

## نقش نگرش و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه

رضا شباهنگ<sup>۱\*</sup>، مهناز خسروجاوید<sup>۲</sup>، علیرضا احمدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۷/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۱۷

## چکیده

**زمینه و هدف:** کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه و عوامل موثر بر آن موضوع مهمی است که نیازمند بررسی و مطالعه دقیق است. متغیرها و عوامل متعددی در پژوهش‌های مختلف در تبیین کیفیت زندگی این والدین مورد آزمایش قرار گرفتند اما مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه نگرش و تاب‌آوری با کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه انجام شده است.

**روش:** مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی والدین کودکان با نیازهای ویژه شهرستان رشت در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود که از بین آنها ۱۱۰ والد (۵۵ مادر و ۵۵ پدر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نگرش والدین نسبت به فرزند با نیازهای ویژه (گوندر، ۲۰۰۲)، مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان سلامت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهند نگرش و تاب‌آوری والدین کودکان با نیازهای ویژه با کیفیت زندگی شان همبستگی معناداری دارند و نگرش ( $\beta = -0.30$ ) و تاب‌آوری ( $\beta = 0.47$ ) به صورت معناداری می‌تواند کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه را پیش‌بینی کند ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، نگرش و تاب‌آوری عواملی موثر در کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه هستند. استلزام‌های نتیجه به دست آمده در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، نگرش، تاب‌آوری، والدین کودکان با نیازهای ویژه

\*نویسنده مسئول: رضا شباهنگ، کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۰۲۲۲۵۸۵۷

ایمیل: Reza.shabahang@ut.ac.ir

## مقدمه

تولد یک کودک با نیازهای ویژه<sup>۱</sup> یا استثنایی<sup>۲</sup> می‌تواند شرایط دشواری را برای والدین و دیگر اعضای خانواده به همراه بیاورد، چون والدین به طور غیرمنتظره‌ای در یک معمای دشوار عاطفی گرفتار می‌شوند که به خاطر طبیعت غیرمنتظره این مشکل و تمایلات ذاتی برای نگهداری از فرزندشان، ناراحتی و نگرانی بیشتری را تحمل می‌کنند (۱). در حالی که والدگری<sup>۳</sup> یک فعالیت مورد علاقه است، اما نگهداری از یک کودک با نیازهای ویژه، والدین را در معرض تنیدگی‌ها و بسیاری از چالش‌های والدگری همچون مشکلات سلامتی، احساس محدودیت شدید، میزان بیشتر افسردگی، سوگ و مشکلات اقتصادی قرار می‌دهد. لانجیله و همکاران بیان می‌کنند تولد یک کودک با ناتوانی و آگاهی از ناتوان بودن کودک، یک حادثه شدید و تروماتیک برای والدین تلقی می‌شود. در همین راستا دابسون و همکاران مطرح می‌کنند، والدین کودکان با نیازهای ویژه، متحمل دوره‌ای از سوگواری می‌شوند که به داغ‌دیدگی شبیه است؛ بدین معنا که این دسته از والدین سوگوار مرگ فرزند کاملی می‌شوند که در ذهنشان داشتند (۲). این موضوع که ناتوانی فرزندان با نیازهای ویژه برای والدین دشواری‌های زیادی را به همراه دارد، به خوبی در منابع مرتبط با این حوزه مطرح شده است (۱).

تأثیر ناتوانی‌های کودکان با نیازهای ویژه بر کیفیت زندگی والدینشان، از جمله موضوعات مهمی است که نیازمند بررسی و تبیین است. کودکان با نیازهای ویژه، هزینه‌های روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی بسیاری را برای خانواده‌ها ایجاد می‌کنند (۳). پژوهش‌های بسیار نشان می‌دهند والدین کودکان با ناتوانی تنیدگی بیشتری نسبت به والدین کودکان بدون شرایط ویژه، تجربه می‌کنند (۱) و مادران کودکان با ناتوانی، دو تا سه برابر بیشتر از مادران کودکان سالم، سطوح بیشتر افسردگی، اضطراب و فشار روانی را نشان می‌دهند (۴).

لئونگ و لی‌تسانگ دریافتند که دامنه ارتباطات اجتماعی و کیفیت زندگی، به طور معناداری در دو گروه والدین با کودکان با و بدون ناتوانی، متفاوت است (۵). موگنو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های فراگیر تحولی در مقایسه با والدین کودکان بهنجار از نظر فعالیت جسمانی، ارتباطات اجتماعی، ادراک از کیفیت زندگی، و سلامت، مشکلات بیشتری را نشان می‌دهند (۶). بنیاک نیز معتقد است والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به والدین کودکان بهنجار، به طور معناداری کیفیت زندگی ذهنی<sup>۴</sup> و ادراک سلامت عمومی پایین‌تر و نشانه‌های جسمانی بیشتر را نشان می‌دهند (۷). مطالعه مالهورترا، خان و بهاتیا نشان داد که کیفیت زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و طیف اوتیسم نسبت به والدین کودکان بهنجار، بسیار پایین‌تر است (۸). همین نتایج در پژوهش یوهاسواو نیز به دست آمده است (۳). همچنین سینگ و همکاران، کیفیت زندگی پایین‌تر را در والدین کودکان کم‌توان ذهنی (۹)، و راج‌گوگویی، کومار و پیرا دیوری نیز اضطراب و افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی گزارش کردند (۱۰).

به‌طور کلی، بخش عمده‌ای از مطالعات صورت گرفته در رابطه با تأثیر ناتوانی کودکان با نیازهای ویژه بر والدین، بیانگر شرایط دشوار و اثرات منفی فراگیر هستند اما احتمالاً شرایط روانی منفی و تأثیرگذاری‌های مخرب حضور این کودکان در محیط خانواده چندان فراگیر و همگانی نباشد، چون تعداد زیادی از خانواده‌ها و مادرانی که از کودکان با ناتوانی نگهداری می‌کنند، شرایط مناسبی دارند (۴). در همین رابطه، هلر، کالدول و فکتور بیان می‌کنند، بسیاری از خانواده‌ها نشانه‌های تطابق و سازش‌یافتگی را نشان می‌دهند (۱۱). همچنین بسیاری از تحقیقات گزارش می‌دهند، پرورش کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند حتی برای والدین تجارب

3. Parenting  
4. Subjective quality of life

1. Child with special needs  
2. Exceptional child

می‌تواند اضطراب‌آور باشد و تأثیرات مضر بر سلامت جسمانی و روانی‌شان بگذارد که در این بین، استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای سالم و فعال در ترمیم و حفظ تندرستی والدین بسیار ضروری است (۱)؛ بدین معنا که شناخت‌ها و نگرش‌های معقول از میزان تأثیرات منفی ناشی از ناتوانی کودکان بر کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه می‌کاهند. در همین راستا نیس گزارش می‌دهد والدین کودکان با مشکلات تحولی که در برنامه کاهش تنیدگی بر پایه‌ی ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup> شرکت کردند، به صورت معناداری تنیدگی و افسردگی کمتر و رضایت از زندگی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. بن و همکاران نیز در مطالعه خود میزان اثر بخشی برنامه ذهن‌آگاهی را بر والدین کودکان با نیازهای ویژه شامل اوتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و اختلالات یادگیری بررسی کردند. نتایج نشانگر کاهش سطح تنیدگی، اضطراب و افزایش خودآگاهی، شفقت<sup>۲</sup> و تحول فردی بود (۱۶). همچنین سیا و تان بیان می‌کنند، احساس انسجام یا پیوستگی<sup>۳</sup> و تغییر ساختاری شناختی<sup>۴</sup> بر کیفیت زندگی والدین کودکان اوتیسم موثر هستند (۱۷)؛ بنابراین شناخت‌ها و نگرش‌های والدین کودکان با نیازهای ویژه را می‌توان به عنوان عواملی موثر در کیفیت زندگی والدین در نظر داشت که می‌توانند از طریق تأثیراتی که بر زندگی این دسته از والدین می‌گذارند، پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی آن‌ها باشند.

تاب‌آوری نیز از جمله متغیرهای بسیار مهم دیگری است که می‌توان در رابطه با کیفیت زندگی والدین با نیازهای ویژه به آن اشاره کرد. در همین رابطه، تحقیقات نشان می‌دهند تاب‌آوری تأثیری اساسی بر سلامتی ذهنی و روانی می‌گذارد (۱۸). ثرنتون و سانچز، تاب‌آوری را فرآیند پویایی که فرد را قادر به پاسخ‌دهی و تطابق با شرایط مختلف می‌کند، تعریف می‌کنند (۱۹). همچنین کانر و دیویدسون در تعریف تاب‌آوری بیان می‌کنند، کیفیتی شخصی است که موجب پیشرفت فرد در

مثبتی همچون افزایش حس هدف داشتن، معنویت، تحمل و تاب‌آوری، و ارتباطات شخصی - اجتماعی وسیع‌تر را هم در پی داشته باشد. کیمورا و یامازاکی نیز بر اساس مطالعه خود گزارش کردند اگرچه ۴۶/۷ درصد از والدین احتمالاً از مشکلات سلامت روانی برخوردار بودند، اما در ۷۹/۹ درصد از والدین، بعد از تشخیص ناتوانی کودکان، تغییرات مثبت دیده شد (۱۲)؛ بنابراین باید اظهار داشت، الزاماً حضور کودک با ناتوانی منجر به تأثیر منفی عمده بر والدین نمی‌شود و حتی در برخی موارد می‌تواند پیامدهای مثبتی هم در پی داشته باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، عامل یا عوامل خاصی وجود دارند که در میزان و نحوه تأثیرگذاری ناتوانی کودکان بر والدین، واکنش‌ها و کیفیت زندگیشان موثر هستند.

از جمله مهمترین متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه، شناخت‌ها و نگرش‌های والدین هستند. مطالعات نشان می‌دهند، عوامل والدگری درونی مانند شخصیت و استفاده از مکانیسم‌های مقابله نیز همانند عوامل بافتی و محیطی می‌توانند تأثیرات ناشی از کم‌توانی ذهنی کودک را بر سلامت روان والدین، متعادل و مهار کنند (۱۳). این باور که فرد بر موانع زندگی‌اش کنترل دارد، با سلامت روانی بیشتر مرتبط است (۱۴)؛ بدین معنا که بین مکانیسم‌های مقابله و سلامت روان و اختلالات روانی ارتباط معناداری وجود دارد. بسیاری از تحقیقات، همبستگی معناداری را بین مکانیزم‌های مقابله فعال همچون حل مسئله، تحلیل منطقی، حمایت اجتماعی و جستجو اطلاعات با سلامت فردی نشان می‌دهند، در حالی که مکانیزم‌های مقابله غیرفعال همچون اجتناب، انکار و سرکوب احساسات با بسیاری از تنیدگی‌های زندگی و با سلامت روانی پایین مرتبط هستند. به بیانی دیگر، استفاده از مقابله اجتنابی و مکانیزم‌های هیجان‌مدار با سلامت روانی پایین و تنش روان‌شناختی، ارتباط بیشتری دارد (۱۵). نتیجه این که نگهداری از کودک با ناتوانی برای والدین

3. Sense of coherence  
4. Cognitive reframing

1. Mindfulness-based stress reduction (MBSR)  
2. Self-compassion

والدین جامعه مذکور (۵۵ مادر و ۵۵ پدر) بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش سواد حداقل دیپلم، رضایت و تمایل شخصی، و دارا بودن حداقل یک کودک دارای نیاز ویژه بود و ملاک خروج از تحقیق، وجود اختلالات جسمانی و روانی ناتوان‌کننده قابل مشاهده در نظر گرفته شد.

### ب) ابزار

۱. پرسشنامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه<sup>۱</sup> (گوندر، ۲۰۰۲): این مقیاس اولین بار توسط گوندر ساخته شد. گویه‌های این مقیاس از بسط و گسترش گویه‌های مقیاس نگرش والدین شفر و بل به دست آمده است. این ابزار دارای ۵ خرده‌مقیاس پذیرش و محبت (۸ گویه)، شرم‌زدگی (۳ گویه)، کام‌نیافتگی (۳ گویه)، ناامیدی (۳ گویه) و حمایت افراطی (۷ گویه) است. طیف گزینه‌های این مقیاس از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس گزینه کاملاً موافقم نمره ۵، و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. در پژوهش اصغری نکاح و بلقان آبادی ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونیباخ برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش و محبت، شرم‌زدگی، کام‌نیافتگی، ناامیدی، و حمایت افراطی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۶۶ و ۰/۷۵ گزارش شد. روایی صوری و محتوایی این مقیاس نیز توسط چند تن از متخصصان این حوزه مورد تأیید قرار گرفته است. در همبستگی‌های درون‌مقیاسی نیز، ارتباط مثبت قوی ( $p < 0/01$ ) بین نمره کلی نگرش و ۵ خرده‌مقیاس آن وجود دارد (پذیرش و محبت،  $r=0/65$ ، شرم‌زدگی  $r=0/33$ ، کام‌نیافتگی  $r=0/58$ ، ناامیدی  $r=0/65$  و حمایت افراطی  $r=0/85$ ) (۲۲).

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۲</sup> (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این ابزار توسط کانر و دیویدسون طراحی شد و از ۲۵

مقابل مشکلات می‌شود. همچنین تاب‌آوری شامل الگوهای مثبت تطابق در مقاومت برابر مشکلات است که این تطابق به مرور زمان پیشرفت می‌کند. افرادی که تاب‌آوری مناسبی دارند، در مقابل سختی‌ها پایداری می‌کنند، با موقعیت‌های تهدیدآمیز بهتر مقابله می‌کنند، به صورت موثرتری با فشارهای روانی و مشکلات کنار می‌آیند و ظرفیت بیشتری برای پاسخ‌دهی به عامل‌های تنش‌آور زندگی و مقابله با مشکلات روزمره دارند. کانر و داویدسون تاب‌آوری را عاملی مهمی در درمان شرایط سازش‌نا یافته همچون اضطراب و افسردگی نیز می‌دانند (۲۰). همچنین اونگک، برگمن، بیسکونتی و والاس اظهار دارند، افراد با تاب‌آوری زیاد در مقابل فشارهای روانی روزمره موثرتر عمل می‌کنند (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، تاب‌آوری به صورت مثبتی با ذهن‌آگاهی، عاطفه مثبت، رضایت از زندگی، شادی، برون‌گردی و به صورت منفی با عاطفه منفی و روان‌رنجوری ارتباط دارد (۱۸)؛ بنابراین تاب‌آوری به عنوان یک توانایی بسیار مهم در مقابله با مشکلات می‌تواند عاملی موثر در کیفیت زندگی والدین کودکان نیازهای ویژه باشد.

در مجموع پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌دهی به این مسئله اساسی است که آیا بین نگرش والدین کودکان با نیازهای ویژه، تاب‌آوری و کیفیت زندگی‌شان ارتباط وجود دارد و همچنین تا چه حد آیا نگرش و تاب‌آوری می‌توانند کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه را پیش‌بینی کنند.

### روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی است. همچنین پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار دارد. جامعه آماری مورد بررسی، تمامی والدین کودکان با نیازهای ویژه شهرستان رشت در استان گیلان در سال ۹۵-۱۳۹۴ بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۱۱۰ نفر از

2. The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC)

1. Attitudes of parents with special needs child towards their children scale (APSNCS)

سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کردند. نصیری نیز برای پایایی این مقیاس از سه روش بازآمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، روش تصنیف و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب مقادیر ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ را گزارش کرد. همچنین رحیمی ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۸، سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵، و کیفیت محیط زندگی ۰/۷۷ به دست آورده است (۲۷).

**ج) روش اجرا:** پس از هماهنگی‌های لازم و اخذ مجوز از سازمان‌های مربوطه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۱۱۰ والد کودکان با نیازهای ویژه انتخاب شدند و پرسشنامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیاز ویژه‌شان، مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان جلب شد و این امکان به آن‌ها داده شد تا در هر مرحله پژوهش که تمایل داشتند، انصراف دهند و همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و اطلاعات فردی‌شان محرمانه باقی خواهد ماند. در پایان نمونه‌گیری، توضیحات کامل‌تری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان داده شد.

#### یافته‌ها

با توجه به جدول ۱، میانگین پذیرش ۲۶/۷۱؛ شرم ۷/۸۱؛ کتم‌نایافتگی ۸/۱۱؛ ناامیدی ۹/۵۱؛ حمایت ۲۲/۵۵؛ نگرش کلی ۷۴/۲۲؛ سلامت جسمی ۷۴/۷۵؛ سلامت روانی ۶۰؛ روابط اجتماعی ۶۶/۲۳؛ سلامت محیطی ۴۶/۵۴؛ نمره کلی بهداشت ۸۸/۱۸، و نمره کلی تاب‌آوری ۷۱/۴۷ به دست آمد.

گویه مدرج ۵ گزینه از هرگز تا همیشه تشکیل شده است و در مقیاس لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ و همبستگی‌های گویه با کل مقیاس<sup>۱</sup> را بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۰ بگزارش کردند. همچنین کانر و دیویدسون با بررسی ارتباط مقیاس تاب‌آوری با ابزار تحمل سختی کوباسا<sup>۲</sup> ( $r=0/83$ ) و مقیاس تنیدگی ادراک‌شده<sup>۳</sup> ( $r=-0/76$ ) و مقیاس آسیب‌پذیری تنیدگی شیهان<sup>۴</sup> ( $r=-0/32$ )، روایی این ابزار را مطلوب گزارش کردند (۲۰). بیگدلی و همکاران همسانی درونی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آوردند (۲۳). کیهانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۶۹ و با روش دونیمه‌سازی ۰/۶۶۵ به دست آوردند (۲۴). همچنین حق‌رنجبر و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کردند (۲۵).

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- فرم کوتاه<sup>۵</sup> (۱۹۹۶): این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال هستند). دو سوال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم از نظر امتیاز، دامنه ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ هستند (۲۶). سحرنازنجات و همکاران، پایایی این ابزار را با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵، و در حیطه

4. Sheehan stress vulnerability scale  
5. World health organization quality of life questionnaire-BREF (WHOQOL-BREF)

1. Item-total correlations  
2. Kobasa hardiness measure  
3. Perceived stress scale

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	چولگی	کشدگی
۱ پذیرش و محبت	۲۶/۷۱	۳/۷۸	۰/۱۱۸	-۰/۲۶۲
۲ شرم‌زدگی	۷/۸۱	۲/۶۹	۰/۴۷۶	۰/۰۵۵
۳ ناکامی	۸/۱۱	۳/۱۱	۰/۳۷۶	-۰/۶۱۲
۴ ناامیدی	۹/۵۱	۲/۹۹	-۰/۴۶۱	-۰/۵۸۷
۵ حمایت‌افراطی	۲۲/۵۵	۵/۲۷	-۰/۴۸۷	۰/۳۷۰
۶ نگرش (کل)	۷۴/۲۲	۱۱/۲۰	۰/۱۳۲	۰/۱۸
۷ سلامت جسمی	۷۴/۷۵	۱۴/۳۴	-۰/۴۷۶	۰/۲۸۵
۸ سلامت روانی	۶۰	۱۴/۳۲	۰/۰۶۲	-۰/۱۴۶
۹ سلامت اجتماعی	۶۶/۲۳	۱۵/۶۶	-۰/۲۸۲	-۰/۰۹۴
۱۰ سلامت محیطی	۴۶/۵۴	۱۲/۵۰	-۰/۳۲۷	۰/۲۹۵
۱۱ کیفیت‌زندگی (کل)	۸۸/۱۸	۱۱/۶۹	۰/۰۱۲	۰/۰۰۷
۱۲ تاب‌آوری (کل)	۷۱/۴۷	۱۱/۶۸	-۰/۲۵۲	۰/۲۳۲

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده کرد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون چولگی و کشدگی استفاده شد که با توجه به جدول ۱، قدر مطلق چولگی و کشدگی برای تمامی متغیرها کمتر از ۲ است؛

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱ پذیرش و محبت	۱											
۲ شرم‌زدگی	-۰/۱۲۹	۱										
۳ ناکامی	۰/۱۸۷	**۰/۳۵۷	۱									
۴ ناامیدی	-۰/۰۲۲	**۰/۴۲۰	**۰/۳۹۲	۱								
۵ حمایت‌افراطی	**۰/۳۲۱	**۰/۲۷۹	**۰/۲۷۷	**۰/۳۹۱	۱							
۶ نگرش (کل)	**۰/۴۸۰	**۰/۵۰۵	**۰/۶۳۵	**۰/۶۲۸	**۰/۷۷۱	۱						
۷ سلامت جسمی	-۰/۰۰۴	**۰/۳۳۴	**۰/۲۷۸	**۰/۳۴۶	**۰/۲۶۰	**۰/۳۷۵	۱					
۸ سلامت روانی	۰/۰۶۳	**۰/۲۶۸	**۰/۲۸۳	**۰/۳۲۳	-۰/۱۰۱	-۰/۲۳۸	**۰/۶۵۲	۱				
۹ سلامت اجتماعی	-۰/۰۰۶	-۰/۱۱۶	-۰/۲۵۰	-۰/۲۳۴	-۰/۱۲۰	-۰/۱۹۵	**۰/۴۵۵	**۰/۵۵۶	۱			
۱۰ سلامت محیطی	۰/۰۵۹	-۰/۲۴۲	-۰/۲۱۸	-۰/۲۴۶	-۰/۲۲۱	-۰/۲۶۷	**۰/۵۹۵	**۰/۵۹۱	**۰/۶۰۲	۱		
۱۱ کیفیت‌زندگی (کل)	۰/۵۵۶	**۰/۳۰۴	**۰/۳۰۲	**۰/۳۳۹	**۰/۲۲۱	**۰/۳۲۸	**۰/۸۲۴	**۰/۷۴۸	**۰/۶۳۴	**۰/۸۱۰	۱	
۱۲ تاب‌آوری (کل)	۰/۱۴۴	-۰/۰۲۷	-۰/۱۵۲	**۰/۲۷۰	-۰/۰۲۲	۰/۰۵۲	**۰/۳۱۹	**۰/۴۹۲	**۰/۳۸۵	**۰/۴۱۸	**۰/۴۹۴	۱

و حمایت‌افراطی ( $r=0/221$ ) در سطح معناداری  $0/05$  با کیفیت‌زندگی کل رابطه منفی دارند. همچنین تاب‌آوری با کیفیت‌زندگی کل در سطح  $0/01$  رابطه مثبت معناداری دارد ( $r=0/494$ ).

در جدول ۲، آماره‌های همبستگی بین متغیرها گزارش شده است. بر اساس نتایج ضریب همبستگی، حیطه‌های شرم‌زدگی ( $r=-0/304$ )، کام‌نایافتگی ( $r=-0/302$ )، ناامیدی ( $r=0/339$ )، نگرش کل ( $r=-0/328$ ) در سطح معناداری  $0/01$

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی والدین از روی نگرش و تاب‌آوری

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R <sup>2</sup>
رگرسیون	۱۶۰۵/۵۱۷	۱	۱۶۰۵/۵۱۷				
۱	باقی مانده	۱۰۸	۱۲۳/۰۴۵	۱۳/۰۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۰/۱۰۸
	کل	۱۰۹					
رگرسیون	۵۰۵/۴۳۶	۲	۲۵۰۲/۷۱۸				
۲	باقی مانده	۱۰۷	۹۲/۴۲۰	۲۷/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰	۰/۳۳۶
	کل	۱۰۹					

است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۱۳/۰۴۸ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و در گام دوم ۲۷/۰۸۰ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمده است. همچنین ضریب تعیین در گام اول ۰/۱۰۸ و در گام دوم ۰/۳۳۶ به دست آمده است که میزان تبیین واریانس متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین در هر گام را نشان می‌دهد.

جدول ۳ خلاصه نتایج رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه براساس نگرش و تاب‌آوری را نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر  $R^2$ ،  $R$ ،  $F$  برای مدلی معنی‌داری مدلهای رگرسیونی به همراه مقادیر  $B$  و  $Beta$  برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده

جدول ۴: نتایج ضرایب مربوط به رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	Beta	t	
۱	مقدار ثابت	۱۱۳/۵۹۸	-	۱۵/۹۶۶	۰/۰۰۱
	نگرش	-۰/۱۵	۰/۰۹	-۳/۶۱۲	۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۷۷/۳۴۲	۸/۵۸	۹/۰۰۶	۰/۰۰۱
۲	نگرش	-۰/۳۱۶	۰/۰۸	-۳/۸۴۵	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	۰/۴۸۰	۰/۰۹	۶/۰۶۵	۰/۰۰۱

رشت صورت گرفت تا تعیین شود که آیا نگرش و تاب‌آوری می‌تواند بر میزان کیفیت زندگی والدین موثر باشند یا خیر. بر طبق نتایج به دست آمده در این پژوهش، نگرش و تاب‌آوری والدین کودکان با نیازهای ویژه بر میزان کیفیت زندگی شان تأثیر می‌گذارند؛ بدین معنا که بهبود نگرش‌ها و افزایش تاب‌آوری والدین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بهتر والدین هستند، در حالی که نگرش‌های منفی و کاهش تاب‌آوری، کیفیت زندگی کمتر والدین را پیش‌بینی می‌کنند.

بر اساس مطالعات لئونگ و لی تسانگ (۵)، موگنو و همکاران (۶)، بنیاک (۷)، مالهورا، خان و بهاتیا (۸)، سینگ و همکاران (۹) و راج گوگویی، کومار و پریرا دیوری (۱۰)، کیفیت زندگی از جمله مهمترین موضوعات مرتبط با والدین کودکان با نیازهای ویژه است که نتایج حاکی از سطوح

با توجه به نتایج جدول ۴، اثر نگرش ( $\beta = -۰/۳۰۳$ ) بر کیفیت زندگی منفی و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین اثر تاب‌آوری ( $\beta = ۰/۴۷۸$ ) بر کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار به دست آمد. در واقع، نگرش و تاب‌آوری دو عامل موثر بر کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه هستند و افزایش نگرش منفی و کاهش تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده کاهش کیفیت زندگی والدین هستند؛ در مقابل کاهش نگرش منفی و افزایش تاب‌آوری، افزایش کیفیت زندگی والدین را پیش‌بینی می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین نگرش و تاب‌آوری با کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه شهرستان



است و والدین خودآگاهی و سلامت روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین در فرزندان، بهبود تعاملات مثبت با والدین و کاهش مشکلات رفتاری دیده می‌شود (۱۶). منطبق با مطالعات صورت گرفته، نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر همبستگی نگرش با کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه است؛ بدین معنا که نگرش والدین قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی آنها است. بنابراین باید اظهار داشت، شناخت‌ها و نگرش‌ها نقشی تعیین‌کننده در کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه دارند.

تاب‌آوری نیز توانایی دیگری است که در رابطه با کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه می‌تواند دخیل باشد. تاب‌آوری به‌عنوان توانایی مقابله در برابر سختی‌ها و خروج از مشکلات و قوی‌تر و کاردان‌تر شدن توصیف می‌شود. تحقیقات ثرتون و سانچز (۱۹)، کانر و داویدسون (۲۰) و اونگ، برگمن، بیسکوتی و والاس (۲۱) نشان‌دهنده نقش مهم تاب‌آوری در مقابله موثر با فشارهای روانی هستند. نتایج مطالعه حاضر همسو با پژوهش‌های صورت گرفته، بیانگر همبستگی منفی توانایی تاب‌آوری با کیفیت زندگی والدین با نیازهای ویژه است؛ بدین معنا که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده سطوح مختلف کیفیت زندگی والدین است.

به‌طور خلاصه می‌توان بیان کرد که نگرش‌ها همراه با تاب‌آوری عواملی موثر بر کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه هستند. در این مطالعه مشخص شد نگرش و تاب‌آوری والدین کودکان با نیازهای ویژه بر کیفیت زندگی آنها مؤثر است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، والدینی که شناخت‌ها و نگرش‌های معقولی داشته و از میزان تاب‌آوری بیشتری برخوردار هستند مقاومت بیشتری در مقابل مشکلات نشان می‌دهند و در نتیجه از کیفیت زندگی مناسب‌تری برخوردار هستند؛ به‌یانی دیگر، نگرش و باورهای مثبت والدین کودکان با نیازهای ویژه به همراه سطوح بالا تاب‌آوری، بر افزایش کیفیت زندگی والدین موثر واقع می‌شوند. در نتیجه

پایین‌تر کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه هستند. تحقیقات مختلف پایین بودن کیفیت زندگی را در والدین کودکان با نیازهای ویژه نشان می‌دهند. در همین رابطه، لئونگ و لی‌تسانگ کیفیت زندگی پایین‌تر را در والدین کودکان با ناتوانی نسبت به والدین کودکان سالم گزارش کردند (۵). موگنو و همکاران و بیلی نیز نتایج مشابهی را به دست آوردند (۶). همچنین مالهورا، خان و بهاتیا اختلال کیفیت زندگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و طیف اوتیسم را در هر چهار دامنه پایین به دست آوردند (۸). در مطالعه‌ای دیگر، بنیاک با بررسی والدین کودکان طیف اوتیسم، کیفیت زندگی ذهنی و ادراک سلامت عمومی پایین‌تر و نشانه‌های فیزیکی بیشتر را در آنها گزارش کرد (۷). راج‌گوگویی، کومار و پیرا دیوری نیز کیفیت زندگی پایین‌تر را در والدین کودکان با نیازهای ویژه نشان دادند (۱۰). البته الزاماً حضور کودک با نیازهای ویژه، تأثیرات منفی بر والدین را در پی ندارد چون بسیاری از خانواده‌ها و والدین که از کودکان ناتوان نگهداری می‌کنند، شرایط مناسبی دارند. تحقیقات هار، کالدول و فکتور و کیمورا و یامازاکی تاییدکننده این دیدگاه هستند که بسیاری از خانواده‌ها نشانه‌های سازش‌یافتگی را نشان می‌دهند (۱۱، ۱۲).

مطالعات نشان می‌دهند شناخت‌ها و نگرش‌ها می‌توانند نقشی اساسی در ارتباط بین ناتوانی کودکان با کیفیت زندگی والدینشان داشته باشند. اورد، بوگلس و پیجنبرگ با اجرای برنامه ذهن‌آگاهی بر روی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و والدینشان نتیجه گرفتند که با تأکید بر زمان حال و اینجا با روش غیرداورانه، مراقبت از آنها، قبول مشکلات فرزندان و پاسخ‌دادن به مشکلات رفتاری فرزندان به جای واکنش نشان دادن، نشانه‌های فزون‌کنشی و تکانشگری در والدین و کودکان و تیسیدگی والدگری به‌طور معناداری کاهش، و ذهن‌آگاهی به‌صورت معناداری افزایش یافته است. پیچارت و لیهر معتقدند که استفاده از روش آگاهانه‌تر والدگری با کاهش فشار روانی، اضطراب و افسردگی مرتبط

## 1. Nonjudgmental



انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با همین متغیرها و متغیرهای مرتبط دیگر با حجم بیشتر آزمودنی‌ها و بر روی گروه‌های با نیازهای ویژه به تفکیک انجام شود تا هم دقت نتایج و هم قدرت تعمیم‌دهی یافته‌ها، افزایش یابد.

**تشکر و قدردانی:** اجرای پژوهش حاضر به صورت مستقل و با مجوز رسمی اداره آموزش و پرورش با شماره ۲/۵۶۹۷/۹۳۷ انجام شده است. بدین وسیله از تمامی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش، اداره آموزش و پرورش استان گیلان و مدارس استثنایی شهرستان رشت که در اجرای این پژوهش همکاری لازم داشتند، قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع:** این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع نداشته است و نتایج به صورت شفاف بیان شده است.

با تغییر و بهبود شناخت‌ها و نگرش‌ها و همچنین افزایش سطوح تاب‌آوری والدین کودکان با نیازهای ویژه، می‌توان کیفیت زندگی آنها را افزایش داد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. یکی از این محدودیت‌ها، وقت‌گیر بودن پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها بود که از دقت آزمودنی‌ها می‌کاست که احتمالاً تا حدودی به کاهش روایی درونی پژوهش منجر شد. تأثیر متغیرهای مزاحم مثل بی‌اهمیت تلقی کردن پژوهش، تعجیل برای تکمیل هرچه سریع‌تر پرسشنامه‌ها، نبود وقت کافی، نداشتن سواد کافی، و ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به این که در زمینه تأثیر نگرش بر کیفیت زندگی والدین افراد با نیازهای ویژه و نقش میانجی تاب‌آوری، پژوهش‌چندانی صورت نگرفته است، لازم است که در این زمینه تحقیقات بیشتری

## References

1. Azar M, Badr LK. Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: Comparison between Lebanese mothers and fathers. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25(1): 46-56. [\[Link\]](#)
2. Singh A, Verma R. Unplanned journey of parenting a child with special needs. *Paripex Indian Journal of Research*. 2017; 6(3): 581-583. [\[Link\]](#)
3. Juhásová A. Comparison of quality of life of families with children with disability and families with children without disability. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015; 174: 3378–3384. [\[Link\]](#)
4. McConnell D, Savage A, Breitkreuz R. Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Res Dev Disabil*. 2014; 35(4): 833–848. [\[Link\]](#)
5. Yuen Shan Leung C, Wai Ping Li-Tsang C. Quality of life of parents who have children with disabilities. *hong kong journal of occupational therapy*. 2003; 13(1): 19–24. [\[Link\]](#)
6. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5: 22. [\[link\]](#)
7. Benjak T. Subjective quality of life for parents of children with autism spectrum disorders in Croatia. *Appl Res Qual Life*. 2011; 6(1): 91–102. [\[Link\]](#)
8. Malhotra Sh, Khan W, Bhatia MS. Quality of life parents having children with developmental disabilities. *Delhi Psychiatry Journal*. 2012; 15(1): 171-176. [\[Link\]](#)
9. Singh K, Kumar P, Kumar R, Chakarborti S. Quality of life among parents of children with intellectual disability. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*. 2016; 2(1): 13-17. [\[Link\]](#)
10. Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression and quality of life in mothers of children with intellectual disability. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 2016; 8(1): 71-5. [\[Link\]](#)
11. Taylor JL, Burke MM, Smith LE, Hartley SL. Chapter seven - families of adolescents and adults with intellectual and developmental disabilities. In: Hodapp RM, Fidler DJ, editors. *International review of research in developmental disabilities*. Academic Press; 2016, pp: 195–231. (Fifty Years of Research in Intellectual and Developmental Disabilities; vol. 50). [\[Link\]](#)
12. Kimura M, Yamazaki Y. Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. *Res Dev Disabil*. 2016; 59: 43–54. [\[Link\]](#)
13. Boström PK, Broberg M, Bodin L. Child's positive and negative impacts on parents—A person-oriented approach to understanding temperament in preschool children with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2011; 32(5): 1860–1871. [\[Link\]](#)
14. Cantwell J, Muldoon OT, Gallagher S. Social support and mastery influence the association between stress and poor physical health in parents caring for children with developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2014; 35(9): 2215–2223. [\[Link\]](#)
15. Shokoohi-Yekta M, Ghobary-Bonab B, Malayeri SA, Zamani N, Pourkarimi J. The relationship between anger and coping strategies of mothers of children with special needs. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015; 205: 140–144. [\[Link\]](#)
16. Petcharat M, Liehr P. Mindfulness training for parents of children with special needs: Guidance for nurses in mental health practice. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2017; 30(1): 35–46. [\[Link\]](#)
17. Siah PC, Tan SH. Relationships between sense of coherence, coping strategies and quality of life of parents of children with autism in Malaysia: A case study among Chinese parents. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2016; 27(1): 78–91. [\[Link\]](#)
18. Satici SA. Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Pers Individ Dif*. 2016; 102: 68–73. [\[Link\]](#)
19. Thornton B, Sanchez JE. Promoting resiliency among Native American students to prevent dropouts. *Education*. 2010; 131(2): 455-464. [\[Link\]](#)
20. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. [\[Link\]](#)
21. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*. 2006; 91(4): 730–749. [\[Link\]](#)

22. Asghari Nekah SM, Balghan abadi M. Validation and revision of the parental attitudes scale towards children with special needs. *Psychology of exceptional individuals*. 2013; 3(11): 147–163. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13(9):721-729. [Persian]. [\[link\]](#)
24. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015; 14(10): 857-865. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Hagh Ranjbar F, Kakavand AR, Borjali A, Bermas, H. Resiliency and life quality in mothers of children with mental retardation. *Journal of Health Psychology*. 2011; 1(1): 179-189. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph*. 2006; 4(4): 1–12. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. Yousefi F, Safari H. The effect of emotional intelligence on quality of life and its dimensions. *Journal of Psychological Studies*. 2009; 5(4): 107–128. [Persian]. [\[Link\]](#)

## The Role of Attitude and Resiliency in Predicting the Quality of Life of Parents of Children with Special Needs

Reza Shabahang<sup>\*1</sup>, Mahnaz Khosrojavid<sup>2</sup>, Alireza Ahmadi<sup>3</sup>

1. M.A. Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran
3. B.A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: October 12, 2017

Accepted: July 8, 2018

### Abstract

**Background and Purpose:** The quality of life of parents of children with special needs and the factors affecting it is an important issue that needs to be studied and explained carefully. Numerous variables and factors have been investigated in different studies to explain the quality of life of these parents. However, the present study was conducted to investigate the relationship between attitude and resiliency with the quality of life of parents of children with special needs.

**Method:** The present study was a descriptive correlational study. The population consisted of the parents of all children with special needs in Rasht city in 2015-2016. Among them, 110 parents (55 mothers & 55 fathers) were selected by convenience sampling. For collecting data, *attitudes of parents towards their mentally retarded children* (Govender, 2002), *the Conner-Davidson resilience scale* (Connor & Davidson, 2003) and *WHOQOL-BREF* (1996) were used. Finally, the data were analyzed by Pearson correlation and stepwise multiple regression.

**Results:** Results of the study indicated that attitude and resiliency of parents of children with special needs have a significant correlation with their quality of life; and that attitude ( $\beta = - 0.30$ ) and resiliency ( $\beta=0/47$ ) can significantly predict the quality of life of parents of children with special needs ( $p<.001$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study, attitude and resiliency are among the factors affecting the quality of life of parents of children with special needs. Implications of the results have been discussed in the article.

**Keywords:** Quality of life, attitude, resiliency, parents of children with special needs

---

**Citation:** Shabahang R, Khosrojavid M, Ahmadi A. The role of attitude and resiliency in predicting the quality of life of parents of children with special needs. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(3): 11-21.

---

**\*Corresponding author:** Reza Shabahang, M.A. Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.  
Email: Reza.shabahang@ut.ac.ir Tel: (+98) 09022225857