



## اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی

**ساجده مرادی:** دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، پردیس علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران؛ گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

**سیامک سامانی:** دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (\* نویسنده مسئول) [siamaksamani@iau.ac.ir](mailto:siamaksamani@iau.ac.ir)

**محمد مظفری:** استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

**بنفشه امیدوار:** استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، امید، کودکان کم‌توان ذهنی

**زمینه و هدف:** وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، والدین را با تنش و فشار روانی فراوانی روبرو می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش در بخش کیفی از لحاظ هدف بنیادی و کاربردی، از نوع تحقیقات ترکیبی-اکتشافی بود. جامعه مورد مطالعه در بخش کیفی پژوهش شامل کتب و مقالات تخصصی فارسی و انگلیسی در حوزه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در ۲۰ سال اخیر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در نهایت مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۱۰ جلسه تدوین شد و رویایی صورتی و محتوایی آن توسط متخصصان تأیید شد. روش مطالعه در بخش کمی و بر اساس روش گردآوری داده‌ها، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و توان‌بخشی کودکان کم‌توان ذهنی شهر شیراز در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ بود. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) گمارده شدند. مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای هر مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس خود شفقتهی، پرسشنامه امید به زندگی و پرسشنامه پذیرش و عمل بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ و مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش، سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی شده و تأثیر این مداخله درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند برای بهبود سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کارآمد باشد؛ و توصیه می‌گردد که درمانگران و مشاوران در راستای بهبود سطح امید این مادران از این درمان در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Moradi S, Samani S, Mozafari M, Omidvar B. The Effectiveness of a Treatment Package based on Commitment and Acceptance on the Hope Level of Mothers with Mentally Retarded Children. Razi J Med Sci. 2024(23 Jun);31.54.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

## The Effectiveness of a Treatment Package based on Commitment and Acceptance on the Hope Level of Mothers with Mentally Retarded Children

**Sajedeh Moradi:** PhD Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Fars Science and Research Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran; Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

**Siamak Samani:** Associate Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran (\*Corresponding Author) [siamaksamani@iau.ac.ir](mailto:siamaksamani@iau.ac.ir)

**Mohammad Mozafari:** Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

**Banafsheh Omidvar:** Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** The existence of a mentally retarded child in a family is considered a kind of crisis. Their parents suffer a lot of stress and psychological pressure when they find out about their child's disability. Therefore, families of disabled children may experience psychological stress, social isolation and mental health problems in various ways. There are several evidences that show that parents of mentally retarded children face social, economic and emotional problems that are often limiting, destructive and pervasive in nature. Taking care of a disabled child with special needs is heavy and stressful for all family members, and the most pressure is on the mother of the family, who spends most of the time caring for the child and interacting with her. One of the most important reasons why mothers are more vulnerable than other family members is that mothers spend more time with children and their presence in the home and family environment is much more than that of fathers. Also, the mother's effort to teach new skills and curb their child's inappropriate behavior usually does not achieve the desired result, so accepting and adapting to this reality requires more effort for mothers compared to normal children. The presence of a child with mental disability in any family can be considered an undesirable and challenging event; Since parents expect a healthy child with normal characteristics before the birth of their child, the birth of a mentally retarded child causes parents to feel guilt and blame, failure and deprivation caused by the child's abnormality. The birth of a mentally retarded child causes more pressure within the family system and endangers the cohesion and compatibility within the family system, and as a result, increases the possibility of family dysfunction. The birth of a mentally disabled child affects the mental health of family members and can often lead to negative consequences, including an increase in physical illnesses such as chronic pain and mental disorders such as depression and anxiety. This may cause adverse consequences for all family members and threaten the compromise, physical and mental health of parents, especially mothers. The person who is most under the pressure of the existence of a mentally retarded child and suffers the most damage is the mother of the family; For this reason, compared to mothers of normal children, mothers of mentally retarded children feel more shame, embarrassment and anxiety and experience a lower level of general health and psychological well-being, marital satisfaction, self-esteem and self-control. On the other hand, worrying about parenting methods or lack of knowledge in this field affects the coping skills and mental health of mothers and increases their psychological problems. This problem can lead to the bad functioning of the family system and generally inappropriate parenting. The child's behavioral problem is more stressful for the family and especially the mother than the child's disability itself. The possible reason for this is that mothers are more involved with the child's problems and are under more pressure. The mothers of these children do not treat them properly because of their children's behavioral problems, and this problem also aggravates their disorder. On the other hand, parents lose their health over time in different dimensions and cannot interact constructively with their child. The different reactions of the mother are due to the various failures resulting from the special behaviors of the disabled child. This feeling of failure results in a kind of dual attitude towards the child, which may vary from high acceptance to complete rejection. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of a treatment package based on commitment and acceptance on the level of hope of mothers with mentally retarded children.

**Methods:** In the qualitative part of this research, in terms of fundamental and practical purpose, it was a mixed-exploratory type of research. The population studied in the qualitative part of the

### Keywords

Treatment Based on Commitment and Acceptance, Hope, Mentally Retarded Children

Received: 16/01/2024

Published: 23/06/2024

research included Persian and English specialized books and articles in the field of treatment based on commitment and acceptance of mothers with mentally retarded children in the last 20 years, which were selected by purposeful sampling. Finally, the treatment intervention based on commitment and acceptance was formulated in 10 sessions and its formal and content validity was confirmed by experts. The study method was in the quantitative part and based on the data collection method, it was a semi-experimental pre-test-post-test-follow-up type with a control group. The statistical population included all mothers with mentally retarded children between the ages of 20 and 50 who referred to the education and rehabilitation centers for mentally retarded children in Shiraz in the second half of 2022. Among them, 30 people were selected based on the entry criteria and using targeted sampling and randomly assigned to two groups of 15 people (experimental group and control group). The treatment intervention based on commitment and acceptance was implemented for all mothers with mentally retarded children in 10 sessions of 90 minutes, and the control group was placed on the waiting list. Research tools included self-compassion scale, life expectancy questionnaire and acceptance and action questionnaire. The data were analyzed using repeated measures analysis of covariance in SPSS version 23.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between the experimental group and the control group in the post-test and follow-up stages; And the treatment intervention based on commitment and acceptance has increased the hope level of mothers with mentally retarded children, and the effect of this treatment intervention has been stable in the follow-up phase ( $P < 0.5$ ).

**Conclusion:** With these explanations, it is necessary to understand the concept of hope for the future from a practical point of view for mothers with intellectually disabled children. Life expectancy can be an effective tool for the mother to fight and overcome mild mood disorders, anxiety, lack of enthusiasm, and lack of desire, and states caused by feelings of helplessness, belongingness, and indecision. The more these mothers have a vision for the future, the more they hope to overcome problems such as anxiety and stress. Therefore, it can be said that the vision of the future can play an important role in their flexibility and adaptability by influencing the level of hope of mothers against negative effects in stressful situations. Molded cognitions in fear of the future or imagining the past cause mothers to become inflexible and avoid accepting their mental processes; Therefore, considering the role of psychological flexibility in the hope levels of these mothers, the underlying reasons for changing their flexibility are very important. It seems that the decrease in the hope level scores in the mothers of mentally retarded children, which occurs due to despair and lack of goal setting in the future, by placing the deceased mother and not being present in the present, causes a decrease in the acceptance of current events and as a result, a decrease in psychological flexibility in her. Therefore, therapy based on commitment and acceptance can help improve the hope levels of these mothers. This approach is one of the most recent theories to explain flexibility, which has also led to new-generation treatments. Conscious attention to the present and the process of acceptance, in addition to the processes of committed action and behavior change, fosters psychological flexibility. In this approach, psychological flexibility is affected by accepting committed action. Accepting and acting towards specific goals and values requires a stronger motivation that keeps the mother hopeful in life. Lack of motivation caused by aimlessness in life can be the most underlying factor of all cognitive processes, including mental acceptance and flexibility. In fact, the mother's efforts to achieve goals and points in the future can affect her progress. Based on the results of the present study, treatment intervention based on commitment and acceptance can be effective for improving the hope level of mothers with intellectually disabled children; and it is recommended that therapists and counselors use this treatment along with other therapeutic interventions in order to improve the hope level of these mothers.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Moradi S, Samani S, Mozafari M, Omidvar B. The Effectiveness of a Treatment Package based on Commitment and Acceptance on the Hope Level of Mothers with Mentally Retarded Children. *Razi J Med Sci.* 2024(23 Jun);31:54.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

## مقدمه

در عصر حاضر مشکلات ناشی از معلولیت‌ها و کم‌توانی‌های ذهنی از حادترین مسائل بشر است و بیش از ۲ درصد از جمعیت هر جامعه‌ای را کودکان کم‌توان ذهنی آن جامعه تشکیل می‌دهند (۱). در سطح جهان، تعداد افراد مبتلابه ناتوانی‌های فکری از دهه ۱۹۹۰ به ۲۰۱۷ افزایش یافته است (۲). یک مطالعه جدید که در ایالات متحده انجام شده است نشان داد که نسبت کودکان مبتلابه کم‌توانی در رشد از ۱۶/۲٪ در سال ۲۰۱۱ به ۱۷/۸٪ در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته‌اند (۳). کم‌توانی ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشدی شروع می‌شود و شامل نقص‌هایی هم در عملکرد ذهنی و هم در عملکرد سازگارانه در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی است. بر اساس DSM-5 کم‌توانی ذهنی دربرگیرنده آسیب‌هایی در زمینه توانمندی‌های هوش کلی و عملکرد سازشی در سه حوزه شناختی، اجتماعی - کارکردی و عملی است؛ و نوعی ناتوانی است که با محدودیت‌های چشمگیر در دو حوزه کارکرد هوش و رفتار سازش همراه است. این اختلال قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌گردد (۴).

وجود کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید. والدین آن‌ها از هنگامی که متوجه معلولیت و نقص در فرزندشان می‌شوند، تنش و فشار روانی فراوانی متحمل می‌شوند؛ بنابراین، خانواده کودکان معلول ممکن است به اشکال گوناگون، فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی را تجربه کنند (۵). مراقبت از یک کودک معلول و با نیاز ویژه، برای تمام اعضای خانواده سنگین و فشارزا است و در این میان بیشترین فشار متوجه مادر خانواده است که بیشترین زمان مراقبت از فرزند و تعامل با وی را بر عهده دارد (۶). یکی از مهم‌ترین دلایل آسیب‌پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آن‌ها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران است (۷). همچنین، تلاش مادر برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب کودک‌شان معمولاً به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، لذا پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای مادران تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد (۸).

حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویداد نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود؛ از آنجایی که والدین قبل از تولد فرزندشان، انتظار یک کودک سالم با ویژگی‌های طبیعی را دارند، تولد یک کودک کم‌توان ذهنی، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در والدین فراهم می‌کند (۹). تولد یک کودک کم‌توان ذهنی، بهداشت روانی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و غالباً می‌تواند پیامدهای منفی از جمله افزایش بیماری‌های جسمانی مثل دردهای مزمن و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را به دنبال داشته باشد. همین، ممکن است زمینه‌ساز پیامدهای نامطلوب برای تمام اعضای خانواده باشد و سازش‌یافتگی، سلامت جسمانی و روانی والدین، بخصوص مادران را تهدید نماید (۱۰). فردی که بیشتر از همه تحت فشار وجود کودک کم‌توان ذهنی است و بیشتر آسیب می‌بیند، مادر خانواده است؛ برای همین مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، احساس شرم، خجالت و اضطراب بیشتری دارند و سطح پایین‌تری از سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی، رضایت زناشویی، عزت‌نفس و خودکنترلی را تجربه می‌کنند (۱۱). از طرفی، نگرانی در مورد شیوه‌های فرزند پروری و یا عدم آگاهی در این زمینه بر مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی مادران تأثیرگذار است و باعث افزایش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌شود. این مسئله می‌تواند به عملکرد بد نظام خانواده و به‌طورکلی فرزند پروری نامناسب منجر گردد (۱۲). مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانی کودک برای خانواده و به‌خصوص مادر استرس‌زا است. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (۱۳). مادران این کودکان به دلیل مشکلات رفتاری کودکانشان رفتار مناسبی با آن‌ها ندارند و این مسئله نیز اختلال آن‌ها را تشدید می‌کند. از سوی دیگر والدین به‌مرورزمان سلامتی خود را در ابعاد مختلف از دست‌داده و نمی‌توانند با کودک خود تعامل سازنده‌ای داشته باشند (۱۴). واکنش‌های مختلف مادر، به‌علاوه ناکامی‌های گوناگون حاصل از رفتارهای خاص کودک کم‌توان است. از این احساس ناکامی نوعی نگرش دوگانه

آنچه گفته شد، سؤال اصلی پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شود که؛ آیا بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد؟

## روش کار

با توجه به ماهیت موضوع این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است. طرح پژوهش حاضر، طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری در این بخش مشتمل بر تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و توان‌بخشی کودکان کم‌توان ذهنی شهر شیراز در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ بود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول اندازه نمونه برای مقایسه دو میانگین استفاده گردید. بدین ترتیب، از جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) گمارده شدند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز و \_\_\_\_\_ کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.195 انجام گرفته است.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه امید به زندگی در سطح عملیاتی با هدف معرفی زمینه‌های تجربی بخش نظری تحقیق توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

**پرسشنامه امید به زندگی:** این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال بوده و برای ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد ساخته شد. پرسشنامه دارای ۲ مؤلفه تفکر عاملی (۲، ۹، ۱۰، ۱۲)، مؤلفه تفکر راهبردی (سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸) است و ۴ سؤال دروغ‌سنج (سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱) در نظر گرفته شده‌اند که در نمره‌گذاری به حساب نمی‌آیند. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده و در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای با نمره‌گذاری = ۱ کاملاً غلط تا ۵ = کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ بوده و هرچه قدر نمره آزمودنی

نسبت به کودک حاصل می‌شود که ممکن است از پذیرش زیاد تا طرد کامل متغیر باشد (۱۵). بدون شک تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند به‌عنوان رویدادی نامطلوب و چالش‌زا موجب کاهش سازگاری، ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود (۱۶).

در سال‌های اخیر روان‌شناسان به سازه امید به‌عنوان یک نقطه قوت روان‌شناختی نگریسته و معتقدند این سازه می‌تواند به پرورش و ایجاد سلامت روانی کمک زیادی کند. امید رفتار شناختی ناآگاهانه‌ای است که به فرد انرژی می‌دهد و منجر به عمل برای دستیابی به هدف شده و بحران‌ها را به فرصت برای رشد تبدیل می‌کند و ارتباط تنگاتنگ با اطمینان، آرزو و ایمان دارد (۴).

امید نیرویی هیجانی است که به انسان‌ها انرژی می‌دهد و مجهزشان می‌کند و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌نماید. امید به انسان انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خالصی از ضرباتی که زندگی بر آن‌ها تحمیل می‌کند را می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (۹). از نظر بالینی، امید عاملی است که دارای ارزش درمانی در حیطه مقابله با دردهای مزمن و یا رویدادهای تهدیدکننده زندگی است (۱۲). مطابق با پژوهش‌های انجام‌شده، سطوح بالای امید به زندگی رابطه مستقیمی با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده دارد (۱۱). مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی، امیدواری کمتری را نسبت به سایر مادران دارای کودکان عادی تجربه می‌کنند (۷). برای افزایش سطح امید از درمان‌های گوناگونی استفاده شده است از جمله: طرحواره درمانی، معنادرمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک؛ و یکی از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد بر سطح امید مادران مؤثر باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند. در این درمان تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۶). با توجه به

بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای ویژگی امید است. اشنایدر و همکاران روایی عاملی پرسشنامه را تأیید نموده و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۸۰ درصد گزارش کردند. در ایران برای تعیین روایی سازه این مقیاس از روش آماری تحلیل عوامل استفاده نموده و دو عامل تفکر عامل و مسیرها را گزارش کردند. بررسی اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و باز آزمایی انجام شد که برای کل مقیاس مقدار ضریب

آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب ۸۶/۰ و ۸۱/۰ گزارش شد. با توجه به هدف پژوهش جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس نشانه‌های ماهیت اختلال کم‌توانی ذهنی و با هدف آگاهی مادران از احساسات و هیجانات مثبت و منفی خود به کودک، شناخت تعارضات موجود در روابط مادر با کودک، پذیرش هیجانات مثبت و منفی یکدیگر و ارزیابی جنبه‌های

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه  | شرح جلسات                         | استراتژی  | مداخلات   |
|-------|-----------------------------------|---|---|
| اول   | ارزیابی تمرین متفکرانه            | آگاهی   | ۱- معرفی و جستجوی ۱۰ طرحواره فعال در روابط بین فردی و رفتارهای مقابله‌ای در صورت فعال شدن این طرحواره ها<br>۲- تمرین تمرکز و آگاهی  |
| دوم   | ارزیابی هزینه‌های تالش های بی‌اثر | معرفی ناامیدی خالق  | ۱- معرفی شش حوزه روابط بین فردیکار، دوستان، خانواده، روابط دوستانه، والدین و جامعه<br>۲- ارائه کاربرگ محرک‌ها، افکار، احساسات و رفتارهای مقابله‌ای<br>۳- مشخص کردن الگوی متفاوت در حوزه های مختلف توسط مراجع<br>۴- کشف ناامیدی خالق   |
| سوم   | پذیرش                             | ترویج ناامیدی خالق و پذیرش                                      | ۱- بررسی رفتارهای مقابله‌ای و جستجوی ارزش این رفتارها از طریق کاربرگ نتایج رفتارهای مقابله‌ای<br>۲- توصیف ناامیدی خالق از طریق تشبیه حفر چاه<br>۳- کمک به پایان کشمکش‌ها بر اساس تشبیه آسمان و ابر<br>۱- تمرین ذهن آگاهی  |
| چهارم | انتخاب ارزش‌ها                    | کمک به مراجع برای روشن سازی و شناسایی ارزش زندگی                | ۲- آموزش روانی پیرامون ارزش‌ها با استفاده از مثال بازیگر فیلم زندگی خود<br>۳- ارائه کاربرگ اهداف ارزشمند<br>۴- استفاده از استعاره مراسم دفن و نوشته روی سنگ قبر برای شناخت بهتر ارزشها  |
| پنجم  | گسلش                              | استراتژی جداسازی افکار و تجربیات از خود                         | ۱- آموزش روانی پیرامون گسلش با استفاده از تشبیهات هیوالی ری اتوبوس و نماینده فروش و کاربرگ مهارت‌های گسلش<br>۳- تمرین روش‌های گسلش‌تصویرسازی، قراردادن افکار بر روی ابر<br>۱- ارزیابی درمان از طریق ارائه پرسشنامه<br>۲- تمرین خودارزیابی   |
| ششم   | خود ارزیابی                       | خود ارزیابی   | ۳- کسش ارزیابی‌های قدیمی در خود با استفاده از تموین تجسم کردن<br>۱- نقد و بررسی مراجع از جلسات قبل و میزان پیشرفت خود<br>۲- بررسی خشم‌ها و هزینه‌های ناشی از خشم<br>۳- ارائه راهکارهایی برای پذیرش و مدیریت خشم با توجه به ارزش‌های مراجع   |
| هفتم  | خود به عنوان زمینه                | مقابله با خشم با توجه به ارزش‌ها                                | ۱- آموزش روانی پیرامون عواطف و عملی بودن کنترل بر همه چیز<br>۲- بررسی هزینه خودداری از عواطف دردناک<br>۳- ترک راه کارهای کنترل قدیمی با استفاده از رهاسازی طناب<br>۴- تجسم فکری برای توسعه خودبینی مشاهده گر و گسلش<br>۱- آموزش ارتباط مؤثر<br>۲- مهارت در گسلش از طریق تمرین ایفای نقش |
| هشتم  | توسعه خود به عنوان زمینه          | توسعه دیدگاه ناظر   | ۱- ایجاد تجسم فکری به‌منظور آگاهی و دلسوزی نسبت به درد مرتبط با طرحواره<br>۱- ایجاد تفکر آگاهانه برای ترویج خوشفقتی و دلسوزی نسبت به دیگران<br>۲- راه کارهایی برای انجام اهداف ارزشها علی رغم وجود موانع<br>۳- تعهد به هدفی جدید  |
| نهم   | ایجادالگوی انعطاف‌پذیر در رفتار   | گسلش  |   |
| دهم   | کار در پایان                      | بازبینی ارزشها و اقدام متعهد و آمادگی برای اقدام متعهد در آینده |   |

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل‌شده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. یکی از پیش‌شرط‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر، اطمینان پیدا کردن از نرمال بودن داده‌ها است که با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آماری نشان داد سطح معناداری نمرات مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر امید در آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بزرگ‌تر از ۵/۰۰ بوده است لذا توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است و پیشفرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. هدف از بررسی پیشفرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده‌شده است. نتایج آزمون لوین برای متغیر امید حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌ها، شرط کرویت داده‌ها است که در ادامه آن را با آزمون موچلی مورد

مثبت و منفی آن، ارتقای امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی طراحی گردید. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول شماره ۱ ارائه گردید.

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش در دو قسمت آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت پذیرفت. در قسمت آمار توصیفی از فراوانی، نمودارها، جداول، شاخص مرکزی میانگین (و شاخص پراکندگی) انحراف استاندارد) استفاده شد و در قسمت آمار استنباطی داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS23 تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در جدول ۲ به ارائه میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل، به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرداخته می‌شود. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر امید به تفکیک گروه در مراحل مختلف

| متغیرها      | گروه   | تعداد | مراحل     | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------|--------|-------|-----------|---------|------------------|
| تفکر عاملی   | آزمایش | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۸/۸۰    | ۱/۴۷             |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۱۲/۲۶   | ۱/۴۳             |
|              |        |       | پیگیری    | ۱۲/۶    | ۱/۴۸             |
| تفکر راهبردی | آزمایش | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۸/۴۶    | ۱/۷۶             |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۸/۰     | ۱/۹۲             |
|              |        |       | پیگیری    | ۷/۶۶    | ۱/۶۳             |
| امید کل      | آزمایش | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۸/۵۳    | ۲/۶              |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۱۲/۲۶   | ۲/۳۴             |
|              |        |       | پیگیری    | ۱۲/۶    | ۲/۵              |
|              | کنترل  | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۸/۲۶    | ۱/۸۳             |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۷/۷۳    | ۱/۶۳             |
|              |        |       | پیگیری    | ۷/۴۰    | ۱/۶۳             |
|              | آزمایش | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۱۷/۳۳   | ۲/۶۶             |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۲۴/۵۳   | ۲/۸۲             |
|              |        |       | پیگیری    | ۲۴/۱۳   | ۲/۴۱             |
|              | کنترل  | ۱۵    | پیش‌آزمون | ۱۶/۷۳   | ۳/۴۳             |
|              |        |       | پس‌آزمون  | ۱۵/۶۶   | ۳/۳۵             |
|              |        |       | پیگیری    | ۱۵/۶    | ۳/۸              |

پذیرش در مقابل عدم ارائه آموزش (در گروه های پژوهشی، از نظر نمرات امید تفاوت معناداری را نشان می دهند. به عبارت دیگر آموزش مداخله تعهد و پذیرش بر افزایش نمرات متغیر پژوهش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، معنادار بود.

### بحث

بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سطح امید مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مؤثر است. همان گونه که ملاحظه گردید، فرضیه سوم پژوهش تأیید شد. یافته های پژوهش حاکی از آن بود که بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود سطح امید مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش های آرائوخی (Araújo) و همکاران (۲۰۲۲) (۸) و هویلی (Hoyle)

بررسی قرار دادیم و نتایج آزمون کرویت موجلی حاکی از رعایت این مفروضه بود و ساختار ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شد. در ادامه، از آزمون های چهارگانه تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل استفاده گردید. نتایج در جدول ذیل آمده است. با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۳ نتایج نشان داد که نمره متغیر امید در ۳ زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم دارد. همچنین بین نمره عامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و گروه ها در متغیر امید تفاوت معناداری مشاهده شد. در مرحله بعد، تفاوت متغیر امید در گروه مداخله و کنترل بررسی شد. نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می دهد که اثرات اصلی عضویت گروهی آموزش مداخله تعهد و

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیر امید گروه آزمایش و کنترل (المبدا و یلکز)

| متغیر        | عامل      | ارزش | F      | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|--------------|-----------|------|--------|------------------|----------------|--------------|
| تفکر عاملی   | زمان      | ۹۵/۰ | ۴۴/۱۲۸ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |
|              | زمان*گروه | ۵۱/۰ | ۱۴/۲۵۳ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |
| تفکر راهبردی | زمان      | ۷۱/۰ | ۳۴/۱۷۷ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |
|              | زمان*گروه | ۳۵/۰ | ۹۲/۳۷۰ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |
| امید کل      | زمان      | ۳۷/۰ | ۲۴/۳۴۹ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |
|              | زمان*گروه | ۱۷/۰ | ۷۱/۷۷۱ | ۲                | ۲۷             | ۰/۰۰۱        |

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروهها در متغیر امید

| متغیر        | منابع تغییر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | آماره F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| تفکر عاملی   | زمان        | ۸۱/۲۲         | ۱          | ۸۱/۲۲           | ۹۰/۱۳۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۳       |
|              | زمان*گروه   | ۱/۶۲          | ۱          | ۱/۶۲            | ۱۰/۳۷۲  | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۳       |
|              | خطا         | ۶۶/۴          | ۲۸         | ۰/۱۶۷           |         |              |            |
| گروه         | گروه        | ۵۰/۲۰۲        | ۱          | ۵۰/۲۰۲          | ۳۵/۲۶   | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۸       |
| تفکر راهبردی | زمان        | ۶۶/۲۶         | ۱          | ۶۶/۲۶           | ۰/۲۰۰   | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۷       |
|              | زمان*گروه   | ۶۰/۷۲         | ۱          | ۶۰/۷۲           | ۵۰/۵۴۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۵       |
|              | خطا         | ۷۳/۳          | ۲۸         | ۰/۱۳۳           |         |              |            |
| گروه         | گروه        | ۴/۲۲۴         | ۱          | ۴/۲۲۴           | ۲۵/۲۰   | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۲       |
| امید کل      | زمان        | ۸۱/۹۸         | ۱          | ۸۱/۹۸           | ۹۴/۴۰۲  | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۳       |
|              | زمان*گروه   | ۸۱/۲۶۸        | ۱          | ۸۱/۲۶۸          | ۱۴/۱۰۹۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۷       |
|              | خطا         | ۸۶/۶          | ۲۸         | ۰/۲۴۵           |         |              |            |
| گروه         | گروه        | ۷۱/۸۵۸        | ۱          | ۷۱/۸۵۸          | ۸۸/۳۲   | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۵۴       |



و همکاران (۲۰۲۱) (۱۵) با یافته‌های این پژوهش مطابقت دارد. پژوهشگران بر این باور بودند که طراحی برنامه‌های پیشگیری کمک‌شایانی به آمادگی ذهنی بازیکنان و عملکرد موفقیت‌آمیز آنان می‌کند و از یافته‌های این پژوهش حمایت می‌کند (۱۶). در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که اگرچه فرآیند تولد نوزاد با رنج‌های فراوانی همراه است لیکن برای والدین لذت‌بخش است. باوجود بسیاری از مشکلات که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می‌شوند امید به سالم و طبیعی بودن کودک معمولاً موجب احساس اعتماد در آن‌ها و در نتیجه پذیرش کودک می‌گردد. به‌محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند، تمام آرزوها و امیدهای آن‌ها مبدل به یاس شده و مشکلات، شروع می‌شود. در واقع، تولد کودک کم‌توان ذهنی نمایانگر فروپاشی تصویری است که والدین در سر می‌پروراندند (۱۴).

تولد یک کودک کم‌توان ذهنی در مادرانی که به مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک کودک سالم و با ویژگی‌های طبیعی را داشته‌اند موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در مادر فراهم می‌کند؛ که بالطبع غم، اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت. یکی از مهم‌ترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روان‌شناختی از دست دادن امید به زندگی است. امید به‌عنوان درک شناختی مادر از رابطه بین گذشته، حال و آینده و توانایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دادن فعالیت‌ها، فراتر از زمان حال وی توصیف می‌شود (۵). امید به آینده عامل مهمی در اثربخشی اقدامات روانی و سازگاری با ناخوشی‌هاست. مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی با سطح امید بالا، نسبت به مادران همتای خود که امیدی ندارند، در سازگاری‌های روان‌شناختی بهتر عمل می‌کنند. آنان خوشحال‌ترند، خشنودترند، کمتر افسرده هستند، اعتمادبه‌نفس بیشتری دارند و دارای توانایی، الهام یا انگیزش هستند. این مادران هدف‌ها و مشکلات زندگی را با کوشش دنبال می‌کنند. همچنین شبکه‌های خانوادگی و دوستی دارند که در هنگام

احتیاج برای حمایت به آنان رجوع کنند و سرانجام، زندگی معنی‌دارتری را برای خود قائل هستند (۶). با این توضیحات، درک مفهوم امید به آینده از نظر کاربردی برای مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی ضروری است. امید به زندگی می‌تواند وسیله مؤثری برای مبارزه و فائق آمدن مادر بر اختلالات خلقی مالیم، اضطراب، بی‌اشتیاقی و کم‌رغبتی و حالت‌های ناشی از احساس ناتوانی و بی‌تعلقی و بلا تکلیفی باشد. هر چه چشم‌انداز به آینده در این مادران بیشتر باشد، امیدواری آنان برای غلبه بر مشکلاتی مانند اضطراب و استرس نیز بیشتر خواهد بود. لذا می‌توان گفت که چشم‌انداز به آینده با تأثیر بر میزان امید مادران در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا، می‌تواند نقش مهمی در انعطاف‌پذیری و سازگاری آنان داشته باشد (۹). شناخت‌های قالبی در ترس از آینده یا تصویرسازی گذشته باعث می‌شود که مادران نا‌منعطف شده و از پذیرش فرایندهای ذهنی خود اجتناب نمایند؛ بنابراین، با توجه به نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سطوح امید این مادران، دلایل زیربنایی برای تغییر انعطاف‌پذیری آنان بسیار مهم است. به نظر می‌رسد کاهش نمره‌های سطح امید در مادران کودکان کم‌توان ذهنی که به دلیل نومییدی و عدم هدف‌گذاری در آینده رخ می‌دهد، با قراردادن مادر در گذشته و عدم حضور در زمان حال، باعث کاهش پذیرش رخدادهای جاری و در نتیجه کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در وی می‌شود (۳). لذا، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به بهبود سطوح امید این مادران کمک نماید.

این رویکرد یکی از جدیدترین نظریه‌ها برای تبیین انعطاف‌پذیری است که به درمان‌های نسل جدید نیز منجر شده است. توجه آگاهانه به حال و فرایند پذیرش، علاوه بر فرایندهای عمل متعهدانه و تغییر رفتار، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پرورش می‌دهد. در این رویکرد انعطاف‌پذیری روانی متأثر از پذیرش اقدام متعهدانه است. پذیرش و عمل معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص نیازمند انگیزه

می‌گردد که درمانگران و مشاوران در راستای بهبود سطح امید این مادران از این درمان در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

### ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز و ب- - - - - ل کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.195 انجام گرفته است.

### مشارکت نویسندگان

سیامک سامانی نگارش مقاله و محمد مظفری ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و بنفشه امیدوار داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد، ساجده مرادی داده‌ها را تفسیر کرد.

### References

1. Abdat R, Opoku MP, Safi M, Al Harballeh S, Garcés-Bacsal RM. Virtual Training on Stress Management for the Mothers of Children with Disabilities in the United Arab Emirates. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1450.
2. Brekke I, Alecu A. The health of mothers caring for a child with a disability: a longitudinal study. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):639.
3. Kuzara J, Woodriff Sprinkel A, Mekuria FT, Rubardt M, Maguiraga F, Sissoko K, Hastings P. Addressing social and gender norms to improve uptake of maternal health services in Mali: a descriptive study of CARE's Project Hope for Mothers and Newborns (PEMN). *Cult Health Sex*. 2018;20(11):1273-1286.
4. Tavakolizadeh J, Amiri M, Nejad FR. Sexual self-esteem in mothers of normal and mentally-retarded children. *J Pak Med Assoc*. 2017;67(6):929-932.
5. Lee HS, Lee H, Ryu S, Eom S, Min SC. In-package cold plasma treatment for microbial inactivation in plastic-pouch packaged steamed rice cakes. *Int J Food Microbiol*. 2023;389:110108.
6. Yadav B, Spinelli AC, Misra NN, Tsui YY, McMullen LM, Roopesh MS. Effect of in-package atmospheric cold plasma discharge on microbial safety and quality of ready-to-eat ham in modified atmospheric packaging during storage. *J Food Sci*. 2020;85(4):1203-1212.

قوی‌تری است که مادر را در زندگی امیدوار نگه می‌دارد. عدم انگیزه ناشی از بی‌هدفی در زندگی می‌تواند به‌عنوان زیربنایی‌ترین عامل تمامی فرایندهای شناختی از جمله پذیرش ذهنی و انعطاف‌پذیری باشد. در واقع، تالش‌های مادر برای رسیدن به اهداف و امتیازهایی در آینده می‌تواند بر پیشرفتش تأثیرگذار باشد (۱۲). انعطاف‌پذیری روانی از طریق ارتباطات بین این فرایندها آغاز شده است. آن‌ها تکنیک‌های کاهش علائم روان‌شناختی نیستند، بلکه مهارت‌های روان‌شناختی سالم هستند. آن‌ها خواص کاربردی را به اشتراک می‌گذارند و به دودسته تقسیم می‌شوند: فرایند پذیرش و توجه آگاهانه به حال. بر اساس این رویکرد نظری، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌تواند به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیانجامد (۸). بنابراین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیازمند پذیرش و عمل در تعامل با استرس‌هاست که پیامد آن انعطاف‌روان‌شناختی و در نتیجه سازگاری بیشتر است. با توجه به این توضیحات در پژوهش حاضر، انعطاف‌پذیری شناختی امکانات لازم را به‌منظور مقابله با موقعیت استرس در اختیار مادر قرار داد. این حالت سبب شد که تمام توانایی‌های بالقوه وی برای مقابله مثبت و حل مسئله فراخوانده شده و احتمال موفقیت او افزایش یابد. لذا، انعطاف‌شناختی از طریق تغییر نگرش مادران مهارت‌های حل مسئله آن‌ها را بهبود بخشید. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که اجرای رویکرد در مان مبتنی بر تعهد و پذیرش به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی منجر می‌شود که این امر تغییراتی در سطوح امید مادران به وجود می‌آورد (۱۴).

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند برای بهبود سطح امید مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کارآمد باشد؛ و توصیه

7. Zhang Y, Zhang J, Zhang Y, Hu H, Luo S, Zhang L, Zhou H, Li P. Effects of in-package atmospheric cold plasma treatment on the qualitative, metabolic and microbial stability of fresh-cut pears. *J Sci Food Agric.* 2021;101(11):4473-4480.
8. Araújo YG, Paolinelli JPV, Pichitelli JSD, Rios DRA, Baldoni NR, Baldoni AO. Quality of clinical studies present in the package inserts of coagulation factors used in the treatment of hemophilia. *Einstein (Sao Paulo).* 2022;20:eAO6859.
9. Aslan G, Kant E, Gül Can F. Investigation of the Relationship Between Spiritual Coping Styles and Hope Levels in Mothers with Disabled Children in Turkey. *J Relig Health.* 2023;62(5):3347-3363.
10. Moshoeshoe M, Madiba S. Parenting the child with HIV in limited resource communities in South Africa: mothers with HIV's emotional vulnerability and hope for the future. *Womens Health (Lond).* 2021;17:17455065211058565.
11. Hashemi H, Mohayеji A, Farzaneh A, Yekta A, Ostadimoghaddam H, Asharlous A, Khabazkhoob M. Anterior segment indices in mentally retarded children. *Sci Rep.* 2023;13(1):14498.
12. Poling A, Breuning SE. Retraction notice to "Effects of methylphenidate on the fixed-ratio performance of mentally retarded children" [*Pharmacol. Biochem. Behav.* 18 (4) (1983) 541 (April)]. *Pharmacol Biochem Behav.* 2023;226:173555.
13. Shah RK, Choudhary S, Tandon S. Oral Health Status in Mentally Disabled Children, Dental Care Knowledge of Parents, and the Impact of Audiovisual Oral Health Education Program. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2022;15(2):143-148.
14. Omidian M, Diyaleh M, Pouryousef A, Turki H, Mikaeili F, Sarkari B. High Seroprevalence of Toxocara Infection among Mentally Retarded Patients in Hormozgan Province, Southern Iran. *J Trop Med.* 2021;2021:2771837.
15. Hoyle JN, Laditka JN, Laditka SB. Mental health risks of parents of children with developmental disabilities: A nationally representative study in the United States. *Disabil Health J.* 2021;14(2):101020.
16. Marquis SM, McGrail K, Hayes MV. Mental health outcomes among parents of a child who has a developmental disability: Comparing different types of developmental disability. *Disabil Health J.* 2020;13(2):100874.