Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 3/ 2020
Page: 1-15

A comparison of resilience and mental health in parent of people with and without mobility impairment

Amene Mahmoodpour[1], Setare Shojaee[2], Diba Seif[3]

1-M.A. Psychology and Special Education, Department of Special Education, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2- Associate Prof, Department of Special Education, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author). E-mail: bahareman@shirazu.ac.ir
3- Associate Prof, Department of Special Education, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Received: 02/04/2020 **Accepted:** 27/05/2020

Abstract

Introduction: Since disability and its associated problems are permanent, it can have a profound effect on the mental health and resilience of parents.

Aim: The aime of the present study was to compare the resilience and mental health in parents of people with and without mobility impairment.

Method: The statistical population of this causal-comparative research included all parents of people with and without mobility impairment in Shiraz city, whose children have 10-18years. The sample were 120 parents of children with mobility impairment was recruited by purposeful sampling and 120 parents of children without mobility impairment were selected through a multistage random sampling method from Shiraz city schools. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RTS9) and mental health scale (GHQ28) was utilized for Collecting data. Data were analyzed by using Two-way ANOVA and MANOVA.

Results: Analysis of the findings showed resilience and mental health (physical symptoms, depressive symptoms, social functioning and anxiety) of parents of people with mobility impairment were significantly lower than parents of people without mobility impairment ($P<0.001$).

Conclusion: According to this finding it is suggested to design and implement appropriate intervention programs in order to improve mental health and resilienc in parents of children with mobility impairment.

Keywords: Resilience, Mental health, Parents, People with mobility impairment

How to cite this article : Mahmoodpour A, Shojaee S, Seif D. A comparison of resilience and mental health in parent of people with and without mobility impairment. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (3): 1-15 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-626-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۳، ۱۳۹۹
صفحات: ۱۵-۱

مقایسه تاب‌آوری و سلامت روانی در والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی

آمنه محمودپور [۱]، ستاره شجاعی [۲]، دیبا سیف [۳]

۱.کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲. دانشیار، گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (مولف مسئول). ایمیل: bahareman@shirazu.ac.ir
۳. دانشیار، گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۱۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۳/۰۷

چکیده

مقدمه: از آن جایی که معلولیت و مشکلات مربوط به آن دائمی است، می‌تواند روی سلامت روانی و تاب‌آوری والدین تأثیر عمیقی داشته باشد.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری و سلامت روانی در والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی بود.

روش: جامعه آماری پژوهش علی مقایسه‌ای حاضر، همه والدین افراد با و بدون آسیب جسمی‌حرکتی ساکن شهر شیراز بود؛ که فرزندان ۱۰-۱۸ سال داشتند. نمونه ۱۲۰ والد دارای فرزند با آسیب جسمی حرکتی با انتخاب هدفمند از مدارس و مراکز خدمات افراد با آسیب جسمی حرکتی و ۱۲۰ والد دارای فرزند بدون آسیب جسمی حرکتی با انتخاب تصادفی چند مرحله‌ای از مدارس شیراز بودند. پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RTS9) و سلامت روان (GHQ28) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس دوراهه و چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان داد تاب‌آوری و سلامت روانی(علایم جسمانی، علایم افسردگی، کارکرد اجتماعی و اضطراب) والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی به طور معنی‌داری از والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی پایین‌تر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها پیشنهاد می‌شود برای ارتقا سطح سلامت روان و تاب‌آوری والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی، برنامه‌های مداخله مناسب طراحی و اجرا گردند.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، سلامت روانی، والدین، افراد با آسیب جسمی حرکتی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

مقدمه

۱۵ درصد جمعیت جهان را افراد با انواع ناتوانی تشکیل می‌دهند؛ و احتمال کم‌توانی برای تمام افراد جامعه بر اثر حوادث غیرمترقبه و افزایش سن و گسترش بیماری‌های مزمن هر ساله در حال افزایش است؛ که در این میان در برخی از کشورها، بیشترین آمار به آسیب‌های جسمی حرکتی مربوط می‌شود؛ به گونه‌ای که بزرگترین اقلیت غیر نژادی در جهان را تشکیل می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی[1] ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸). آسیب‌های جسمی‌حرکتی، شامل آسیب‌هایی است که به علت نابهنجاری مادرزادی (برای مثال کجی و کوتاهی پا، فقدان برخی از اعضای بدن و غیره)، بیماری (برای مثال فلج اطفال، سل و غیره) و علل دیگر (مثل فلج مغزی، قطع عضوی از بدن، شکستگی یا سوختگی) به وجود می‌آیند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترجمه همتی‌علمدارلو و همکاران، ۱۳۹۵).

آسیب‌های جسمی حرکتی در صورت موقتی بودن مشکلات و محدودیت‌های بسیاری را برای فرد و خانواده‌اش به وجود می‌آورد؛ درنتیجه احتمالاً آسیب‌های جسمی حرکتی دائمی و مزمن؛ اثرات طولانی مدت عاطفی، اجتماعی و اقتصادی بر خانواده دارند. مراقبت دائم از کودک دارای ناتوانی مستلزم شکیبایی زیاد و فدا نمودن هدف‌های شخصی از جانب والدین است. روابط آشفته، تغییر در اهداف فعالیت‌های خانواده، افزایش فشارهای اقتصادی، مشکلات جسمانی و تحصیلی و احساس گناه؛ از نخستین تجربه‌های خانواده‌های دارای کودک با نیاز ویژه است (لایت فوت، هیل و لالیبرت[2]، ۲۰۱۱). آن‌ها فشار و تنش‌های بالای روانی و سطح عملکرد خانوادگی پایینی دارند (دایسون[3]، ۱۹۹۱). از این رو بررسی دقیق‌تر انواع فشارهای روانی می‌تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد.

در مورد تأثیر ناتوانی بر خانواده گزارش‌های متناقضی وجود دارد. به طوری که برخی از تحقیقات به تأثیر منفی کودک با کم‌توانی در خانواده و تفاوت عملکرد این خانواده‌ها با خانواده‌های دارای فرزندان بدون کم‌توانی اشاره کرده‌اند (وودگیت[4]، ۱۹۹۸؛ چویی و یو[5] ۲۰۱۵، پیر و هیلمن[6] ۲۰۱۴، مک‌کانل، ساوگ و بریتکروز[7] ۲۰۱۴، بتانکورت، می‌یرز-چارو وهانسن[8] ۲۰۱۳ و هایمن[9] ۲۰۰۲) و برخی تحقیقات هم نشان داده‌اند که وجود فرزند با کم‌توانی در خانواده می‌تواند تأثیر مثبتی بر عملکرد خانواده داشته باشد و تفاوت معناداری بین سطح عملکرد و فشار روانی خانواده‌های فرزندان با کم‌توانی با خانواده‌های فرزندان بدون ناتوانی مشاهده نشده است (رودرو بوکرتس[10]، ۱۹۹۹).

با توجه به این گزارش‌های متناقض که آن هم به شکل خاص بر روی افراد با آسیب جسمی حرکتی نیستند؛ و با توجه با این که آسیب‌های جسمی‌حرکتی و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار است، پژوهش بر روی سلامت روانی[11] و تاب‌آوری[12] والدین؛ می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. اگرچه برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خانواده‌هایی که دارای فرزند با انواع بیماری یا کم‌توانی هستند؛ سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را تجربه می‌کنند و در بیشتر مواقع سلامت روانی آن‌ها به خطر می‌افتد (راجان، اسکریشنا و رومن[13]، ۲۰۱۸؛ جونز و

[1]- World Health Organization
[2]- Lightfoot, Hill, & LaLiberte
[3]- Dyson
[4]- Woodgate
[5]- Choi & Yoo
[6]- Peer & Hillman
[7]- McConnell, D., Savage, A., & Breitkreuz
[8]- Betancourt, Meyers, Charrow & Hansen
[9]- Heiman
[10]- Roder& Boekaerts
[11]- Mental health
[12]- Resilienc
[13]- Rajan, Srikrishna & Romate

همکاران[1] ۲۰۱۸؛ چویی و یو، ۲۰۱۵؛ بیشاب و گریف[2]، ۲۰۱۵؛ گریف، ونستینوگن و گیلارد[3] ۲۰۱۲ وکارل و چیشن[4]، ۲۰۰۴)؛ اما پژوهشی که در آن‌ها این دو متغیر در در والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی بررسی شده باشد؛ مشاهده نشد. باید به این نکته اشاره کرد که تاب‌آوری کیفیت‌های فردی است که برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد ضروری است (پرینس امبوری[5]، ۲۰۰۷). ۲۰۰۷). تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده و یا حالت انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت سازنده و فعال در محیط پیرامون خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون[6]، ۲۰۰۳).

با توجه به این که همواره بین تاب‌آوری و سلامت روانی در پیشینه پژوهشی ارتباط مشاهده شده است (لال و همکاران[7]، ۲۰۱۷؛ کوآلی و اسچانک[8]، ۲۰۱۰ و هایمن ۲۰۰۲) و این ارتباط حتی در بین افراد با آسیب جسمی نیز دیده‌شده است (الریکسون اسچمیت[9]، ۲۰۰۷). از این رو بررسی سلامت روانی والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی در مقایسه با والدین دارای فرزندان بدون آسیب جسمی حرکتی نیز می‌تواند به عنوان یکی از متغیرهای مورد مطالعه باشد. سلامت روانی حالتی از بهزیستی روانی است؛ که در آن فرد علاوه بر توانایی تشخیص توانایی‌های بالقوه خود، قادر است با استرس‌های روزمره مقابله نماید و در عین حال یک فرد کارآمد و مؤثر برای جامعه خود باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴)

نتایج بررسی متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روانی در افراد با آسیب متفاوت بوده‌اند، مثل رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی متناسب با نیاز در همسران افرادی که دچار زوال عقلی شده بودند (دنلن، بنت و سالسبی[10]،۲۰۱۶) وجود عوامل خطر بیشتر برای تاب‌آوری در جوانانی که از افراد کوچک‌تر در مراکز نگهداری مراقبت می‌کردند؛ در مقایسه با سایر جوانانی که چنین مسئولیت‌هایی را نداشتند (اشپیگل[11]، ۲۰۱۶). همچنین پایین بودن تاب‌آوری و سلامت روانی در خانواده‌هایی که یکی از اعضا دچار ناتوانی یا بیماری است، نسبت به خانواده‌هایی که چنین شرایطی را ندارند، مانند ایدز (بتانکورت، می‌یرز-اوکی، چارو و هانسن[12]؛۲۰۱۳ و میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱)، خانواده‌هایی که از افراد با انواع بیماری‌های روانی مراقبت می‌کنند (بیشاب و گریف، ۲۰۱۵؛ لال و همکاران، ۲۰۱۷ و فرجو آپر، باردلر، کملر و هوفر[13]، ۲۰۱۵). دارای فرزند با سندرم داون (چویی و یو (۲۰۱۵) یا با مشکلات رفتاری و ناتوانی‌های ذهنی و یا اختلال‌های یادگیری(مک کانل، ساوگ و بریتکروز[14] (۲۰۱۴) و یا انواع آسیب‌ها (پیر و هیلمن[15]، ۲۰۱۴) و یا کاهش سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در خود افراد با آسیب جسمی حرکتی (براری و غفاری؛۱۳۹۳).

همان گونه که مشاهده شد؛ اگر چه پژوهش‌های مختلفی در حوزه افراد با نیازهای ویژه یا خانواده‌ها و والدینشان در زمینه مشکلات رفتاری، استرس و افسردگی و حتی

[1]- Jonse
[2]- Bishop & Greef
[3]- Greeff, Vansteenwegen & Gillard
[4]- Carle & Chassin
[5]- Prince-Embury
[6]- Conner & Davidson
[7]- Lal & et. al
[8]- Quale & Schanke
[9]- Alriksson-Schmidt
[10]- Donnellan, Bennett & Soulsby
[11]- Shpiegel
[12]- Betancourt, Meyers- Ohki, Charrow, & Hansen
[13]- Frajo-Apor, Pardeller, Kemmler, & Hofer
[14]- McConnell, Savage, & Breitkreuz
[15]- Peer & Hillman

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

سلامت روان انجام شده، لیکن پژوهشی که تاب‌آوری و سلامت روانی والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی را با والدین افراد عادی باهم مقایسه کند مشاهده نشد. در عین حال با توجه به اینکه بر اساس پیشینه، جنسیت نیز می‌تواند این اثر را تعدیل نماید (پیتون و همکاران[1]، ۲۰۱۸؛ ملکشاهی و فلاحی، ۱۳۹۵ و آرمان و فیروزکوهی مقدم،۱۳۹۳)؛ به همین دلیل، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال‌ها است که *آیا بین نمره تاب‌آوری والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی بر حسب جنسیت فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ و آیا بین نمره کل سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن (شامل نشانه‌های جسمانی[2]، اضطراب[3]، کارکرد اجتماعی[4]، علائم افسردگی) در والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی بر حسب جنسیت فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟* چرا که مشخص شدن پاسخ این سؤال‌های پژوهشی می‌تواند راهگشای متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت روان و افراد با نیاز ویژه در جهت طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب و درخواست هزینه‌های مورد نیاز برای حمایت اجتماعی از این والدین گردد.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است که در آن والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه شامل همه والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی ساکن در شهر شیراز بود. روش نمونه‌گیری برای انتخاب والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی به شیوه هدفمند بود. بدین‌صورت که بعد از گرفتن مجوز به مدرسه آسیب جسمی حرکتی گل‌ها (که تنها مدرسه ویژه افراد با آسیب جسمی حرکتی شیراز است) و مراکز تلفیقی و کلینیک‌های توان‌بخشی که در آن‌ها افراد با آسیب جسمی حرکتی مشغول به تحصیل یا دریافت درمان، بودند؛ مراجعه شد و همه افراد با آسیب جسمی حرکتی ۱۸-۱۰ سال که در عین حال دچار سایر کم‌توانی‌ها، مثل کم توانی ذهنی یا بیماری جسمی، نبودند و تحت سرپرستی پدر و مادر خود بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند تا پرسشنامه‌ها برای تکمیل به والدین آن‌ها داده شود؛ که تعداد آن‌ها شامل ۱۲۰ نفر فرزند (۶۰ دختر و ۶۰ پسر) و بالطبع ۱۲۰ والد بود. در مرحله بعد برای جمع‌آوری داده‌ها از والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین‌صورت که فهرستی از مدارس متوسطه اول و دوم چهار ناحیه شهر شیراز تهیه شد و به صورت تصادفی چهار دبیرستان دخترانه و چهار دبیرستان پسرانه انتخاب شدند و با مراجعه به دبیرستان‌های یاد شده برای همتا کردن افراد گروه بدون آسیب با گروه آسیب جسمی حرکتی از لحاظ سن (۱۸-۱۰ ساله) و جنسیت، تعداد ۱۲۰ نفر فرزند (۶۰ دختر و ۶۰ پسر) انتخاب شدند و بالطبع از ۱۲۰ والد خواسته شد در پژوهش شرکت نمایند. معیارهای ورود سن فرزند، داشتن آسیب جسمی حرکتی و معیارهای خروج شامل نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی یا سایر بیماری‌های خاص بود.

پرسشنامه تاب‌آوری و سلامت روانی توسط والدین تکمیل شد. شایان ذکر است که جمع آوری تعدادی از پرسشنامه‌ها که در مرحله اول ناقص پرشده بودند؛ با کسب رضایت از والدین به شکل مراجعه حضوری به

[1]- Patton, McPherson, Emerson & Lennox
[2]- Physical symptoms
[3]- Anxiety
[4]- Social work

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

منزل مجدداً تکمیل و جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس دوراهه و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

ابزار

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RTS9): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (CD-RTS9) (۲۰۰۳) ساخته شده است. دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. در حال حاضر فقط نمره کل تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است؛ یعنی نمره فرد در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود (بشارت و عباسپور، ۱۳۹۰). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی آن را ۰/۸۹ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله چهار هفته‌ای را نیز ۰/۸۷ گزارش کردند. پایایی آن بر اساس پژوهش جوکار (۱۳۸۶) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و در پژوهش حق °رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس تاب آوری ۰/۵۷ و روایی آن برابر ۰/۶۰ گزارش شد.

مقیاس سلامت روانی[1] (28GHQ): مقیاس سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) دارای ۲۸ سؤال و یک ابزار غربالگری خود گزارشی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دچار یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست، بلکه منظور آن ایجاد تمایز بین سلامتی و بیماری روانی است (گلدبرگ ۱۹۷۹، به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۹۱). مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) ۰ تا ۳ است. دو شیوه نمره گذاری سنتی به صورت (۱-۱-۰-۰) با حداکثر نمره ۲۸ و لیکرت (۳-۲-۱-۰) با حداکثر نمره ۸۴ دارد. بر اساس پژوهش‌های متعدد بهترین نقطه برش برای تمییز دانشجویان مشکل‌دار و مشکوک به اختلال نمره ۲۱-۲۳ است (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۱). این پرسشنامه دارای چهار خرده آزمون است که عبارت‌اند از: نشانه‌های جسمانی(سؤال‌های ۱-۷) برای بررسی وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی در یک ماه گذشته، اضطراب (سؤال‌های ۸-۱۴) برای بررسی علائم و نشانه‌های بالینی اضطراب شدید، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانیت و دل‌شوره، کارکرد اجتماعی (سؤال‌های ۱۵-۲۱)، برای بررسی توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی و علائم افسردگی (سؤال‌های۲۲-۲۸) برای بررسی علائم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، خودکشی و ناتوانی در انجام کارها.

تقوی (۱۳۸۰)، با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و ثبات درونی؛ ضریب پایایی برای کل مقیاس را به ترتیب: ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نمود. همچنین روایی بر اساس سه روش روایی هم‌زمان، تحلیل عاملی و همبستگی خرده آزمون‌ها با یکدیگر و با آزمون اصلی استفاده کرد که نتایج نشان دهنده روایی قابل قبول این مقیاس است. در مجموع تحقیقات زیادی که در خصوص

[1]- General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

بررسی روایی و پایایی این مقیاس انجام شد، مشخص شد که این مقیاس از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر برای پایایی سلامت روانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

از کل افراد هر دو گروه والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی تعداد آزمودنی‌ها بر اساس جنسیت فرزند شامل ۵۰ درصد پسر و ۵۰ درصد دختر بودند که در گروه والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی میانگین سنی پسران ۱۳ /۰۳ و میانگین سنی دختران ۱۴/۴۳ و در گروه والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی میانگین سنی پسران ۱۳/۹۰ و میانگین سنی دختران ۱۲/۰۳ بود. از مجموع ۱۲۰ نفر در گروه والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی بیش‌ترین فراوانی با تحصیلات کارشناسی (۶۰ نفر) و در شغل آزاد ۶۴ نفر دارای درآمد بین یک تا دو میلیون (۷۵ درصد) و از ۱۲۰ نفر در گروه والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی بیش‌ترین فراوانی با تحصیلات دیپلم (۵۲ نفر) و در شغل کارمند و کارگر ۵۴ نفر و درآمد دارای بین یک تا دو میلیون (۸۱/۷) بودند. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و تاب آوری در دو گروه بر حسب جنسیت در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و سلامت روانی والدین افراد با و بدون آسیب جسمی حرکتی بر اساس جنسیت فرزند

متغیر	جنسیت	پسر			دختر			کل		
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
نمره کل تاب آوری	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۶۰/۵۶	۱۶/۷۹	۶۰	۶۴/۵۰	۱۴/۱۵	۶۰	۶۲/۵۲	۱۵/۵۸	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۶۸/۷۰	۱۳/۷۹	۶۰	۶۸/۳۱	۱۳/۷۸	۶۰	۶۸/۵۰	۱۳/۷۳	۱۲۰
نمره کل سلامت روانی	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۴۹/۷۸	۵/۱۹	۶۰	۵۰/۶۵	۵/۱۵	۶۰	۵۰/۲۱	۵/۱۷	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۴۰/۶۵	۴/۲۲	۶۰	۴۰/۲۱	۵/۷۷	۶۰	۴۰/۴۳	۵/۰۴	۱۲۰
علائم جسمانی	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۱۳/۸۵	۲/۳۲	۶۰	۱۴/۲۳	۲/۴۷	۶۰	۱۴/۰۴	۲/۳۹	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۱۱/۵۵	۲/۳۸	۶۰	۱۰/۵۸	۲/۷۷	۶۰	۱۱/۰۶	۲/۶۲	۱۲۰
اضطراب	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۱۱/۳۰	۱/۵۵	۶۰	۱۱/۲۶	۱/۸۷	۶۰	۱۱/۲۸	۱/۷۱	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۸/۸۳	۱/۸۴	۶۰	۹/۴۵	۲/۱۷	۶۰	۹/۱۴	۲/۰۳	۱۲۰

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

کارکرد اجتماعی	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۱۳/۸۵	۲/۳۲	۶۰	۱۴/۲۳	۲/۴۷	۶۰	۱۴/۰۴	۲/۳۹	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۱۱/۲۸	۱/۵۶	۶۰	۱۱/۷۸	۱/۹۵	۶۰	۱۱/۵۳	۱/۷۸	۱۲۰
افسردگی	والدین افراد با آسیب جسمی- حرکتی	۱۰/۷۸	۱/۴۶	۶۰	۱۰/۹۱	۱/۲۲	۶۰	۱۰/۸۵	۱/۳۴	۱۲۰
	والدین افراد بدون آسیب جسمی-حرکتی	۸/۹۸	۱/۳۳	۶۰	۸/۴۰	۰/۹۶	۶۰	۸/۶۹	۱/۱۹	۱۲۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمره کل تاب‌آوری والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی نسبت به والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی کمتر است. همچنین میانگین خرده مقیاس‌های سلامت روانی والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی نسبت به والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی، بیشتر است. ازاین‌رو از تحلیل واریانس دوراهه و چند راهه به منظور آزمون معناداری تفاوت، استفاده شد.

پیش از انجام آزمون‌ها مفروضه‌های اصلی با استفاده از آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها و همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول ۲ مشاهده می‌گردد.

جدول۲ نتایج آزمون نرمال بودن توزیع و آزمون لوین

مؤلفه‌ها	آزمون لوین		کالموگروف اسمیرنف	
	نسبت F	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
تاب آوری	۱/۸۶	۰/۱۳۷	۰/۶۶۱	۰/۷۷۴
سلامت روانی	۱/۸۲	۰/۱۴۳	۰/۹۳۰	۰/۳۵۳
خرده مقیاس علائم جسمانی	۲/۲۹	۰/۰۷۹	۰/۶۷۸	۰/۲۵۱
اضطراب	۲/۳۳	۰/۰۷۵	۰/۹۸۸	۰/۴۵۱
کارکرد اجتماعی	۲/۵۷	۰/۰۶۵	۰/۹۲۱	۰/۳۴۱
علائم افسردگی	۱/۸۹	۰/۱۳۰	۰/۹۳۰	۰/۳۵۳

از آنجایی که مقدار p برای همه متغیرها معنادار نیست (p> ۰/۰۵)؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها برای همه متغیرها تائید می‌گردد و استفاده از تحلیل واریانس دوراهه و چند راهه امکان‌پذیر است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس دوراهه برای مقایسه تاب‌آوری در دو گروه بر اساس جنسیت فرزند

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

گروه	۲۱۴۲/۰۳	۱	۲۱۴۲/۰۳	۹/۹۳	۰/۰۰۲
جنسیت	۱۸۹/۰۳	۱	۱۸۹/۰۳	۰/۸۷	۰/۳۵۰
تعامل گروه و جنسیت	۲۷۹/۵۰	۱	۲۷۹/۵۰	۱/۲۹	۰/۲۵۶
خطا	۵۰۸۹۹/۳۱	۲۳۶	۲۱۵/۶۷		
مجموع	۱۰۸۳۸۲۵	۲۴۰			

نتایج جدول ۳ نشانگر آن است که متغیر نمره کل تاب‌آوری در عامل گروه معنادار است (P=۰/۰۰۲، DF=۲۳۶،۱، F=۹/۹۳)؛ اما متغیر نمره کل تاب‌آوری با توجه به جنسیت معنادار نیست (P=۰/۳۵۰، DF=۲۳۶،۱، F=۰/۸۷). همچنین نتایج جدول تحلیل واریانس دوراهه بین گروهی نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و جنسیت نیز معنادار نیست (P=۰/۲۵۶، DF=۲۳۶،۱، F=۱/۲۹).

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس دوراهه برای مقایسه نمره کل سلامت روان در دو گروه بر اساس جنسیت فرزند

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
گروه	۵۷۴۲/۸۱	۱	۵۷۴۲/۸۱	۲۱۹/۱۷	۰/۰۰۱
جنسیت	۲/۸۱	۱	۲/۸۱	۰/۱۰	۰/۷۴۳
تعامل گروه و جنسیت	۲۵/۳۵	۱	۲۵/۳۵	۰/۹۶	۰/۳۲۶
خطا	۶۱۸۳/۶۶	۲۳۶	۲۶/۲۰		
مجموع	۵۰۵۰۰۰	۲۴۰			

نتایج جدول ۴ نشانگر آن است که متغیر نمره کل سلامت روانی در عامل گروهی معنادار است (P=۰/۰۰۱، DF=۲۳۶،۱، F=۲۱۹/۱۷)؛ اما متغیر نمره کل سلامت روانی با توجه به جنسیت (P=۰/۷۴۳، DF=۲۳۶،۱، F=۰/۱۰) و همچنین اثر تعاملی گروه و جنسیت (P=۰/۳۲۶، DF=۲۳۶،۱، F=۰/۹۶) معنادار نیست.

جدول ۵ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره بر خرده مقیاس‌های سلامت روانی

لامبدا ویلکز منبع	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اتا
گروه	۰/۴۳	۷۵/۱۵	۴	۲۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶
جنسیت	۰/۹۵	۱/۰۸	۴	۲۳۳	۰/۱۱۷	۰/۰۵
تعامل گروه و جنسیت	۰/۹۲	۲/۰۶	۴	۲۳۳	۰/۰۶۱	۰/۰۸

بر اساس داده‌های مشاهده شده در جدول ۵ اثر جنسیت و تعامل گروه و جنسیت بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار نیست؛ اما اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است. به همین دلیل برای بررسی اینکه این تأثیر بر کدام‌یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار است از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع واریانس	گروه		جنسیت		تعامل گروه و جنسیت	
متغیر	F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی داری	F	سطح معنی داری
علائم جسمانی	۲۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۳۶۶	۲/۳۸	۰/۰۶۷
اضطراب	۷۸/۲۹	۰/۰۰۱	۱/۴۵	۰/۲۲۹	۱/۸۰	۰/۱۸۱
کارکرد اجتماعی	۸۴/۷۸	۰/۰۰۱	۲/۶۲	۰/۱۰۶	۰/۰۴	۰/۸۳۱
علائم افسردگی	۱۷۶/۳۰	۰/۰۰۱	۱/۹۱	۰/۱۶۸	۱/۷۳	۰/۱۷۸

براساس جدول ۶ تأثیر گروه بر همه خرده مقیاس‌های سلامت روانی؛ معنادار است. بدین‌صورت که والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی نسبت به والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی نمرات بیشتری در خرده مقیاس‌های سلامت روانی به دست آوردند؛ اما در هر یک از خرده مقیاس‌های سلامت روانی با توجه به جنسیت، این اثر معنادار نبود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و جنسیت نیز در هر یک از خرده مقیاس‌ها، معنادار نیست.

بحث

نتایج نشان داد تاب‌آوری والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی از والدین افراد بدون آسیب جسمی حرکتی پایین‌تر بود، ولی از نظر جنسیت تفاوتی وجود نداشت. همسو با نتیجه مذکور، در پژوهش‌های خدابخشی، کولایی و درخشنده (۱۳۹۴)، راجان، سریکریشنا و رومت (۲۰۱۸) چو و یو (۲۰۱۵)، بیشاب و گریف (۲۰۱۵)، پیر و هیلمن (۲۰۱۴)، مک‌کانل، ساوگ و بریتکروز (۲۰۱۴)، بتانکورت، می‌یرز-چارو وهانسن (۲۰۱۳)، گریف، ونستینوگن و گیلارد (۲۰۱۲) مشخص شد که والدین و خانواده‌هایی که به نحوی دچار چالش شده‌اند و یکی از اعضای آن خانواده و یا فرزندشان دچار یک نوع کم‌توانی یا بیماری خاصی است، سطح تاب‌آوری‌شان نسبت به خانواده‌های افراد بدون آسیب در سطح پایین‌تری قرار دارد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که عدم دسترسی به امکانات آموزشی، وجود بیمارهای روانی، بی‌ثباتی خانواده‌ها و بزهکاری، مسائل اقتصادی و فقر در خانواده‌ها سطح تاب‌آوری در افراد را دچار چالش می‌کند (اشپیگل، ۲۰۱۶).

در مورد پایین بودن سلامت روانی علی‌رغم عدم معنی‌داری جنسیت به پژوهش‌های همسویی چون براری و غفاری (۱۳۹۳)، بسطامی نیا، هاشمی، علیزاده و دستورپور (۲۰۱۶)، لال و همکاران (۲۰۱۷)، رجبی و همکاران (۲۰۱۴)، لوگر-شوستر و همکاران[1] (۲۰۱۴)، سیریوردانا، علی، رابرتز و استوارت[2] (۲۰۱۴)، می‌توان اشاره نمود که نشان دادند چه‌طور وقتی مشکلات و مسائل متعدد و بیماری‌ها و دیگر شرایط خاص و دشوار وارد زندگی افراد می‌شود؛ می‌تواند سطح سلامت روان را در آن‌ها به مخاطره بیندازد.

در مورد پایین بودن نمره والدین افراد با آسیب جسمی

[1]- Lueger- Schuster& et.al
[2]- Siriwardhana, Ali, Roberts & Stewart

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

حرکتی در خرده مقیاس‌های سلامت روان می‌توان از پژوهش‌های همسو به مطالعه دوندی و ابود[1] (۲۰۰۵) و مطالعه فرا تحلیل پینکورت[2] (۲۰۱۸) بر ۴۶۰ مقاله مرتبط اشاره نمود که نشان دادند نشانه‌های افسردگی در والدین افراد با آسیب‌های جسمی مزمن از جمله فلج مغزی نسبت به سایر ناتوانی‌ها بیشتر است. یا پژوهش بتانکورت، می‌یرز-اوکی، چارو و هانسن (۲۰۱۳) که با همسویی غیرمستقیم نشان‌دهنده بروز علائم جسمانی، اضطراب و علائم افسردگی بالا و کارکرد اجتماعی پایین در خانواده‌های مبتلا به ایدز بود.

در مورد عدم معنی داری جنسیت پژوهش آرمان و فیروزکوهی مقدم (۱۳۸۳) نیز نشان دادند که پسران و دختران کم‌توان‌ذهنی تأثیر یکسانی بر والدین خود داشته اند. هرچند در پژوهش پیتون و همکاران، (۲۰۱۸) مشاهده شد تأثیر دختران و پسران بر والدین متفاوت است. با این وجود در پژوهش حاضر؛ شاید عدم معنی‌داری عامل جنسیت به دلیل نوع کم‌توانی و شدت آسیب‌های ناشی از آن باشد. چرا که آسیب جسمی حرکتی باعث وابستگی بیشتر این فرزندان و اجبار والدین به ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی بیشتر چه به فرزندان دختر و چه پسر می‌گردد. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر در حین مراجعه حضوری در منازل آزمودنی‌ها و ارتباط مستقیم با والدین؛ بر اساس مشاهدات بالینی پژوهشگران در حین جمع‌آوری پرسشنامه‌ها مشاهده شد؛ خانواده‌هایی که فرزند پسر با آسیب جسمی حرکتی داشتند؛ نسبت به خانواده‌هایی که فرزند دختر با آسیب جسمی حرکتی داشتند، فشار روانی، اجتماعی و عاطفی بیشتری را گزارش می‌کردند. آن‌ها آرزو داشتند پسرانشان در آینده زندگی مستقل و شغلی داشته و بتوانند؛ ازدواج کنند. در نتیجه به دلیل عدم دست یافتن به این خواسته‌ها، فشار روانی و عاطفی در آنان بیشتر احساس می‌شد. این در حالی بود که چنین انتظاراتی از دختران کمتر بود.

نتیجه‌گیری

در تبیین پایین بودن تاب‌آوری و سلامت روانی والدین افراد با آسیب جسمی می‌توان با توجه به نتایج پژوهش (اسچیبل و همکاران[3]، ۲۰۱۸) که بیان می‌کنند؛ مزمن بودن شرایط جسمی این کودکان، زمان‌های طولانی و مداوم مراقبت از این کودکان، نیازها و فشارهای اقتصادی بسیاری برای کل اعضای خانواده‌های آنان به وجود می‌آورد. احتمال دارد بتوان وجود تفاوت معنادار بین دو گروه والدین در پژوهش حاضر را به عواملی مانند فقر اقتصادی-فرهنگی، وجود مشکلات خانوادگی و عدم دسترسی به خدمات آموزشی و بهداشتی نسبت داد؛ به گونه‌ی که در مراجعه‌ها به منازل برای دریافت پرسشنامه‌ها و گزارش‌های معلمان این فقر اقتصادی و فرهنگی و آموزشی کاملاً مشهود بود. از طرف دیگر نداشتن اطلاعات و دانش کافی در مورد نحوه دریافت حمایت اجتماعی و عاطفی مشکلات آن‌ها را مضاعف می‌ساخت. این در حالی است که پتون و همکاران (۲۰۱۸)، ریسچ و همکاران[4] (۲۰۱۰) و موهن و کولکارنی[5] (۲۰۱۸) عوامل بهزیستی روانی در مادران افراد با آسیب‌های ذهنی را حمایت اجتماعی، داشتن اطلاعات و آگاهی مورد نیاز، امکانات آموزشی و اقتصادی دانستند.

[1]- Duvdevany&Abboude
[2]- Pinquart
[3]- Mohan & Kulkarni
[4]- Resch & et. al
[5]- Schaible & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

بر اساس مطالعات اکثر والدینی که یکی از فرزندان آن‌ها دچار بیماری خاص یا کم‌توانی هستند؛ نیاز به یک باور قوی در مورد فرزند خود و کم‌توانی و آینده او دارند تا یک چشم‌انداز خوش‌بینانه و دیدگاه قوی در مورد کم‌توانی او به دست بیاورند و بتوانند راحت‌تر با کم‌توانی فرزند خود کنار بیایند، آن را بپذیرند و آینده بهتری برای فرزند خود تصور کنند و در مواجهه با این بخش از زندگی خود که نمی‌توانند تغییر دهند به میزان بالاتری از تاب‌آوری و سازگاری برسند (موهن و کولکارنی، ۲۰۱۸؛ هایمن، ۲۰۰۲). همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و شیوه اسناد درونی می‌تواند تاب‌آوری والدین افراد با آسیب ذهنی را افزایش دهد (راجان، سریکریشنا و رومت، ۲۰۱۸). این در حالی است که آزمودنی‌های پژوهش حاضر از هیچ یک از این خدمات و مداخله ها برخوردار نبودند؛ بنابراین با توجه به پایین بودن میزان تاب‌آوری و سلامت روانی در گروه مورد مطالعه پیشنهاد می‌گردد به آموزش مهارت‌های تاب‌آوری و سلامت روان به والدین افراد با آسیب جسمی حرکتی جهت کنار آمدن راحت‌تر با محدودیت فرزند خود و برخورد بهتر با شرایطی که در آن قرار دارند؛ پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیرازمی باشد. بدین‌وسیله از همه همکاران محترم در سازمان‌های آموزش‌وپرورش و بهزیستی شیراز و والدین محترمی که در اجرای این پژوهش بنده را یاری نمودند، بی‌نهایت سپاسگزارم.

References

Alriksson-Schmidt AI, Wallander J, Biasini F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. Journal of pediatric psychology, 32(3), 370-379.

Arman S, FirouzkuhiMoghaddam M. (2002). The Impact of Psychological Interventions on the Problems of Siblings. Tayeb East Journal, 6(4), 267-271. (In Persian)

Barari1 B, Ghaffari M. (2015). Mental Health of Physically Disabled Persons Compare to the Normal People: Investigation Based On the Psychopathology and Positive Psychology Approaches. Middle Eastern Journal of Disability Studies, 5(11), 281-288. (In Persian)

Bastaminia A, Hashemi FB, Alizadeh M, Dastoorpoor M. (2016). Resilience and Mental Health: A Study among Students at the State University of Yasuj City. British Journal of Education, Society & Behavioural Science, 18(2), 1-9.

Besharat MA, AbbaspourDoplani T. (2011). The relationship between metacognitive strategies and creativity with resilience in students. M.Sc., Islamic Azad University, Ahvaz Branch. New Findings in Psychology (Social Psychology) 5(11), 111-124. (In Persian)

Betancourt TS, Meyers- Ohki SE, Charrow A, Hansen N. (2013). Annual research review: Mental health and resilience in HIV/AIDS- affected children–a review of the literature and recommendations for future research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54(4), 423-444.

Bishop M, Greeff AP. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. Journal of psychiatric and mental health nursing, 22(7), 463-471.

Carle AC, Chassin L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalizing symptomatology and positive affect. Journal of Applied Developmental Psychology, 25(5), 577-595.

Choi EK, Yoo IY. (2015). Resilience in families of children with Down syndrome in Korea.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

International journal of nursing practice, 21(5), 532-541.

Conner KM, Davidson JRT. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.

Donnellan WJ, Bennett KM, Soulsby LK. (2016). Family close but friends closer: exploring social support and resilience in older spousal dementia carers. Aging & Mental Health, 21(11), 1-7.

Duvdevany I, Abboud S. (2005). Stress, social support and well- being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. Journal of Intellectual Disability Research, 47(45), 264-272.

Dyson LL. (1991). Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. American Journal on Mental Retardation, 95(6), 623-629.

Frajo-Apor B, Pardeller S, Kemmler G, Hofer A. (2015). Emotional Intelligence and resilience in mental health professionals caring for patients with serious mental illness. Psychology, health & medicine, 21(6), 755-61.

Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine, 9(01), 139-145.

Greeff AP, Vansteenwegen A, Gillard J. (2012). Resilience in families living with a child with a physical disability. Rehabilitation nursing. The official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 37(3), 97-104.

Hagh Ranjbar F, Kakavand AS, Borjali A, Bermas H. (2012). Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. 1(1), 179-189. (In Persian)

Heiman T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. Journal of developmental and physical disabilities, 14(2), 159-171.

Jones L, Gold E, Totsika V, Hastings RP, Jones, M, Griffiths A, silverton S. (2018). A mindfulness parent well-being course: evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. European Journal of Special Needs Education . 33 (1), 16-30.

Jowkar B. (2008). The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. Contemporary psychology, 2(2), 3-12. (In Persian)

Kabasakal Z, Girli A, Totan T, Aysan F. (2012). Psychiatric symptoms as predictors of life satisfaction in parents with handicapped children. Journal of Theory and Practice in Education, 8(2), 1-17.

Khodabakhshi Koolaee A, Derakhshandeh M. (2015). Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. Iranian journal of pediatric nursing.1(3),15-25. (In Persian)

Lal S, Ungar M, Malla A, Leggo C, Suto M. (2017). Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41(1), 91-102.

Lightfoot E, Hill K, LaLiberte T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. Children and Youth Services Review, 33(11), 2069-2075.

Lueger Schuster B, Weindl D, Kantor V, Knefel M, Glück T, Moy Y, Jagsch R. (2014). Resilience and mental health in adult survivors of child abuse associated with the institution of the Austrian Catholic Church. Journal of traumatic stress, 27(5), 568-575.

Mahdavi A, Ahmadi M, NadriMohamadi M, Adham D. (2011). The relationship between mental health and selfesteem in students of medical sciences. Journal of Society for development in new net environment in B&H. 7(1), 151-157.

Malekshahi F, Falahi Sh. (2016). Psychosocial

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]

Problems of Parents of Mentally Disabled Children Covered by Khorram Abad Well-being Center 2013. Yafte, Journal of Lorestan University of Medical Sciences, 18 (3), 42-51. (In Persian)

McConnell D, Savage A, Breitkreuz R. (2014). Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. Research in developmental disabilities, 35(4), 833-848.

Meikaeilei N, Ganji M, TalebiJoybari M. (2012). A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. Journal of Learning Disabilities, 2(1), 120-137. (In Persian)

Mohan R, Kulkarni M. (2018) Resilience in Parents of Children with Intellectual Disabilities. Psychology and Developing Societies, 30(1), 19-43.

Najafi M, Bigdeli E, Dehshiri Gh, RahimianBogar A, Tabatabai M. (2012). The Role of Life Skills in Predicting Students' Mental Health. Counseling and Psychotherapy Culture, 11 (3), 101-116. (In Persian)

Patton KA, Ware R, McPherson L, Emerson E, Lennox N. (2018). Parent Related Stress of Male and Female Carers of Adolescents with Intellectual Disabilities and Carers of Children within the General Population: A Cross Sectional Comparison. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31(1), 51-61.

Peer JW, Hillman SB. (2014). Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: a review of key factors and recommendations for practitioners. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11(2), 92-98.

Pinquart M. (2018). Depressive Symptoms in Parents of Children with Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. Journal of Pediatric Psychology, 36(4), 375-84.

Prince-Embury S. (2007). The resiliency scales for children and adolescents: profiles of strengths. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.

Rajabi S, Assareh M, Keshvari F. (2014). Evaluation of Students' Mental Health and Relation to Resilience and Copping Styles. International Journal of School Health, 1(1).

Rajan A, Srikrishna G, Romate J. (2018). Resilience and Locus of Control of Parents Having a Child with Intellectual Disability. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 30(3), 297–306.

Resch JA., Mireles G, Benz MR, Grenwelge C, Peterson R, Zhang D. (2010). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. Rehabilitation Psychology, 55(2), 139-150.

Roder I, Boekaerts M. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. Disability and rehabilitation, 21(7), 311-337.

Schaible B, Colquitt G, Caciul MC, Carnes A, Li L, Moreau N. (2018). Comparing impact on the family and insurance coverage in children with cerebral palsy and children with another special healthcare need. Child Care Health Dev, 44(3), 370-377.

Shpiegel S. (2016). Resilience A mong Older Adolescents in Foster Care: The Impact of Risk and Protective Factors. International Journal of Mental Health and Addiction, 14(1), 6-22.

Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, & Stewart R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. Conflict and health, 8(1), 8-13.

Smith TEC, Polovy EE, Davty T, Patten JR, Davdy KE. (2012). Psychology and education of students with special needs. Translated by Hemmati Alamdarloo et al. (2016); Tehran: Arasbaran Publications. (In Persian)

Taghavi SMR. (2000). Validation and Operation of a Public Health Program (G.H.Q). Journal of Psychology, 2, 398-381. (In Persian)

Woodgate RL. (1998). Adolescent's perspective of chronic illness: IT is hard. Journal of pediatric Nursing. 13(4): 210-223.

World Health Organization (2014). Mental health: a

state of well - being. http:/ /www.who.int/features/factfiles/mental_health /en/

World Health Organization (2018). Disability and health: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.1.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.1]