردی چون کمک به ذهن‌آگاهی پایدار، کاهش استرس و هیجان منفی، حمایت از شروع دوباره و مثبت، پرورش آرامش و اعتمادسازی دربرابر جامعه، امروزه بیش‌ازپیش مدنظر قرار گرفته است (۱۲). افزون بر این باتوجه به پیشینهٔ پژوهش اعتقاد بر آن است که افراد آسیب‌پذیر ازقبیل مادران کودکان با ناتوانی هوشی، گرایش بیشتری به مذهب و معنویت دارند. به‌طور دقیق‌تر ارتباط مستقیم و مثبتی میان شدت و مزمن‌بودن مشکلات با فعالیت‌های مذهبی و معنوی وجود دارد و باتوجه به مزمن و شدیدبودن مشکلات ناتوانی هوشی، داشتن گرایش‌های معنوی و عقیدتی نزد مادران این افراد پیش‌بینی‌شدنی است؛ بنابراین برطبق شرح مذکور و باتوجه به آثار مثبت ارتقای معنویت چون افزایش رضایت از زندگی، شادی و امید به ارتقای کیفیت، افزایش همدلی، بخشش و حق‌شناسی افزایش سلامت عمومی و سلامت روان و ارتباط ضمنی ارتقای معنویت با بهبود متغیرهای پژوهش‌شده، استفاده از معنویت برای بهبود شرایط مادران کودکان با ناتوانی هوشی مهم جلوه می‌کند و می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۳).

مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی به‌دلیل داشتن کودک با اختلال دائمی نیازمند دریافت مداخله، آموزش و حمایت‌های پایدار و طولانی‌مدت هستند (۱). در ایران به‌عنوان جامعه‌ای شرقی مادران مسئولیت پررنگ‌تر و درخورتوجهی در پرورش فرزند خود دارند؛ ازاین‌رو مادران کودکان با ناتوانی هوشی نگرانی، تنش و فشار روانی بیشتری درمقایسه با پدران این کودکان تجربه می‌کنند. از سوی دیگر عواملی مانند محدودبودن مراکز درمان، کمبود آموزش‌های معتبر خانواده و حمایت اندک سازمان‌های ارائه‌دهندهٔ خدمات بهداشت روانی موجب شده است تا فشار مراقبت از کودک با ناتوانی هوشی به‌ویژه برای مادران این کودکان چندبرابر شود؛ ازاین‌رو ضرورت تدوین

[1]. Intellectually disability
[2]. Developmental disorder
[3]. Psychological well-being

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

مداخلات ساده و مقرون‌به‌صرفه که از فرسودگی مادران این کودکان بکاهد و توان رویارویی با مشکلات پیش رو را در آن‌ها افزون کند، بیش‌ازپیش احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی ارتقای معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند در مادران کودکان با ناتوانی هوشی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر در قالب طرحی آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی ۶تا۱۳ سال در مدارس ابتدایی شهر تهران در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونهٔ مدنظر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از بین این افراد انتخاب شد. از بین مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی ۳۶ نفر (دو گروه ۱۸نفره) که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش حاضر را احراز کردند و نیز برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند، انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود مادران به پژوهش حاضر شامل متأهل‌بودن، مادر تنی کودک بودن، تحصیل فرزند در دورهٔ دبستان با حداقل سن تقویمی ۶ سال و حداکثر ۱۳ سال، مبتلانبودن به بیماری جسمی و روانی خاص، اعتیادنداشتن به مواد مخدر و داشتن تحصیلات حداقل سیکل بود. همچنین کنترل همبودی ناتوانی هوشی با دیگر اختلال‌های عصب‌ـ تحولی ازقبیل طیف اتیسم و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان با استفاده از نمرات برش بیش از ۵۰ در پرسشنامهٔ غربالگری طیف اتیسم[1] (۱۴) و نمرات بیش از ۶۵ در مقیاس رتبه‌بندی کانرز‌ـ فرم والدین[2] (۱۵) صورت گرفت. وجود مشکلات حاد هیجانی مادر نیز با استفاده از نمرات مقیاس افسردگی‌ـ اضطراب و استرس[3] (۱۶) کنترل شد؛ به این ترتیب که آزمودنی‌هایی با فاصلهٔ ۲ ـ انحراف معیار یا بیشتر از عملکرد هنجار، از روند پژوهش حذف شدند؛ افزون بر این، مادران تحت درمان داروهای مؤثر بر هوشیاری، دارای مشکلات ارتباطی حاد یا دچار مشکل در درک زبان فارسی، از مطالعه کنار گذاشته شدند؛ همچنین ملاک‌های خروج شامل طلاق یا فوت همسر در جریان پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله بود. رعایت اصول اخلاقی احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت؛ به‌طوری‌که برای حفظ محرمانه‌بودن، کدگذاری انجام پذیرفت و اسامی آن‌ها حذف شد؛ همچنین ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان و کسب رضایت کتبی به‌منظور شرکت در تحقیق صورت گرفت. آزادبودن شرکت‌کنندگان برای خروج از روند پژوهش نیز رعایت شد؛ به‌طوری‌که آن‌ها در هر مرحله از پژوهش مختار بودند از ادامهٔ همکاری صرف‌نظر کنند؛ گروه آزمایش یازده جلسه معنویت‌درمانی گروهی را به‌صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به‌مدت هفتاد دقیقه دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد و تنها در جلسه‌های ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه شرکت کرد. داده‌های پژوهش براساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ارزیابی‌های انجام‌شده از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند به‌دست آمد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ غربالگری طیف اتیسم: این پرسشنامه توسط اهلر و همکاران در سال ۱۹۹۹ طراحی شد (۱۴). این مقیاس برای سنجش شدت آسیب‌های اختلال طیف اُتیسم دانش‌آموزان دبستان به‌کار می‌رود و دارای ۲۷ گویه است که در طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. اگر نمرهٔ کلی آزمودنی ۵۰ یا بیشتر باشد، به‌عنوان موارد بالینی و با مشکلات وخیم اختلال طیف اُتیسم در نظر گرفته می‌شود (۱۴). اهلر و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند (۱۴). این پرسشنامه در ایران توسط کاسه‌چی و همکاران در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی هنجاریابی شد و ضریب اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد (۱۷).

ـ مقیاس رتبه‌بندی کانرز‌ـ فرم والدین: مقیاس رتبه‌بندی کانرز در سال ۱۹۹۰ توسط کانرز طراحی شد (۱۵). این مقیاس دارای ۴۸ سؤال است که در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از هرگز =صفر، فقط کمی =۱، کمی زیاد =۲ و خیلی زیاد =۳ نمره‌گذاری می‌شود. با استفاده از این مقیاس می‌توان مشکلات سلوک، یادگیری، روان‌تنی، بیش‌فعالی تکانشگری و اضطراب را شناسایی کرد. نقاط برش بین ۶۰تا۶۵ «متوسط»، نمرات بین ۶۵تا۷۰ «بیشتر از حد متوسط» و نمرات بیشتر از۷۰ «شدید» محسوب می‌شود (۱۵). کانرز اعتبار خرده‌مقیاس‌های این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، مشکلات بیش‌فعالی تکانشگری و مشکلات اضطراب به‌ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۳، ۰/۹۱، ۰/۷ و ۰/۹ گزارش کرد (۱۵). شهائیان و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷تا۰/۹ به‌دست آوردند (۱۸).

ـ مقیاس افسردگی-اضطراب و استرس: این مقیاس توسط لویباند و لویباند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد (۱۶). این مقیاس ابزار خودسنجی ۲۱گویه‌ای است که شامل سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود (۱۶). لویباند و لویباند اعتبار این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش کردند (۱۶). در ایران نیز این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است؛ به صورتی که صاحبی و همکاران میزان همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۱۹).

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[4]: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۹۵ طراحی شد (۲۰). این ابزار دارای ۸۴ پرسش و شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدف‌مند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. هر پرسش در طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶)

[1]. Autism Spectrum Screening Questionnaire
[2]. Conners Parents Rating Scale
[3]. Depression Anxiety and Stress Scale
[4]. Psychological Wellbeing Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

نمره‌گذاری می‌شود. از جمع امتیاز ۸۴ پرسش نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی به‌دست می‌آید و نمرهٔ بیشتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۲۰). ریف همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف‌مندی در زندگی و رشد شخصی به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹، ۰/۹ و ۰/۸۷ گزارش کرد (۲۰). بیانی و همکاران ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدف‌مند و رشد شخصی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷ و ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۲۱).

جدول ۱. محتوای جلسه‌های مداخلهٔ گروهی ارتقای معنویت برای مادران کودکان با ناتوانی ذهنی

جلسه	محتوا	تکالیف منزل
اول	توضیح طرحواره‌ها، بحث دربارهٔ افکار، باورها و انتظارات غیرمنطقی و ناکارآمد، اصلاح الگوی طرحواره‌های ناکارآمد.	تکمیل کاربرگ واکاوی تفکر منطقی دربارهٔ خود و دیگران و مشاهدهٔ الگوهای پنهان
دوم	بیان تعاریف مختلف از معنویت، آشنایی با معنویت و تفاوت آن با مذهب و اخلاق، توضیح تفاوت احساسات و هیجانات پایه (غم، شادی، خشم، نفرت) در قیاس با هیجانات پیچیده و مهم در معنویت (مثل حس شرم، گناه، پذیرش و...)، توضیح فرایند شکل‌گیری طرحواره‌ها و ایجاد طرحوارهٔ معنویت.	تکمیل کاربرگ طرحواره‌های معنوی
سوم	بیان ارتباط فعالیت‌های معنوی و ایجاد آرامش، توضیح ذهن‌آگاهی و تأثیرات بر عملکرد، توضیح ارتباط ذهن‌آگاهی با معنویت، تمرین تکنیک‌های تن‌آرامی.	انجام تمرینات تن‌آرامی تلاوت آیات منتخب قرآن خواندن نماز توأم با ذهن‌آگاهی و تدبر
چهارم	تفکر دربارهٔ خود و شناخت ضعف و قوت‌های فردی، کمک به شناخت ضعف و قوت‌های معنوی شرکت‌کنندگان، ارائهٔ راهکارهای افزایش نقش مراقبت‌های معنوی.	تکمیل کاربرگ نقاط قوت و ضعف معنوی
پنجم	بررسی اثرات حضور در اجتماعات معنوی، بررسی مقایسه‌های نزولی و صعودی، بررسی اثرات کمک به دیگران (ایثار، محبت‌کردن و...).	شرکت در اجتماعات معنوی با درنظرگرفتن احوالات قبل و بعد از مشارکت کمک داوطلبانه به دیگران در فعالیت‌های دوجانبه و چندجانبه
ششم	آشنایی با فرایند چندمرحله‌ای بخشش، توضیح تفاوت بخشش و بخشایش، بیان کارهایی که بخشش محسوب نمی‌شود، چند نمونه از عفو معصومین(ع) و بزرگان، بحث تعاملی دربارهٔ آثار هیجانی، رفتاری و شناختی بخشش.	تکمیل کاربرگ بخشش
هفتم	توضیح انواع نیایش با خداوند، توضیح انواع سبک‌های دل‌بستگی به خدا، گفت‌وگو دربارهٔ فضیلت توکل، توضیح آثار روان‌شناختی و معنوی توکل بر خداوند.	نوشتن نامه به خداوند
هشتم	توضیح دربارهٔ انواع عدل و تفهیم عدل الهی از منظر معصومین(ع) و قرآن کریم، توضیح دربارهٔ جبرگرایی معتدل، پخش کلیپی کوتاه دربارهٔ عظمت کائنات و هستی، توضیح مفهوم غایت‌نگری تخیلی و کمک به درک جایگاه انسان در هستی، توضیح ارتباط متقابل بین عظمت جهان هستی، قدرت برتر هستی و توکل بر این منبع قدرت.	نوشتن متنی کوتاه دربارهٔ جایگاه مهم من در جهان هستی
نهم	توضیح هریک از سبک‌های اسنادی، تسهیل شناسایی سبک‌های اسنادی شرکت‌کنندگان، توضیح ارتباط سبک‌های اسنادی با ابعاد مختلف سلامت، توضیح مفهوم درماندگی و درماندگی آموخته‌شده، تشریح ارتباط سبک‌های اسنادی با پیشرفت در شغل، تحصیل و زندگی مشترک با ارائهٔ نمونه‌هایی از زندگی افراد موفق، توضیح اهمیت سبک‌های اسنادی از منظر قرآن کریم و روایات معصومین(ع) در این باب.	تکمیل کاربرگ تشخیص سبک‌های اسنادی
دهم	توضیح مدیریت هیجان و اهمیت مدیریت هیجان، توضیح راهبردهای روان‌شناختی مدیریت هیجان‌های منفی، تعریف صبر و انواع آن از منظر قرآن کریم، توضیح استفاده از صبر و دیگر فضایل معنوی ـ مذهبی به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای، توضیح فرایند شناسایی طرحواره‌های آسیب‌دیدهٔ معنوی خود و تأثیر آن بر افکار، احساسات و رفتارهای همراه با فعال‌شدن این طرحواره‌ها.	تکمیل کاربرگ واکاوی تجارب استفاده از راهبردهای مقابله‌ای
یازدهم	توضیح مفهوم درد و کمک به فهم علت وجود درد و سختی در زندگی، تعابیر معصومین(ع) و دیگر بزرگان از دنیا و مشکلات آن، تشریح واقعیت زندگی به‌عنوان مفهومی جامع از درد ـ لذت، نشاط ـ حزن، پیروزی و شکست (همراه پخش کلیپ پنج‌دقیقه‌ای)، معنایافتن برای زندگی و زندگی برای ارزش‌های فردی، توضیح مفهوم مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی و ارتباط آن با فهم سودمند معانی رویدادها، تمرین مثبت‌شناسی در سختی‌ها، تعریف نشاط و نشاط معنوی و ارتباط آن با هیجان‌های مثبت.	نوشتن رویدادهای ناراحت‌کنندهٔ هفتهٔ اخیر و معنایابی برای آن‌ها

ـ پرسشنامهٔ طرد ـ پذیرش کودکان استثنایی[1]: این پرسشنامه توسط وحیدی در سال ۱۳۸۷ ساخته شد (۲۲). این پرسشنامه برای سنجش طرد و پذیرش کودکان استثنایی در ایران طراحی شد. این ابزار دارای ۵۷ گویه است که براساس طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل دو بُعد کلی طرد (شامل خرده‌مقیاس‌های طرد عمومی، نادیده‌گرفتن یا

[1]. Parental Acceptance-Rejection Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

غفلت و طرد نامتمایز) و پذیرش (شامل خرده‌مقیاس‌های پذیرش عمومی، ارتباطات کلامی و فیزیکی و تعاملات اجتماعی) است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۲۲).

ـ برنامهٔ آموزش گروهی ارتقای معنویت[1]: برنامهٔ ارتقای معنویت در پژوهش حاضر استفاده شد. این برنامه‌ای یازده‌جلسه‌ای است که با پیشینه‌کاوی مبانی نظری و پژوهشی موجود توسط تیم پژوهشی مطالعهٔ حاضر طراحی شد و در گروه نمونهٔ مدنظر امکان‌سنجی شد. برنامهٔ مذکور، با محوریت قراردادن معنویت و ترکیب مباحث مختلف روان‌شناختی و معنوی برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی طراحی شده است. به‌منظور بررسی تبدیل قضاوت‌های کیفی متخصصان (داوران) به کمیت دربارهٔ روایی محتوای برنامهٔ معنویت‌درمانی طراحی‌شده برای مادران کودکان با ناتوانی هوشی از ضریب نسبی روایی محتوای لاوشه، استفاده شد. نتایج محاسبهٔ ضریب روایی محتوایی برای همهٔ جلسات بیشتر از ۰/۸۰ به‌دست آمد. این امر نشان‌دهندهٔ مناسب‌بودن روایی محتوایی برنامهٔ مداخله‌ای معنویت‌درمانی طراحی‌شده است. این برنامه در یازده جلسهٔ هفتاددقیقه‌ای به‌صورت گروهی (هفته‌ای دو جلسه) و سه جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخلهٔ گروهی ارتقای معنویت در جدول ۱ گزارش شده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش ازطریق آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس بین‌ـ درون‌گروهی مختلط با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۴/۲۲ سال بود. همچنین بررسی دیگر اطلاعات جمعیت‌شناختی حاکی‌از آن بود که ۵۶درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم، ۶۴درصد به‌لحاظ اشتغال بیکار یا خانه‌دار و عموماً وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند. به‌منظور مقایسهٔ داده‌های به‌دست‌آمده از دو گروه، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است. بررسی اجمالی میانگین‌های دو گروه در جدول ۲، حاکی‌از افزایش معنادار نمرات پس‌آزمون نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش فرزند و کاهش نمرهٔ کل طرد فرزند در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه است. به عبارت دیگر آموزش ارتقای معنویت‌درمانی، موجب افزایش میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش فرزند و کاهش میانگین طرد فرزند گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
آزمایش	نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی	۳۳۷/۲۷	۱۹/۲۶	۳۵۹/۰۵	۱۸/۰۷	۳۵۷/۸۳	۱۸/۲۱
	نمرهٔ کل طرد فرزند	۱۰۱/۲۲	۹/۵۸	۸۹/۱۶	۹/۹	۸۹/۵	۹/۰
	نمرهٔ کل پذیرش فرزند	۱۱۳/۸۳	۱۰/۴۷	۱۲۲/۴۴	۹/۵۰	۱۲۲/۱۱	۸/۹۵
گواه	نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی	۳۳۴/۹۴	۱۷/۷۳	۳۳۵/۵	۱۸/۹۷	۳۳۶/۱۱	۱۸/۵۱
	نمرهٔ کل طرد فرزند	۱۰۵/۱۶	۱۰/۶۷	۱۰۴/۲۶	۹/۳۸	۱۰۴/۷۷	۱۰/۲۱
	نمرهٔ کل پذیرش فرزند	۱۱۵/۵	۹/۷۰	۱۱۶/۲۲	۸/۸۰	۱۱۶/۷۲	۸/۵۲

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن نمونهٔ مدنظر در متغیرهای وابسته، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه، کرویت همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته و همگنی کوواریانس‌ها اطمینان حاصل شد. برای مفروضهٔ نرمال‌بودن، آزمون شاپیروـ ویلک و برای همگنی واریانس‌ها، آزمون لوین به‌کار رفت. همچنین همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس با استفاده از آزمون کرویت موخلی بررسی شد. نتایج آزمون شاپیروـ ویلک در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، طرد فرزند و پذیرش فرزند از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ ازاین‌رو، می‌توان اظهار داشت که متغیرهای مدنظر در جامعهٔ پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی است ($p>۰/۰۵$)؛ نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس را برای داده‌های مطالعهٔ حاضر تأیید کرد ($p>۰/۰۵$). نتایج به‌دست‌آمده حاکی‌از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس مختلط برای تحلیل یافته‌ها بود.

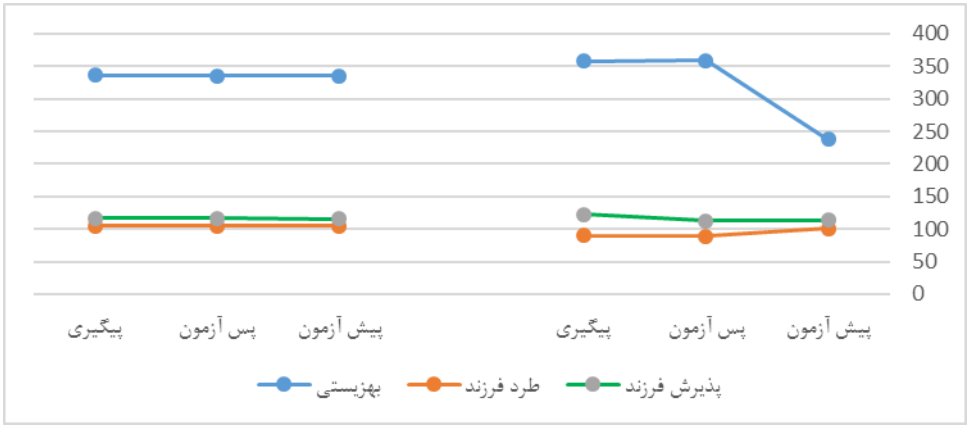
نتایج آزمون چندمتغیری اثر پیلایی نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بُعد زمان ($F=۲۵/۷۴$، $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ به این معنا که از مراحل پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه تفاوت‌های معناداری مشاهده می‌شود. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیره نشان داد، اثر عامل زمان بر

[1]. Spiritual Promotion Group Training Program

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ($F=۲۱۸/۲۱$، $p<۰/۰۰۱$)، طرد فرزند ($F=۸۷/۴۳$، $p<۰/۰۰۱$) و پذیرش فرزند ($F=۲۴/۱۳$، $p<۰/۰۰۱$) معنادار است. به عبارت دیگر بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش فرزند در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری دارای افزایش معناداری بوده است. همچنین طرد فرزند در گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است (شکل ۱). افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط به‌منظور بررسی اثرات بین‌گروهی حاکی‌از آن بود که بین گروه مداخله و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی ($\eta^۲=۰/۸۷$، $p<۰/۰۰۱$، $F=۲۳۰/۶۷$)، طرد فرزند ($\eta^۲=۰/۷۰$، $p<۰/۰۰۱$، $F=۷۹/۸۷$) و پذیرش فرزند ($\eta^۲=۰/۴۵$، $p<۰/۰۰۱$، $F=۲۷/۳۱$)، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. با مشاهدهٔ میانگین‌ها در مرحلهٔ پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. براساس میزان ضریب ایتای به‌دست‌آمده در تفاوت‌های بین‌گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخلهٔ معنویت‌درمانی ۸۷درصد از تغییرات واریانس متغیر بهزیستی روان‌شناختی، ۷۰درصد از تغییرات واریانس متغیر طرد فرزند و ۴۵ درصد از تغییرات واریانس متغیر پذیرش فرزند را در مرحلهٔ پس‌آزمون تبیین می‌کند.



شکل ۱. میانگین نمرهٔ متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، طرد و پذیرش فرزند در گروه آزمایش (سمت راست) و گروه گواه (سمت چپ)

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی ارتقای معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند در مادران کودکان با ناتوانی هوشی انجام شد. باتوجه به نتیجهٔ به‌دست‌آمده بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل نشان داد که آموزش ارتقای معنویت موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان با ناتوانی هوشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. نتیجهٔ مذکور در راستای پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه قرار دارد. یافتهٔ به‌دست‌آمده در مطالعهٔ حاضر با پژوهش مصدق و همکاران مبنی‌بر رابطهٔ معنادار بین درک معنوی و سلامت روان مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی و اثربخشی آموزش مؤلفه‌های درک معنوی در بهبود سلامت روان آن‌ها (۱۱) همسوست. همچنین این نتیجه با پژوهش اکبری و همکاران مبنی‌بر اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر کاهش فشار روانی و افزایش سلامت روان مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی (۲۳) همخوان است. در این راستا معتمدی شرک و همکاران نیز به اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش مشکلات مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی دست یافتند (۲۴) که در راستای نتایج حاصل از مطالعهٔ حاضر است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است. درواقع رویکرد بهزیستی روان‌شناختی رشد و تحول مشاهده‌شده را دربرابر چالش‌های وجودی زندگی بررسی می‌کند و به‌شدت بر گسترش ظرفیت‌های فردی تأکید دارد. مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌شکلی محتمل، به‌علت چالش‌های اختلال فرزندشان در فرایند تحول ابعاد روان‌شناختی خود دچار آسیب‌های معنادار می‌شوند؛ در این شرایط نه‌تنها بهزیستی روان‌شناختی بلکه کارکردهای عادی روان‌شناختی (چون مکانیزم‌های معمول حل‌وفصل مسائل، امید به تغییر مثبت و اثربخشی در زندگی) با مشکلات عدیده‌ای همراه است. همچنین ارتباط بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد کاربردی معنویت اثبات شده است و بر همین اساس امروزه بهزیستی را شامل سه بخش منفک اما کاملاً مرتبط جسمانی، روان‌شناختی و معنوی می‌دانند (۲۵). درواقع سطح معنوی بهزیستی شامل ویژگی‌های متعالی و وجودی در ارتباطات فرد با خود، دیگران و موجودی برتر و تعامل با محیط است. پرواضح است که ارتباط متقابل و ژرفی بین بهزیستی معنوی با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد؛ بنابراین هر آنچه منجربه بهبود معنویت و بهزیستی معنوی شود، به‌مانند مداخلات پژوهش حاضر، می‌تواند به بهبود سطوح مختلف بهزیستی روان‌شناختی بینجامد (۱۱). درواقع بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای رشد و پیشرفت درجهت تحقق‌بخشیدن به توانایی‌های بالقوهٔ فرد است (۲۰)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد در پژوهش حاضر مداخلات مبتنی‌بر معنویت با افزایش فهم شرکت‌کنندگان و تسهیل دسترسی ایشان به توان‌مندی‌های خود توانسته باشد اثرات مثبت و معناداری بر این توان‌مندی‌ها بگذارد.

در ادامه اثرات معنویت‌درمانی بر طرد و پذیرش فرزند مدنظر قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر میانگین نمرات پس‌آزمون طرد فرزند در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد که مداخلهٔ مدنظر تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

طرد فرزند گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشت. درواقع باتوجه به نتیجهٔ به‌دست‌آمده بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر طرد فرزند تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش ارتقای معنویت، موجب افزایش پذیرش فرزند در مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. یافتهٔ مذکور در راستای پژوهش‌های انجام‌شده در این حیطه است. نتیجهٔ حاصل از مطالعهٔ حاضر با یافته‌های پژوهش زامبات و یلدیز مبنی‌بر رابطهٔ خطی بین پذیرش فرزند و سلامت روان مادران دارای کودک معلول همسوست. درواقع هرچه مادران زودتر و بدون قید و شرط فرزند دارای ناتوانی خود را بپذیرند، به‌تبع آن سلامت روان بهتری خواهند داشت (۲۶). همچنین در این راستا پژوهش آیدن و یاماک مشخص کرد، هرچه نگرش والدین دارای کودک ناتوان مثبت‌تر باشد، به‌تبع آن مشکلات سلامت روان کمتری نشان خواهند داد (۲۷). در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که معنویت و در پی آن مذهب ارزش‌های عاطفی و شناختی مشخصی دارد و نظام خودمهارگر مدیریتی خاص خود را دارد؛ بنابراین شناخت‌ها و ادراک‌های نظام عقاید معنوی و مذهبی تأثیر ارزش‌مندی بر رفتارهای مقابله‌ای و نحوهٔ تفسیر رویدادها دارند. به همین سان اعتقاد بر آن است که مداخلات مبتنی‌بر معنویت در پژوهش حاضر با تسهیل مقابله‌های معنوی مختلف مانند استفادهٔ مناسب از فعالیت‌های مذهبی، کاهش احساسات منفی، افزایش ارزیابی خیرخواهانه و فهم پذیرش رویدادهای غیرقابل تغییر، تلاش برای تغییر وضع موجود و معناجستن در امور مختلف، توانسته است به کاهش رفتارهای مبتنی‌بر طرد فرزند و افزایش رفتارهای مبتنی‌بر پذیرش بینجامد. همچنین می‌توان عنوان کرد، اگرچه طرد و پذیرش فرزند را می‌توان در یک طیف طرد ـ پذیرش در نظر گرفت، در مواقعی پذیرش فرزند نخست با کاهش رفتارهای مبتنی‌بر طرد و سپس افزایش میزان رفتارهای پذیرش توأمان است (۲۸).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی چون فقدان همتاسازی کامل گروه‌ها برحسب متغیرهای مؤثر در مؤلفه‌های پژوهش (چون باورهای مذهبی قبلی، تجارب درمانی، مسائل شخصیتی و...) و مشکلات ناشی‌از رعایت‌نشدن پراکنش جنسیتی همراه بود. به‌دلیل مشکلات معنادار والدین تمامی گروه‌های استثنایی پیشنهاد می‌شود که مداخلات مبتنی‌بر معنویت در گروه‌های مختلف استثنایی مدنظر قرار گیرد؛ بدین‌صورت که امکان قیاس اثربخشی معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی و طرد و پذیرش فرزند و دیگر مؤلفه‌های مختلف سازگاری و رشد فردی در گروه‌های مختلف استثنایی مشخص شود و تصویری کلی از اولویت ارائهٔ خدمات بیان شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده حاکی‌از تأثیر معنادار آموزش گروهی ارتقای معنویت بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، افزایش پذیرش فرزند و کاهش طرد فرزند در مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی بود؛ ازاین‌رو، انجام برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و طولانی‌مدت و توجه به این یافته‌ها و سازوکار اثربخشی این مداخله در کنار برنامه‌های توان‌بخشی به‌موقع و مناسب کودکان آن‌ها می‌تواند پیامدهای مثبتی برای تمامی اعضای خانواده در پی داشته باشد و از مشکلات متعددی که با آن مواجه هستند تا حد زیاد بکاهد.

۶ تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم از همکاری و همگامی صمیمانهٔ همهٔ والدین شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز از تمامی مدیران و کارکنان کلینیک‌ها و مراکزی که ما را درجهت گردآوری یافته‌های پژوهش حاضر یاری کردند، نهایت سپاس و قدردانی را داشته باشیم.

۷ بیانیه

پژوهش حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول پژوهش در رشتهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی در دانشگاه علامه طباطبائی است. در این پژوهش رعایت اصول اخلاقی احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت؛ به‌طوری‌که برای حفظ محرمانه‌بودن، کدگذاری انجام پذیرفت و اسامی آن‌ها حذف شد؛ همچنین ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان و کسب رضایت کتبی به‌منظور شرکت در تحقیق صورت گرفت. آزادبودن شرکت‌کنندگان برای خروج از روند پژوهش نیز رعایت شد و آن‌ها در هر مرحله از پژوهش مختار بودند از ادامهٔ همکاری صرف‌نظر کنند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Guyard A, Michelsen SI, Arnaud C, Fauconnier J. Family adaptation to cerebral palsy in adolescents: A European multicenter study. Res Dev Disabil. 2017;61:138–50. doi: 10.1016/j.ridd.2016.11.010
3. Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. SSM - Population Health. 2016;2:542–8. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.08.001
4. Hojatkhah M, Mesbah E. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on social adjustment and internalized shame mothers of children with mental retardation. Psychology of Exceptional Individuals. 2017;6(24):153–80. [Persian] doi: 10.22054/jpe.2017.7533

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

5. Cerqueira MMF, Alves R de O, Aguiar MGG, Cerqueira MMF, Alves R de O, Aguiar MGG. Experiences in the therapeutic itineraries of mothers of children with intellectual disabilities. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(10):3223–32. doi: 10.1590/1413-812320152110.17242016
6. Chandravanshi G, Sharma KK, Jilowa CS, Meena PS, Jain M, Prakash O. Prevalence of depression in mothers of intellectually disabled children: A cross-sectional study. Medical Journal of Dr DY Patil University. 2017;10(2):156. doi: 10.4103/0975-2870.202103
7. Carrasco MA, Rohner RP. Parental acceptance and children's psychological adjustment in the context of power and prestige. J Child Fam Stud. 2013;22(8):1130–7. doi: 10.1007/s10826-012-9675-0
8. Khanjani Z, Hashemi T, Peymannia B, Aghagolzadeh M. Relationship between the quality of mother- child interaction, separation anxiety and school phobia in children. Studies in Medical Sciences. 2014;25(3):231–40. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2198-en.pdf
9. Khan JA, Ain Q, Riaz A, Riaz N, Batool N. Demographic differences on parental acceptance rejection and personality among children with intellectual disabilities. J Appl Environ Biol Sci. 2014;4(7S):364–72.
10. Specht MW, Edwards KR, Perry-Parrish C, Amatya K. Brief trans-diagnostic parent training: a strengths-based, parent-centered treatment for youth with tourette syndrome. In: McGuire JF, Murphy TK, Piacentini J, Storch EA, editors. The clinician's guide to treatment and management of youth with tourette syndrome and tic disorders. Oxford: Academic Press; 2018. pp: 225–53. doi: 10.1016/B978-0-12-811980-8.00011-X
11. Mosadegh N, Ghobari-Bonab B, Pirzadi H, Shafi'ee N. Prediction of mental health based on spiritual intelligence in mothers of children with and without intellectual disabilities. Journal of Exceptional Children. 2013;13(3):15–22. [Persian] http://joec.ir/article-1-184-en.pdf
12. Ross J, Kennedy G, Macnab F. The effectiveness of spiritual/religious interventions in pscychotherapy and counselling. Melbourne: Psychotherapy and Counselling Federation of Australia (PACFA); 2015.
13. odapp B, Zwingmann C. Religiosity/spirituality and mental health: a meta-analysis of studies from the German-speaking area. J Relig Health. 2019;58(6):1970–98. doi: 10.1007/s10943-019-00759-0
14. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. J Autism Dev Disord. 1999;29(2):129–41. doi: 10.1023/a:1023040610384
15. Conners CK. Conners' rating scale manual. New York: Multi-Health Systems, Inc;1989.
16. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
17. Kasechi M, Behnia F, Mirzaei H, Rezafiani M, Farzi M. Validity and reliability of Persian version of high-functioning autism spectrum screening questionnaire age 7-12. Pajouhan Scientific Journal. 2013;12(1):45–54. [Persian] http://psj.umsha.ac.ir/article-1-46-en.pdf
18. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L, Yosefi F. Reliability, validity, factor analysis Persian version of the Conners' parenting rating scale for childrend 6–11 years in Shiraz. Journal of Psychological Studies. 2007;3(3):97–120. [Persian]
19. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. Developmental Psychology. 2005;1(4):36–54. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_512443_a0d2c015073fc1d62ef524cc2302c4f0.pdf?lang=en
20. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Curr Dir Psychol Sci. 1995;4(4):99–104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395
21. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146–51. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.pdf
22. Vahidi Sh. Sakht va hanjaryabi azmoon tard va paziresh koodakan estesnaie tavasot valedeyn [Design and standardization of parental Acceptance–Rejection tests] [Thesis for M.A.]: [Tehran, Iran]: Allameh Tabataba'i University; 2008. [Persian]
23. Akbari F, Iazdkhasti F, Shakehnia F. Effectiveness of spirituality training on stress and general health of mothers of children with mental retardation. Psychology of Exceptional Individuals. 2015;5(17):169–86. [Persian] doi: 10.22054/jpe.2015.1468
24. Sharak F, Bonab B, Jahed M. Relationship between stress and religious coping and mental health in mothers with normal and intellectually disabled children. Int J Educ Psychol Res. 2017;3(3):198–204.
25. Elosúa MR. The influence of gratitude in physical, psychological, and spiritual well-being. Journal of Spirituality in Mental Health. 2015;17(2):110–8. doi: 10.1080/19349637.2015.957610
26. Zembat R, Yıldız D. A comparison of acceptance and hopelessness levels of disabled preschool children's mothers. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2):1457–61. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.03.218
27. Aydın A, Yamaç A. The relations between the acceptance and child-rearing attitudes of parents of children with mental disabilities. Eurasian Journal of Educational Research. 2014;14:79–98.
28. Trentacosta CJ, Shaw DS. Maternal predictors of rejecting parenting and early adolescent antisocial behavior. J Abnorm Child Psychol. 2008;36(2):247–59. doi: 10.1007/s10802-007-9174-8

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.173.2]