Journal of
Rehabilitation Research in Nursing
Summer 2021, Volume 7, Issue 4
Pages: 29-37
10.22034/IJRN.7.4.29
Original Article

Iranian Nursing Association

The Effectiveness of Family Resilience Training on Psychological Hardiness of Mothers of Children with Disability

Somayeh Sabzmanesh Jafari [1], Kourosh Amraei [2 *], Nasrin Hassanzadeh [3]

[1] M.A of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran
[2] Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran
[3] M.A of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Alame Tabtabei University, Tehran, Iran

[*] **Corresponding author:** Kourosh Amraei, Department of Psychology, Faculty of Humanistic Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran **E-mail:** Amraei.K@lu.ac.ir

Received: 14 February 2021 **Accepted:** 1 June 2021

Abstract

Introduction and Aim: A disabled child causes many psychological problems for family members, especially the mother. Considering the importance of maternal mental health in the family and society, the present study was conducted to determine the effectiveness of family resilience training on the psychological hardiness of mothers of children with physical disabilities.

Methods: The research design was quasi-experimental, pretest-posttest with a control group. The statistical population included all mothers of disabled children living in Khorramabad, Iran in 2019. The sample size was 30 mothers who were selected by available sampling method from those who wanted to participate in family resilience training sessions. Participants were then randomly divided into two groups of intervention and control (n=15 in each group). All subjects in the intervention and control groups completed the psychological hardiness questionnaire as a pre-test under the same conditions. The intervention group received family resilience training for 9 sessions, but the control group did not receive any training. After that, both groups participated in the post-test.

Results: Family resilience training was significantly effective on psychological hardiness of mothers of disabled children and in the intervention group, showed a significant increase in this variable ($p<0.01$).

Conclusions: In general, the findings of the study showed that family resilience training is an appropriate intervention to improve psychological hardiness in mothers of disabled children and should be used in rehabilitation clinics and family training centers.

Keywords: Family resiliency, Psychological hardiness, Mothers, Disabled Children.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

How to Cite this Article:
Sabzmanesh Jafari S, Amraei K, Hassanzadeh N. The Effectiveness of Family Resilience Training on Psychological Hardiness of Mothers of children with Disability. Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2021;7(4):29-37.

Copyright © 2021 The Author(s); Published by Journal of Rehabilitation Research in Nursing. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
تابستان ۱۴۰۰، دوره ۷، شماره ۴
صفحات: ۳۷-۲۹
مقاله پژوهشی اصیل
10.22034/IJRN.7.4.29

Iranian Nursing Association

اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی

سمیه سبزمنش جعفری[۱]، کورش امرائی[۲] *، نسرین حسن‌زاده[۳]

[۱] کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران
[۲] استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران
[۳] کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** کورش امرائی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. **ایمیل:** Amraei.k@lu.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

چکیده

مقدمه و هدف: فرزند معلول، مشکلات روانی بسیاری را برای اعضای خانواده به‌ویژه مادر ایجاد می‌کند. با توجه به اهمیت بهداشت روانی مادر در خانواده و جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش، نیمه تجربی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی ساکن شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افرادی که تمایل به شرکت در جلسات آموزش تاب‌آوری خانواده داشتند، انتخاب شد. سپس افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، قرار گرفتند. تمام آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل در شرایط یکسان، پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی را به‌عنوان پیش‌آزمون کامل کردند. گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه تحت آموزش تاب‌آوری خانواده قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس‌ازآن هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت داشتند.

یافته‌ها: آموزش تاب‌آوری خانواده، به‌طور معناداری بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی مؤثر بود و در گروه مداخله، افزایش معناداری را در این متغیر نشان داد ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های حاضر، آموزش تاب‌آوری خانواده یک روش مداخله‌ای مناسب برای بهبود متغیرهای سرسختی روان‌شناختی در مادران کودکان دارای ناتوانی است و می‌تواند در کلینیک‌های توانبخشی و مراکز آموزش خانواده استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری خانواده، سرسختی روان‌شناختی، مادران، کودکان دارای ناتوانی.

همه حقوق مادی و معنوی این اثر به انجمن علمی پرستاری ایران تعلق دارد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

مقدمه

به گفته سازمان جهانی بهداشت ۶۵۰ میلیون نفر معلول در دنیا زندگی می‌کنند که از این میان نزدیک به ۷۰ درصد آنها در کشورهای درحال‌توسعه هستند. در جامعه ایران نیز به گفته سازمان بهزیستی کشور نزدیک به ۷ درصد از افراد جامعه به نوعی از معلولیت دچارند [۱]. همچنین آمارها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ نفر کودکی که در جهان متولد می‌شود یک کودک معلول به دنیا می‌آید یا بعد به دلیل یک اتفاق، معلول می‌شود [۲]. فرزندان معلول تأثیر منفی بر کارکرد خانواده دارند [۳]. خانواده کودکان ناتوان ممکن است به اشکال گوناگون فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی را تجربه کنند [۱]. این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد نخستین تجربه‌هایی که خانواده‌های دارای کودک با نیاز ویژه متحمل می‌شوند شامل روابط آشفته [۴]، تغییر در اهداف فعالیت‌های خانواده [۵]، افزایش فشارهای اقتصادی [۶]، انزوای اجتماعی [۷] و احساس گناه [۸] است. متخصصان بهداشت روانی بر این باورند واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌آمیز و نیز میزان فشارزایی رویدادها حتی رویدادهای شدید و وخیم مانند بیماری‌های مزمن تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی است [۹]. برخی از این عوامل عبارت‌اند از نگرش‌ها [۱۰]، تاب‌آوری [۱۱] و رفتارهای اعضاء خانواده و دوستان [۱۲] که تأثیر زیادی بر کیفیت تلقی فرد از ناتوانی و حفظ یا تغییر روابط نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی او دارد. بنابراین نیازمند حمایت و توجه ویژه‌ای هستند. میزان آسیب‌پذیری والدین در ارتباط با تولد فرزند، زمانی شدیدتر خواهد بود که فرزند اول آنها دچار یکی از ناتوانی‌های جسمی و روانی باشد [۱۳]. بنابراین گرچه جریان تطابق فرایندی دائمی در زندگی فرد است، ولی افسردگی و ناراحتی‌های ناشی از داشتن فرزند معلول منجر به اضطراب و استرس می‌شود که این حالت بر تطابق اثر می‌گذارد و مانع انطباق فرد با موقعیت جدید می‌شود [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان با نیاز ویژه، محدودیت‌هایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند [۱۵].

سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری از جمله متغیرهایی هستند که می‌توانند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل نمایند [۱۶]. سرسختی با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های جسمی و روانی پیشگیری می‌کند [۱۷]. سرسختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی است که ابتدا مورد توجه کوباسا قرار گرفت. او سرسختی را مجموعه‌ای متشکل از ویژگی‌های شخصیتی می‌دانست که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت که به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند [۱۸]. مفهوم سرسختی، مفهومی بسیار مفید است که می‌تواند نشان دهد که فرد، حتی با داشتن یک فرزند معلول، می‌تواند سلامت روان خود را حفظ کند [۱۹،۲۰]. در این چهارچوب سرسختی به عنوان ترکیبی از نگرش‌ها و باورها تعریف می‌شود که به فرد انگیزه و جرأت می‌دهد تا در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و دشوار، کارهای سخت و راهبردی انجام دهد و برای سازگاری با آن شرایط سرسختانه فعالیت کند تا از میان رویدادهایی که می‌تواند به صورت بالقوه واجد پیامدهای فاجعه آمیز و ناخوشایند باشند راهی به سوی رشد و تعالی باز کند و فرصت‌هایی برای رشد فراهم آورد [۲۱].

هال و پیرسون [۲۲] بیان می‌دارند نیاز به این مسئله احساس می‌شود که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه تاب‌آورانه‌تری تفکر و سپس عمل کنند. ازاین‌رو مداخله‌هایی که هدف‌شان تحت تأثیر قرار دادن فرآیندهای فکری است، می‌توانند گام مهمی در ایجاد مهارت‌ها و توانایی‌های مربوط به تاب‌آوری باشند [۲۳].

تاب‌آوری را به معنای خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. فرد تاب آور به‌طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره حل مسائل است [۲۴]. همچنین افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان خود را حفظ کرده و دارای سازگاری روان‌شناختی هستند به طوری که در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، آمادگی لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را به دست می‌آورند [۲۵].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری و سرسختی رابطه مستقیمی وجود دارد [۲۶]. محمدی حاصل و عبدالحسینی [۲۷] در پژوهش خود با عنوان آموزش سرسختی و استرس ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش سرسختی در دانشجویان می‌شود. سیمونز و یودر، در پژوهش خود نشان دادند که آموزش تاب‌آوری در افراد نظامی باعث افزایش سرسختی در آنها می‌شود [۲۸].

در پژوهش حاضر، سازه تاب‌آوری خانواده مورد توجه است تا با آموزش آن، تأثیر آن بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی–حرکتی شهر خرم آباد ارزیابی شود. باتوجه به فقدان چنین پژوهشی، و اینکه مادران کودکان معلول بیشترین بار عاطفی کودکان را بر دوش دارند و همچنین نیاز این دسته از مادران به افزایش سرسختی روان‌شناختی جهت مقابله با مشکلات و چالش‌های ناشی از داشتن فرزند معلول، لزوم انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. لذا مسئله اصلیِ پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول است. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد فرضیه اصلی پژوهش این است که روش آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی–حرکتی شهر خرم آباد مؤثر است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که از طرح گروهی پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری در این پژوهش همه مادرانِ کودکان دارای ناتوانی در شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۸ بود.

برای اجرای پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم از اداره بهزیستی شهر خرم آباد اخذ گردید، بدین روش که اطلاعیه در مراکز توان‌بخشی و بهزیستی شهر خرم آباد برای آگاهی یافتن مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی و علاقه‌مند به شرکت در دوره آموزش تاب‌آوری خانواده نصب شد و پس از توضیح در مورد اهداف آموزشی از مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی که متقاضی شرکت در این جلسات بودند، ثبت‌نام به عمل آمد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت در دسترس بود و ۳۰ نفر از مادرانی که پایین‌ترین نمرات را در پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کسب کردند به روش فرمول کوکران انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل یک فرزند دارای ناتوانی، متأهل بودن، سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال و تمایل به شرکت در جلسات آموزش تاب‌آوری خانواده بود.

گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با اقتباس از کتاب تقویت تاب‌آوری خانواده والش، ترجمه دهقانی [۲۵]، تحت آموزش تاب‌آوری خانواده قرار گرفتند (جدول-۱). همزمان با اعمال مداخله و ارائه آموزش تاب‌آوری خانواده برای گروه آزمایش، گروه کنترل تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفتند. پس از اعمال مداخله برای گروه مداخله، هر دو گروه مداخله و کنترل، مجدداً پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند و سپس داده‌ها مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی اهواز (Ahvaz Hardiness Inventory): این پرسش‌نامه دارای ۲۰ پرسش چهارگزینه‌ای: «هرگز» (۰)، «به‌ندرت» (۱)، «گاهی اوقات» (۲) و «اغلب اوقات» (۳) است. برای سنجش همسانی درونی «پرسشنامه سرسختی اهواز» ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه یافته‌های حاصل ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۴، به دست آمد. برای سنجش پایایی «مقیاس سرسختی اهواز»، این آزمون دوباره پس از ۶ هفته به ۱۱۹ دانشجو (۵۳ پسر و ۶۶ دختر) ارائه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوباره برای کل آزمودنی‌ها r=۰/۸۴، آزمودنی‌های پسر r=۰/۸۴ و آزمودنی‌های دختر r=۰/۸۵، به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه سرسختی اهواز، این مقیاس به‌طور همزمان به ۴ پرسش‌نامه ملاک مقیاس خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و اضطراب برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۵۵-، ۰/۷۰ - و ۰/۴۴- به دست آمد. این ضرایب بیانگر همبستگی منفی معنی‌دار بین سرسختی و اضطراب هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و افسردگی برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب، ۰/۶۲-، ۰/۷۱-، ۰/۵۷ بود. ضریب‌های همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌های دختر و پسر در مقیاس خودشکوفایی با مقیاس سرسختی اهواز به ترتیب ۵۵٪، ۶۵٪ و ۰/۴۵ بود. نتایج آزمون‌های همبستگی پیرسون بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی اهواز نشان داد که ضریب‌های همبستگی ازنظر آماری معنی‌دار هستند و این ضریب‌ها به ترتیب برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر ۰/۵۱، ۰/۶۱، ۰/۴۶ بودند [۲۹].

تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها: برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری و بررسی فرضیه‌های پژوهشی با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمونه‌ای آمار استنباطی، متناسب با نوع داده‌ها و متغیرها در نرم‌افزار SPSS-24 و در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده گردید. برای این منظور، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده‌ها و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه طبق پروتکل‌های اخلاقی معاهده هلسینکی اجرا شد و اطلاعات شخصی بیماران به طور کاملاً ناشناس باقی ماند. همچنین برای رعایت اخلاق در پژوهش؛ بعد اتمام پژوهش اکثریت گروه کنترل بصورت داوطلبانه تحت مداخلات آموزشی تاب آوری قرار گرفتند. تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت نامه کتبی و آگاهانه را تکمیل کردند و اهداف و روش اجرا برای ایشان تشریح شد. این پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی لرستان کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.275 دریافت کرده است.

یافته‌ها

در گروه آزمایش ۵ نفر در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال و ۱۰ نفر در گروه سنی ۴۰-۵۱ سال و در گروه کنترل ۴ نفر در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال، ۱۱ نفر در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال بودند. فراوانی سطح تحصیلات مادران در گروه آزمایش ۲ نفر بی‌سواد، ۵ نفر ابتدایی، ۸ نفر راهنمایی و در گروه کنترل ۱ نفر بی‌سواد، ۴ نفر ابتدایی و ۱۰ نفر راهنمایی بودند.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات سرسختی روان‌شناختی برحسب مرحله و عضویت گروهی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

جدول-۱. خلاصه جلسات آموزشی تاب‌آوری مبتنی بر کتاب تقویت تاب‌آوری خانواده والش

جلسه	محتوا
اول	۱- آشنایی اعضای گروه و درمانگر ۲- بیان اهداف برگزاری جلسات آموزشی ۳- بیان قوانین گروه ۴- بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر ۵- ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تاب‌آوری ۶- اجرای پیش‌آزمون
دوم	۱- ارائه توضیحات لازم به مادران در مورد هدف از تشکیل جلسات آموزش ۲- ارائه مفاهیم پایه در مورد تاب‌آوری خانواده ۳- عادی‌سازی: موضوعیت دادن به سختی و رنج ۴- حس انسجام: در نظر گرفتن بحران به‌عنوان چالشی معنی‌دار، قابل‌فهم و کنترل
سوم	۱- شهامت و دلگرمی: تائید توانایی‌های خود و تکیه بر استعدادهای بالقوه ۲- غنیمت شمردن فرصت‌ها: ابتکار عمل خلاقانه و پشتکار (روحیه توانستن) ۳- تسلط بر احتمالات: پذیرش آنچه نمی‌توان تغییر داد.
چهارم	۱- معنویت: ایمان، حمایت جمعی مذهبی ۲- دگرگونی: یادگیری، تغییر و رشد از مسیر سختی ۳- انعطاف‌پذیری: بازگشت مجدد، سازمان‌دهی مجدد، انطباق با چالش‌های جدید در زندگی، پایداری در خلال ناآرامی ۴- رهبری مقتدرانه: پرورش، محافظت، راهنمایی
پنجم	۱- حمایت متقابل، همکاری، تعهد ۲-احترام به نیازها، تفاوت‌ها و مرزهای افراد ۳-جلب ارتباط: جلب رضایت مجدد از روابط آسیب‌دیده ۴- آموزش ابتکار عمل و پشتکار
ششم	۱- مطرح کردن حیطه‌ای از احساسات (لذت و درد، امیدها و احساسات) ۲-همدلی متقابل، مدارا با تفاوت‌ها ۳-مسئولیت‌پذیری برای احساسات و رفتارهای خود ۴-تعاملات خوشایند، فراغت و شوخ‌طبعی
هفتم	۱-تمرکز بر اهداف: گام‌هایی استوار، تکیه بر موفقیت، درس گرفتن از شکست ۲- موضع فعال: پیشگیری از مشکلات، دفع بحران‌ها و آمادگی برای چالش‌های آینده
هشتم	۱-الگوهای ضربه‌گیر خانواده، خودآگاهی، پرورش اعتمادبه‌نفس ۲- حمایت و تعهد متقابل در خانواده، خود مراقبتی ۳- تصمیم‌گیری مشترک، حل تعارض: مذاکره، بی‌طرفی، رابطه متقابل
نهم	۱-جمع‌بندی و به پایان رساندن آموزش‌های داده‌شده در زمینه تاب‌آوری ۲- اجرای پس‌آزمون

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، میانگین نمره سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش، در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۶/۰۵ و در پس‌آزمون برابر با ۳۹/۰۶ و این مقادیر برای گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با ۲۷/۰۹ بود و در مرحله پس‌آزمون برابر ۲۸/۰۲ است.

جدول-۱. شاخص‌های توصیفی نمرات سرسختی روان‌شناختی بر حسب مرحله و عضویت گروهی

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	۲۶/۰۵±۱۵/۲۲	۳۹/۰۶±۱۱/۸
کنترل	۲۷/۰۹±۱۴	۲۸/۰۲±۱۰/۰۹

به‌منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های دو گروه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. حجم نمونه در این پژوهش برای هر گروه کمتر از ۳۰ نفر بود، لذا آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر سرسختی روان‌شناختی تائید می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نمرات در این متغیر در موقعیت پیش‌آزمون دارای توزیع نرمال است.

برای سنجش فرضی همگنی ماتریس‌های واریانس/ کوواریانس از آزمون لوین و ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول ۳ آمده است و سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ است (P=۰,۴۲، F=۱,۰۱ و ۶,۸۷ = باکس) که معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است. نتایج آزمون لوین در جدول ۴ ارائه شده است و سطح معناداری متغیر سرسختی روان‌شناختی بالاتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است و می‌توان از آزمون پارامتریک (تحلیل کوواریانس) استفاده نمود.

جدول-۲. آزمون شاپیرو- ویلک مفروضه به هنجار بودن توزیع نمرات

مؤلفه	آماره	DF	P
سرسختی روان‌شناختی	۰/۹۵	۳۰	۰/۱۷

جدول-۳. نتایج آزمون باکس جهت بررسی ماتریس کوواریانس متغیر پژوهش در پس‌آزمون

آزمون	ام- باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P value
آماره آزمون	۶/۸۷	۱/۰۱	۶	۵۶۸۰/۳	۰/۴۱

جدول-۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس متغیر پژوهشی در پس‌آزمون

متغیر	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سرسختی روان‌شناختی	۱/۳۰	۱	۲۸	۰/۹۵

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

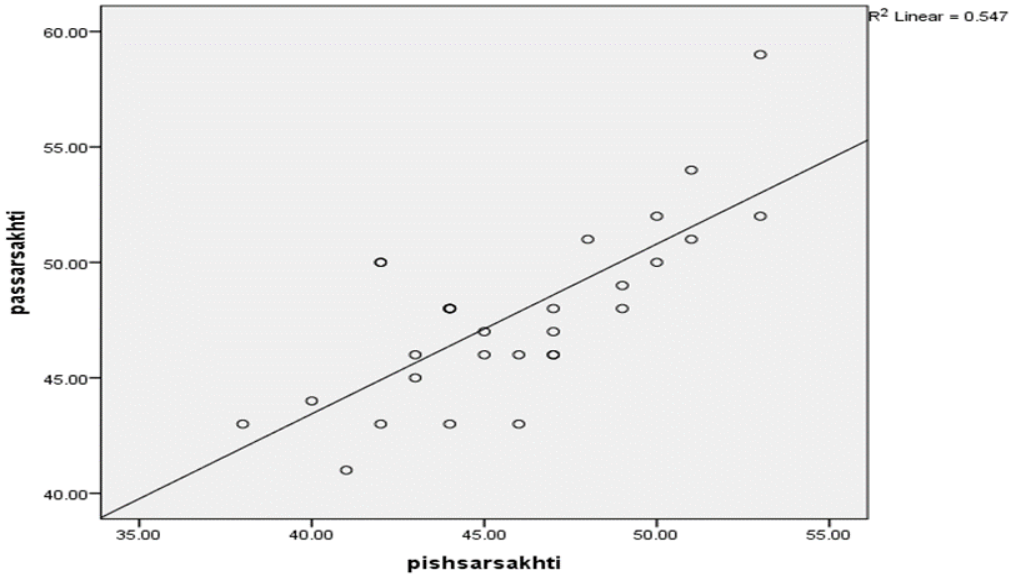
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

اجرای تحلیل کوواریانس زمانی لازم است که بین متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته همبستگی وجود داشته باشد. در این آزمون متغیر هم‌پراش، مقدار پیش‌آزمون و متغیر وابسته مقدار به دست آمده در پس‌آزمون برای متغیر سرسختی روان‌شناختی است. بنابراین باید بررسی شود که آیا این همبستگی وجود دارد یا خیر. این کار از طریق بررسی خطی بودن رگرسیون هم‌پراش وابسته انجام شد. این مفروضه را می‌توان از بررسی رگرسیون مورد بررسی قرار داد که در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

همان‌گونه که از نمودار ۱ برمی‌آید، نمودار پراکندگی به همراه خط رگرسیونی بیانگر آن است که فرض خطی بودن رابطه متغیر وابسته (پس‌آزمون سرسختی روان‌شناختی) و متغیر کوواریت (پیش‌آزمون سرسختی روان‌شناختی) برقرار بوده و رابطه خطی برقرار است.

برای انجام تحلیل کوواریانس باید شیب خط رگرسیون بین همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه آزمایش و گواه) یکسان باشد. با توجه به نتایج جدول ۵ تعامل میان گروه و متغیر پیش‌آزمون (کوواریت) از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند و اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیره مجاز است.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود پیش‌آزمون سرسختی روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون داشته که کنترل شده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی مادران گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0.001$ و $F=۱۰,۲۴$). مقدار مجذور اتای عضویت گروهی ۳۵ درصدی به دست آمده که در سطح ۰/۰۰۳ معنادار است.



نمودار-۱. رابطه خطی متغیر سرسختی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول-۵. نتایج آزمون بررسی شیب‌های رگرسیونی تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری
مدل	۲۴۱۶,۴۴	۶	۴۰۲,۷۴	۴,۶۲	۰/۰۰۳
گروه*پیش‌آزمون	۷۰۰,۴۲	۲	۳۵۰,۲۱	۴,۰۲۱	۰/۱۸
خطا	۲۰۰۳,۰۲	۲۳	۸۷,۰۸۸	–	–
کل	۹۸۹۴۸,۰۰	۳۰	–	–	–

جدول-۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره سرسختی روان‌شناختی مادران گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۷۶,۷۷	۱	۴۷۶,۶۵	۴,۳۲	۰/۰۴	۰/۲۳
عضویت گروهی	۱۱۳۰,۱۱	۱	۱۱۳۰,۱۱	۱۰,۲۴	۰/۰۰۳	۰/۳۵
خطا	۲۹,۱۳	۲۷	۱۰۸,۵۰	_	_	_

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

بحث

در مطالعه حاضر تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی–حرکتی شهر خرم‌آباد بررسی شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و نمرات مادران در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. این نتایج با یافته‌های سیمونز و یودر [۲۸]، محمدی حاصل و عبدالحسینی [۲۷]، مظلوم بفروئی و همکاران [۳۰]، رحیمیان بوگر و اصغرنژاد [۳۱]، مدی و خوشابا [۳۲] و بونانو [۳۳] همسو است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که افراد سرسخت برای برخورد با مشکلات از شیوه فعال حل مسئله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند، بهره می‌گیرند و بنابراین سطح نگرانی و احساس خطر در افراد سرسخت در پیشامدهای ناگوار بسیار پایین است [۳۴]. هانگ [۳۳] نیز باور دارد که افراد سرسخت به رویارویی موفق و کارآمد در برابر استرس‌ها با وجود بروز پیشامدهای ناگوار امیدوارند، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته‌ساز، برخوردارند و به نقش خود به‌عنوان فرد ارزنده و بااهمیت باور دارند. تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. همچنین در مورد رابطه بین سرسختی و تاب‌آوری اعتقاد بر این است که افراد تاب‌آور تمایل به تعهد و درگیری کامل در فعالیت‌های روزمره دارند، آنها از چالش‌ها لذت می‌برند و معتقدند تغییر و بیماری امری طبیعی و قابل‌قبول است، ازاین‌رو به مشکلات زندگی و بیماری‌ها به‌عنوان فرصتی برای افزایش مهارت‌ها و توانایی‌ها می‌نگرند. سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری ازجمله متغیرهایی هستند که می‌توانند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل نمایند [۳۵]. افراد خود تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط استرس‌زا را دارند [۳۶].

در تبیین دیگری می‌توان گفت که تاب‌آوری از طریق شناسایی مشکلات و فشارهای روانی مربوط، بارش فکری خلاقانه، تصمیم‌گیری‌های مشترک، مذاکره، مصالحه و روابط متقابل، مدیریت و حل تعارض، تمرکز روی اهداف قابل دسترس، درس گرفتن از شکست، پیش‌گیری از مشکلات و دفع بحران‌ها، باعث افزایش سرسختی در اعضای خانواده می‌شود [۲۵].

مطالعات روی فرایندهای خانواده ثابت کرده شفافیت در ارتباط، ابراز آزاد هیجانات و حل مسئله مشارکتی، عناصر حیاتی تاب‌آوری در خانواده هستند. علی‌رغم مشکلات خاصی که یک خانواده با خود به درمان می‌آورد، تقویت فرآیندهای ارتباطی برای تسکین درد خانواده و افزایش منابع خانواده حیاتی است. مطابق با باورهای کلیدی برای تاب‌آوری خانواده، مهم است که به خانواده‌ها کمک کنیم تا اهداف قابل دسترس و واقع‌گرایانه، همراه با بصیرت بیشتر در مسیر زندگی تدارک ببینند، گام های استوار بردارند و بر موفقیت‌های کوچک تکیه کنند، از تجربه و شکست‌ها درس بگیرند، دست به نوآوری بزنند، برای چالش‌های قابل پیش‌بینی آماده شوند، و بالاتر از همه انتظار رویدادهای غیرمنتظره را داشته باشند [۳۵]. با توجه به اینکه تاب‌آوری نقش مهمی در ایجاد سرسختی روان‌شناختی در افراد دارد لازم است مادران دارای فرزند معلول جسمی–حرکتی به دلیل مشکلات متعددی که در آموزش و تربیت فرزندان معلول خود به عهده دارند و لزوم مقابله مؤثر و مفید با این مشکلات، تحت این‌گونه آموزش‌ها قرار بگیرند.

نتایج این پژوهش محدود به مادران کودکان دارای ناتوانی است، بنابراین باید در تعمیم نتایج برای سایر خانواده‌ها و به پدران احتیاط کرد. با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود اثربخشی این نوع آموزش در دیگر مناطق کشور و روی نمونه بیشتر و در مورد پدران به‌منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. همچنین هماهنگ با این پژوهش، پژوهش‌هایی به‌صورت طولی انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان دارای ناتوانی جسمی- حرکتی مؤثر بوده و منجر به افزایش آن شده است. به همه متخصصان مربوطه پیشنهاد می‌شود از این برنامه آموزشی به‌عنوان مداخله انتخابی جهت افزایش سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی–حرکتی استفاده نمایند.

کاربرد عملی مطالعه

این پژوهش برای آموزش خانواده های دارای کودک ناتوان کاربرد دارد و موجب افزایش سرسختی روانشناختی آنها و بهبود کیفیت زندگی خواهد شد.

سهم نویسندگان

امرائی نگارش اولیه و تهیه درافت اولیه و مراحل ثبت و پذیرش و بازبینی مقاله را انجام داد. سبزمنش جعفری طرح موضوع اولیه و انجام آموزش روانی را بر عهده داشت. حسن‌زاده جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آماری آنها را انجام داد. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تشکر و قدردانی

از اداره بهزیستی شهرستان خرم آباد و خانواده کودکان دارای معلولیت جسمی–حرکتی به سبب همکاری و مشارکت فعال، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

حمایت مالی

این پژوهش هیچ حمایت مالی دریافت نکرده است و با هزینه نویسندگان انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Khodabakhshi-Koolaee A. Family Therapy and Parent Training: Program and Models. 1 ed. Tehran: Jungle; 2012.
2. Milanifar B. The Psychology of Exceptional Children and Adolescents. 31 ed. Tehran: Ghoomes; 2020.
3. Gau SS, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou WJ, Wu YY. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. Research in Autism spectrum disorders. 2012; 6(1): 263-70. doi:10.1016/j.rasd.2011.05.007
4. Lightfoot E, Hill K, LaLiberte T. 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. 2011; 33(11):2069-75. doi:10.1016/j.childyouth.2011.02.019
5. Axelsson AK, Granlund M, Wilder J. Engagement in family activities: a quantitative, comparative study of children with profound intellectual and multiple disabilities and children with typical development. Child: care, health and development. 2013; 39(4): 523-34. doi:10.1111/cch.12044
6. Shang X, Fisher KR, Xie J. Discrimination against children with disability in China. International Journal of Social Welfare. 2011; 20(3):298-308. doi:10.1111/j.1468-2397.2009.00666.x
7. Stewart M, Barnfather A, Magill-Evans J, Ray L, Letourneau N. Brief report: An online support intervention: Perceptions of adolescents with physical disabilities. Journal of Adolescence. 2011; 34 (4): 795-800. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.007
8. Azar M, Badr LK. The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. Journal of Transcultural Nursing. 2006; 17(4):375-80. doi:10.1177/1043659606291550
9. Fabricatore AN, Handal PJ, Rubio DM, Gilner FH. Stress, religion, and mental health: Religious coping in mediating and moderating roles. The international journal for the psychology of religion. 2004; 14(2):91-108. doi:10.1207/s15327582ijpr1402_2
10. Van den Berg AE, Hartig T, Staats HJ. Preference for nature in urbanized societies: Stress, restoration, and the pursuit of sustainability. 2007; 63(1):79-96. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x
11. Ozbay F, Fitterling H, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress across the life span: a neurobiologic framework. Current Psychiatry Reports. 2008; 10(4):304. doi:10.1007/s11920-008-0049-7
12. Crockett LJ, Iturbide MI, Torres Stone RA, McGinley M, Raffaelli M, Carlo G. Acculturative stress, social support, and coping: relations to psychological adjustment among Mexican American college students. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology. 2007; 13(4):347. doi:10.1037/1099-9809.13.4.347
13. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2018; 48(4): 1108-21. doi:10.1007/s10803-017-3447-z
14. Ogden J. Health psychology: A textbook: A textbook: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
15. Peterson CC, Palermo TM. Parental reinforcement of recurrent pain: The moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. Journal of Pediatric Psychology. 2004; 29(5):331-41. doi:10.1093/jpepsy/jsh037
16. Morgan JK, Brown J, Bray RM. Resilience as a moderating factor between stress and alcohol-related consequences in the Army National Guard. Addictive Behaviors. 2018; 80: 22-7. doi:10.1016/j.addbeh.2018.01.002
17. Babolan AZ, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2011; 12(3):45.
18. Kobasa SC. Hardiness, In H. Lindzey, M. Thapson and A. Spring (Eds.) Psychology (3rd ed). New York: Worgh Publishers; 1988.
19. Vance DE, Struzick TC, Masten J. Hardiness, successful aging, and HIV: Implications for social work. Journal of Gerontological Social Work. 2008; 51(3-4):260-83. doi:10.1080/01634370802039544
20. Hamama-Raz Y, Solomon Z. Psychological adjustment of melanoma survivors: The contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. Journal of Individual Differences. 2006;27(3):172-82. doi:10.1027/1614-0001.27.3.172
21. Maddi SR. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Consulting psychology journal: practice and research. 2002; 54(3):173. doi:10.1037/1061-4087.54.3.173
22. Hall DK, Pearson J, Reaching IN. Resilience-giving children the skills to bounce back. Voices for Children. 2003; 25:1-0.
23. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Developing a program to increase resilience against of stress and the effect of it's education on the quality of life components of parents with children with mild mental retardation. Iranian Journal of Exceptional Children. 2011; 11(2):119-40.
24. Mikaeili N, Mokhtarpour HE, Meysami BS. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in the prediction of the quality of life in

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]

patients with multiple sclerosis. 2012.
25. Walsh F. Strengthening family resilience: Guilford publications; 2015.
26. Narimani M, Abbasi M. Survey of Relationship between Psychological Hardiness and Self-toleration and vocational Weariness. Productivity Management (Beyond Management). 2009; 2(8):75-92 [Persian].
27. Hasel KM, Abdolhoseini A, Ganji P. Hardiness training and perceived stress among college students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 30: 1354-8.
28. Simmons A, Yoder L. Military resilience: A concept analysis. In nursing forum. 2013; 48(1): 17-25. doi:10.1111/nuf.12007
29. Kiamarsi A, Bahman N, Mahnaz M-H. Construction and Validation of a Scale for measure psychological hardiness. Journal of Psychology and Education. 1998; 5(3-4):271-85.
30. Mazlom Bafroe N, Shams Esfand Abadi H, Jalali M, Afkhami Ardakani M, Dadgari A. The relationship between resilience and hardiness in patients with type 2 diabetes in Yazd. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2015; 23(2):1858-65.
31. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid AA. The relationship between psychological hardiness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of bam earthquake. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1):62-70.
32. Maddi SR, Khoshaba DM. Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you: Amacom Books; 2005.
33. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? 2004; 59(1):20. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
34. Low J. The concept of hardiness: A brief but critical commentary. Journal of Advanced Nursing. 1996; 24(3): 588-90. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.22820.x
35. Duff AJ. Understanding Post-traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment. The British Journal of Clinical Psychology. 1998; 37(2):242.
36. Lubinski D. Introduction to the special section on cognitive abilities: 100 years after Spearman's (1904)" 'General intelligence, 'objectively determined and measured". Journal of personality and social psychology. 2004; 86(1):96. doi:10.1037/0022-3514.86.1.96

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.7.4.29]