دارای موافقت اصولی جهت اخذ رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات پزشکی

انجمن علمی پرستاری ایران

# پژوهش توانبخشی در پرستاری

دوره اول شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۸۳-٤۳٤X

**تأثیر اجرای الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی و پیشگیری از عوارض بعد از عمل در بیماران جراحی پیوند عروق کرونر..... ۱**

زرافشان حقدوست، کیان نوروزی، محمدعلی حسینی

**تأثیر توانمندسازی بر اساس روش حل مسئله و با پیگیری تلفنی بر آمادگی جهت ترخیص مراقبین خانوادگی بیماران صدمات مغزی وآگاهی، نگرش و مهارت مراقبتی آنان..... ۱۰**

محبوبه علی آبادی، محمد مجلی، شهلا خسروان، فاطمه محمدزاده

**اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان..... ۲۲**

کبری کنعانی، سمیرا هادی، پریناز طیبی نائینی

**بررسی تأثیر سرمادرمانی بر کنترل درد مرتبط با تنفس عمیق و سرفه در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز بیمارستان شهید رجایی..... ۳۳**

مریم شکوری، کیان نوروزی، فرحناز محمدی

**مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سلامت جسمانی و روانی مادران کودکان بهنجار با مادران کودکان معلول مراکز توانبخشی..... ٤۲**

منصور بیرامی، یزدان موحدی، فاطمه خدایاری

**مقایسه بهزیستی روان شناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی بین دختران دانش‌آموز غیر معتاد و معتاد به اینترنت در دبیرستان های اصفهان..... ۵۲**

سمیرا هادی، ربابه نوری، شهرام محمدخانی، غلامرضا منشئی

**مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی..... ٦۳**

یزدان موحدی، هانیه خرازی نوتاش، محمد حسین بیگلو

**مؤلفه‌های رفتار اطلاعاتی بیماران قلبی عروقی شرکت‌کننده در برنامه توانبخشی قلب..... ۷۳**

محمد غلامی، مسعود فلاحی خشکناب، سادات سیدباقر مداح، حبیب اله رضایی، احمد اسدالهی، سجاد یاراحمدی، نازیلا موسوی ارفع

[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

**به نام خداوند جان و خرد**

# نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری

## فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره اول، شماره ۲ - زمستان ۱۳۹۳

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر کیان نوروزی

•**سردبیر:** دکتر مسعود فلاحی خشکناب

•**مدیر اجرایی:** زهرا تمیزی

•**کارشناس نشریه:** اکرم پورولی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۳۲۹۶۱/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۴X مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

**اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):**

- دکتر نرگس ارسلانی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر اصغر دالوندی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر مریم روانی پور دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فرحناز محمدی، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سهیل نجفی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر منیر نوبهار، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**• داوران این شماره** (به ترتیب حروف الفبا):

فاطمه پاشایی
سریه پورتقی
نگار پوروخشوری
زهرا تمیزی
نسرین جعفری گلستان
علی حسام زاده
طیبه حسن طهرانی
سعید حمدزاده
محبوبه داخته هارونی
دکتر علی سلیمانی
مرتضی شمسی زاده
دکتر رضا ضیغمی
دکتر محمد غلامی
علیرضا قهرمانی
اسمعیل محمدنژاد

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر کیان نوروزی

• **ویراستار فارسی:** دکتر کیان نوروزی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

**E-mail:** info@ijrn.ir, **Website:** http://ijrn.ir

[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ ۵۱-۴۲

# مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سلامت جسمانی و روانی مادران کودکان بهنجار با مادران کودکان معلول مراکز توانبخشی

منصور بیرامی[۱]، *یزدان موحدی[۲]، فاطمه خدایاری[۳]

## چکیده

**مقدمه:** تولد کودک معلول مشکلاتی را برای خانواده رقم می زند و باعث ایجاد استرس در اعضاء خانواده به خصوص مادران آن ها می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی مادران کودکان معلول مراکز توانبخشی با مادران کودکان بهنجار انجام شد.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که بر روی ۶۰ نفر از مادران کودکان معلول بهزیستی شهرستان اهر که با روش نمونه‌گیری در دسترس و ۶۰ نفر از گروه بهنجار جمعیت عادی که از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند انجام گردید. این دو گروه از لحاظ سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی با یکدیگر یکسان‌سازی شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی انجام گردید و داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS و با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران مددجویان مراکز توانبخشی با مادران کودکان بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) به طوری که میانگین و انحراف معیار نمره سرمایه روان شناختی و کیفیت زندگی در گروه مادران مددجویان مراکز توانبخشی ۶/۱۱±۴۶/۳۰ و ۳۸۵/۳۷ ± ۱۵۱۹/۱۶ و گروه مادران کودکان بهنجار ۱۲/۷±۵۳/۱۳ و ۵۷۲/۲۹ ± ۲۰۲۹/۲۵ بود.

**نتیجه‌گیری:** مادران مددجویان توانبخشی از کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان بهنجار برخوردار بودند. بنابراین اتخاذ راهکارهایی جهت ارتقاء سطح کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی به عنوان سازه‌های مهم حوزه توانبخشی مادران افراد معلول ضروری به نظر می‌رسد.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، مددجویان مراکز توانبخشی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

۱- استاد، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

**پست الکترونیکی:** Yazdan.movahedi@gmail.com

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران.

[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

## مقدمه

طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، در حدود دو میلیون و هشت هزار معلول در کشور وجود دارد. مراقبت از معلولین و بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای آن ها به دنبال دارد. این خانواده‌ها از نحوه دسترسی به منابع موجود در جامعه، مدیریت رفتارهای دشوار و پیچیده‌ی بیمار و چگونگی روبرو شدن با احساس گناه، سردرگمی، اندوه و برانگیختگی احساس خود، آگاهی کافی ندارند و در نتیجه با فرسودگی و اختلالات روان‌پزشکی متعددی مواجه می‌شوند (۱). مطالعات نشان داده است که بسیاری از بستگان افراد مبتلا به اختلالات روانی دارای نشانه‌هایی از انواع بیماری‌های روان‌شناختی، جسمی (۲) و فرسودگی (۳) می‌باشند. تولد کودک معلول در خانواده، مشکلاتی را برای اعضاء خانواده رقم می زند و باعث استرس در آن ها به خصوص مادران می‌شود (۴،۵،۶).

ناتوانی کودک در خانواده بحران ایجاد می‌کند. باوجوداین تفاوت اساسی خانواده‌هایی که کودک معلول دارند با خانواده‌هایی که با بحران روبرو می‌شوند، در مزمن بودن وضعیتی است که مادران کودکان معلول با آن دست به گریبان هستند. این خانواده‌ها باید به صورت شبانه‌روزی و برای سالیان متمادی از فرزندانشان مراقبت کنند. فشارها و استرس های ناشی از مراقبت دائم می‌تواند کشنده باشد و سبب فرسودگی جسمی و روانی مادران شود. علاوه بر این ممکن است خانواده با مشکلات مالی روبرو شود. میزان تنشی که خانواده تجربه می‌کند احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود، حمایت اعضای خانواده و حمایت‌های اجتماعی بستگی دارد (۷).

به‌طورکلی حضور این کودکان، تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی مادران آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روانی این خانواده‌ها، می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آن‌ها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسئله هر گونه تلاشی که در راستای شناسایی و بررسی کیفیت زندگی و نحوه مدیریت این خانواده‌ها صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند می‌باشد (۸).

مشاهدات روزمره روان‌پزشکان و روانشناسان نشان می‌دهد که وجود کودک معلول مسائل و مشکلاتی را در خانواده‌ها ایجاد می‌کند به خصوص اگر سایر کودکان خانواده دارای هوش طبیعی و یا حتی باهوش تر باشند. واکنش‌های پدر و مادر نسبت به کودکان استثنایی خود یکسان نیست و غالباً به میزان اختلال، راهنمایی روان‌پزشک، روانشناس، وضع اجتماعی و اقتصادی خانواده، شخصیت مادران و سایر عوامل بستگی دارد (۹).

علی‌رغم وجود فرسودگی‌های ذهنی و جسمی، خانواده‌ها توانسته‌اند با فشار روانی و ذهنی ناشی از بیماری روانی، شامل واکنش هیجانی نسبت به فرد بیمار، احساس از دست دادن وی، فقدان و افسوس مراقبت از وی کنار بیایند، ولی فرسودگی عینی که شامل محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، کار، تفریح، مشکلات مالی و جسمی و اختلال در روابط خانوادگی می‌باشد را نمی‌توان نادیده گرفت و این عوامل روی سلامت روانی، تأثیر بیشتری می‌گذارد (۱۰).

واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده‌ی خانواده می‌باشد (۱۰) مطالعات نشان داده است که فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل‌توجه بوده و موجب تهدید سلامت روانی آن‌ها و کاهش کیفیت زندگی و رضایت‌مندی آنان از زندگی می‌گردد. یکی از مهم‌ترین تأثیراتی که حضور کودک معلول بر خانواده می‌گذارد، از دست دادن امنیت و آرامش حاکم بر خانواده است. خانواده‌ای که تا قبل از این در محیط امن زندگی می‌کرد با وجود داشتن یک بیمار مبتلا به معلولیت نمی‌تواند آرامش قبلی خود را به‌طور کامل حفظ نماید (۱۱).

اعضای خانواده، قربانیان دوم معلولین هستند. شوک و ناباوری اولین احساس است که در مادران و خانواده بروز می‌کند، احساس ترس و خجالت نیز احساس دیگری است که در مادران این افراد نمایان می‌شود. آن‌ها مجبور می‌شوند احساسات، باورها و ارزش‌های خویش را بازبینی کنند و آنچه که قبلاً باعث شرم آن‌ها بوده را تغییر دهند که همین موضوع باعث



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

تحمیل فشار روانی سنگین بر خانواده و اطرافیان می‌گردد. معمولاً فشار ناشی از مراقبت از بیمار، به عهده یک یا دو نفر از اعضای خانواده می‌باشد. آن‌ها اغلب احساس انزوا، ناامیدی و عصبانیت می‌کنند (۱۲).

حمایت از خانواده، کمکی به کودکان معلول است تا با بیماری خویش کنار بیایند و امکان زندگی در کنار خانواده‌های خود را داشته باشند. امروزه نقش خانواده‌ها در توانبخشی کودکان معلول به‌طور گسترده‌ای شناخته شده است (۱۳).

از سوی دیگر عوامل متعددی در این امر دخیل هستند که می‌توان به کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی Psychological Capital اشاره کرد. تئوری کیفیت زندگی بیان می‌کند بخش بزرگی از شادی، از برآورده شدن کامل نیازها، خواسته‌ها و اهداف در حوزه‌هایی از زندگی نشأت می‌گیرد که برای ما مهم هستند (۷).

از سوی دیگر سرمایه روان‌شناختی، از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرا است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۱۴). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس زا کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند؛ لذا این‌گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری هستند (۱۴).

سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته ای از چهار مؤلفه ادراکی- شناختی (امید)، خود کارآمدی، تاب آوری و خوش بینی می‌باشد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی به زندگی فرد معنی بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشار زا را تداوم می‌بخشند (۱۵) و او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (۱۶) و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۱۷).

تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از خانواده‌های ایرانی، اثرات منفی سرپرستی کودک معلول، همچنین فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی را تجربه می‌کنند. با انجام این پژوهش و شناخت کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی مادران مددجویان مراکز توانبخشی می‌توان در اجرای طرح‌های آموزشی مهارت‌های زندگی که در حال حاضر در سطح کشور توسط سازمان‌های اجتماع محور از جمله سازمان بهزیستی انجام می‌شود به خانواده‌های این کودکان نگاهی ویژه داشت و در بالا بردن سطح رضایت‌مندی این خانواده‌ها و نیز خانواده‌هایی که کودکان، با معلولیت‌های مختلف دارند نقش مؤثری ایفا نمود. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی مادران کودکان بهنجار با مادران کودکان معلول مراکز توانبخشی انجام شد.

## روش مطالعه

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران مددجویان مراکز توانبخشی با مادران کودکان بهنجار، روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مقایسه‌ای بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان معلول جسمی و ذهنی تحت پوشش بهزیستی شهرستان اهر بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان معلول بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. مادران گروه بهنجار نیز ۶۰ نفر بودند که از جمعیت عادی شهرستان اهر (افراد مراجعه‌کننده به بهزیستی) و از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. همچنین از طریق مصاحبه با این افراد مشخص می‌شد که آن‌ها دارای هیچ‌گونه فرزند معلولی نیستند. مادران در این دو گروه از لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی- اجتماعی با یکدیگر یکسان‌سازی شدند. لازم به ذکر است که تمامی مادران باسواد بوده و خودشان پرسشنامه را تکمیل نمودند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل مقیاس سرمایه روان‌شناختی psychological capital questionnaire و پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی Short Form 36 بود. مقیاس سرمایه روان‌شناختی توسط Luthans و همکاران ساخته شده است و دارای ۲۴ گویه است که ۴ بعد سرمایه



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

روان‌شناختی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۸). این ۴ بعد خود کارآمدی (Self-efficacy)، خوش بینی (optimism)، امید (Hope) و تاب آوری (Resiliency) می‌باشند. هر کدام از این ابعاد شامل ۶ گویه هستند. حداکثر نمره در هر مؤلفه ۲۶ و حداقل ۶ می‌باشد. اگرچه این مقیاس نسبتاً جدید است ولی شواهد زیادی حاکی از اعتبار و پایایی مناسب این مقیاس در مطالعات انجام شده بین فرهنگی و شغلی به دست آمده است و ابعاد چهارگانه این ابزار نیز در این پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفته است. میزان پایایی این پرسشنامه در مطالعات پیشین ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۴) همچنین در مطالعه حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد که از نظر روان‌سنجی در حد خوب و قابل قبولی است. برای ارزیابی ابعاد جسمانی و روانی سلامت در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی (SF-36) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس سلامت عمومی (۵ گویه)، عملکرد جسمانی (۱۰ گویه)، محدودیت ایفاء نقش به دلایل جسمانی (۴ گویه)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ گویه)، درد بدنی (۲ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، نشاط (۴ گویه) و سلامت روانی (۵ گویه) است، سؤال شماره ۲ به هیچ‌کدام از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و با نمره کل جمع می‌شود. نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه تعیین می‌شود. لازم به ذکر است که این تست در اختیار آزمودنی ها قرار داده می‌شود و آن‌ها خود به سؤالات پاسخ می‌دهند. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکارانش در سال ۲۰۰۵ بررسی‌شده که در حد مطلوب گزارش گردیده است به طوری که ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ تخمین زده شده است (۱۹).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه تبریز جهت اجرای پرسشنامه‌ها در بهزیستی و مراکز توانبخشی و ارائه معرفی‌نامه و دریافت اسامی مددجویان مراکز و پس از توضیح طرح پژوهشی به مادران مددجویان و اخذ رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرارداد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها استخراج و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و سپس آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

## یافته‌ها

همه‌ی آزمودنی‌های پژوهش زن و متأهل بوده و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۸ تا ۴۵ سال بود. در گروه بهنجار ۲۶ نفر از این افراد در دامنه سنی ۲۸ تا ۳۶ سال بوده و ۳۴ نفر هم در دامنه سنی ۳۷ تا ۴۵ سال بودند؛ اما در گروه مددجویان توانبخشی ۲۹ نفر در دامنه سنی ۲۸ تا ۳۶ سال بودند و ۳۱ نفر نیز در دامنه سنی ۳۷ تا ۴۵ سال قرار داشتند. همچنین گروه بهنجار از نظر تحصیلات، ۳۵ نفر دارای مدرک دیپلم، ۱۶ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۹ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. گروه مددجویان توانبخشی نیز از نظر تحصیلات، ۴۲ نفر دارای مدرک دیپلم، ۱۱ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۷ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. از نظر اشتغال نیز در گروه بهنجار ۵۲ نفر خانه‌دار و ۸ نفر شاغل بودند. در گروه مددجویان توانبخشی نیز ۵۶ نفر خانه‌دار و ۴ نفر شاغل بودند.

نتایج پژوهش بیانگر آن بود که میانگین نمرات سلامت جسمانی و روانی و نمره کل کیفیت زندگی در گروه مادران بهنجار بالاتر از مادران مددجویان توانبخشی بود (جدول ۱). نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در گروه مادران بهنجار بالاتر از مادران مددجویان توانبخشی مادران (جدول ۲).

با توجه به نتایج جدول فوق، جهت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره از آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس variance-covariance matrix (box's m) استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد واریانس متغیرها برابر بوده و باهم تفاوت معنی‌داری ندارند ($F=۱/۵۴$ ، $p>۰/۰۵$)، بنابراین بکار گیری تحلیل واریانس چند متغیره مناسب تشخیص داده شد. همچنین نتایج آزمون برابری واریانس های لون (Leven's Homogeneity of Variance test) برای



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

هیچ یک از دو متغیر کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی معنی‌دار نبود.

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که دو گروه با توجه به آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در بعد سلامت جسمانی و روانی کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند (جدول ۳).

علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که دو گروه با توجه به نتیجه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در بعد خود کارآمدی (p=۰/۰۰۱)، امیدواری (p=۰/۰۳۴)، تاب آوری (p=۰/۰۳۸)، خوش بینی (p=۰/۰۱۴) و نمره کل سرمایه روان‌شناختی (p=۰/۰۰۱) در سطح اطمینان ۹۵ درصد با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند (جدول ۴).

**جدول شماره ۱:** میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مادران مددجویان مراکز توانبخشی با مادران کودکان بهنجار

| مؤلفه | آزمودنی ها | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|---|---|---|---|---|
| | سلامت جسمانی | ۱۳۴۲/۴۲ | ۳۵۹/۱۷۳ | ۶۰ |
| مادران کودکان بهنجار | سلامت روانی | ۶۸۶/۸۳ | ۲۶۸/۵۷ | ۶۰ |
| | کل کیفیت زندگی | ۲۰۲۹/۲۵ | ۵۷۲/۲۹ | ۶۰ |
| | سلامت جسمانی | ۱۰۷۳/۰۸ | ۲۵۴/۶۵ | ۶۰ |
| مادران کودکان معلول | سلامت روانی | ۴۴۶/۰۸ | ۱۹۹/۸۷ | ۶۰ |
| | کل کیفیت زندگی | ۱۵۱۹/۱۶ | ۳۸۵/۳۷ | ۶۰ |

**جدول شماره ۲:** میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی مادران مددجویان مراکز توانبخشی با مادران کودکان بهنجار

| گروه | متغیرهای وابسته | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|---|---|---|---|---|
| | خود کارآمدی | ۱۴/۱۴ | ۴/۷۹ | ۶۰ |
| مادران کودکان بهنجار | امیدواری | ۱۲/۷۲ | ۴/۲۹ | ۶۰ |
| | تاب آوری | ۱۳/۴۴ | ۴/۶۰ | ۶۰ |
| | خوش بینی | ۱۲/۸۱ | ۳/۹۱ | ۶۰ |
| | سرمایه روان‌شناختی | ۵۳/۱۳ | ۱۲/۷ | ۶۰ |
| | خود کارآمدی | ۱۱/۷۴ | ۲/۵۲ | ۶۰ |
| مادران مددجویان توانبخشی | امیدواری | ۱۱/۳۲ | ۲/۶۳ | ۶۰ |
| | تاب آوری | ۱۱/۹۳ | ۳/۱۱ | ۶۰ |
| | خوش بینی | ۱۱/۳۰ | ۲/۵۸ | ۶۰ |
| | سرمایه روان‌شناختی | ۴۶/۳۰ | ۶/۱۱ | ۶۰ |

**جدول شماره ۳:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در کیفیت زندگی

| منبع پراکندگی | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| دو گروه | سلامت جسمانی | ۲۱۷۶۲۱۳/۳ | ۱ | ۲۱۷۶۲۱۳/۳ | ۲۲/۴ | ۰/۰۰۱ |
| | سلامت روانی | ۱۷۳۸۸۱۶/۸ | ۱ | ۱۷۳۸۸۱۶/۸ | ۳۱/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | کیفیت زندگی | ۷۸۰۵۵۵۰/۲ | ۱ | ۷۸۰۵۵۵۰/۲ | ۳۲/۷ | ۰/۰۰۱ |

**جدول شماره ٤:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در سرمایه روان‌شناختی

| منبع پراکندگی | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| دو گروه | سرمایه روان‌شناختی (کل) | ۱۳۹۷/۴۶ | ۱ | ۱۳۹۷/۴۶ | ۱۳/۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| | خود کارآمدی | ۱۷۳/۰۰ | ۱ | ۱۷۳/۰۰ | ۱۱/۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| | امیدواری | ۵۸/۷۲ | ۱ | ۵۸/۷۲ | ۴/۵۹ | ۰/۰۳۴ |
| | تاب آوری | ۶۸/۴۲ | ۱ | ۶۸/۴۲ | ۴/۴۰ | ۰/۰۳۸ |
| | خوش بینی | ۶۸/۸ | ۱ | ۶۸/۸ | ۶/۲۰ | ۰/۰۱۴ |



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مادران مددجویان مراکز توانبخشی نسبت به مادران کودکان عادی از کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که مادران مددجویان توانبخشی نسبت به مادران کودکان عادی باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودک خود بکنند، در نتیجه این مادران برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان هستند و زندگی اجتماعی آن‌ها محدود می‌گردد که این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۲۱،۲۰، ۲۲).

در ایران نیز در زمینه کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به آسم و دیابت (۲۳)، کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور (۲۴) و کودکان مبتلا به فلج مغزی (۲۵) مورد بررسی قرارگرفته و نتایج نشان داده که حضور کودک با نیازهای ویژه در خانواده، بر کیفیت زندگی خانواده را به‌گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

Cameron در مطالعه خود تفاوت معنی‌داری را در سلامت جسمانی و روانی مادران کودکان استثنایی و کودکان سالم را گزارش کرد (۲۶). در نتایج بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب‌ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم که توسط خیاط زاده ماهانی (۲۵) در دانشگاه جندی‌شاپور اهواز انجام شد نشان داد که بین مادران کودکان سالم و کودکان مبتلا به فلج مغزی و عقب‌مانده ذهنی در هر چهار حیطه کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ اما در بین مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی و کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه مطالعه Emerson نشان داد که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی احتمال دارد که به اختلال روانی مبتلا بوده و از سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار باشند (۲۷).

نتایج مقایسه سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم با مادران کودکان سالم نشان داد که مادران مبتلا به اوتیسم در زمینه عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی و بی‌ثباتی خانواده استرس بالایی را تجربه نموده و از سطح سلامت روانی پایینی برخوردارند و بین سطح سلامت روانی مادران و میزان استقلال و خوداتکایی فرزند آن ها رابطه مستقیمی وجود دارد (۲۸).

نتایج پژوهش شریعتی و داور منش نیز نشان داده است که وجود یک فرزند کم توان ذهنی به‌شدت بر سلامت روانی مادران تأثیرگذار است (۲۹). نریمانی و همکاران مطالعه‌ای را با هدف مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داده است که بین چهار گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر شیوع اختلالات روانی، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی و ترس‌های مرضی تفاوت معنی‌داری از وجود داشته است (۳۰).

میکائیلی و همکاران در تحقیقی به مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در مادران با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی پرداخت. نتایج نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری در متغیرهای تاب آوری، رضایت زناشویی، سلامت روان، افسردگی و اضطراب با کودکان عادی تفاوت دارند یعنی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری تاب آوری کمتر، رضایت زناشویی ضعیف تر و سلامت روان پایین تر و اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی نداشته، ولی در بعد جسمانی و کارکرد اجتماعی تفاوتی باهم نداشتند (۳۱).

صیادی و همکاران در مطالعه خود به مقایسه کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی با مادران کودکان عادی پرداختند. مطالعه آن ها بر خلاف نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در مقیاس‌های سلامت جسمانی و روانی بین مادران دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۳۲) که شاید این نتایج متفاوت به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوت در دو مطالعه باشد، چرا که آن‌ها از پرسشنامه ۲۴ سؤالی کیفیت زندگی استفاده نمودند در صورتی که در مطالعه حاضر از فرم ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی استفاده شد. حضور کودک معلول در خانواده باعث ایجاد احساسات منفی می‌شود و این قبیل واکنش ها تا زمانی که به



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

کنترل درنیاید و تعدیل نشود نه تنها سلامت روانی خانواده را به خطر می‌اندازد بلکه نوع تعامل و ارتباط اعضای خانواده و کودک معلول ذهنی یا جسمی را پیچیده ساخته و در نهایت موجب تحلیل انرژی روانی و دیگر توانمندی‌های آنان می‌شود.

## نتیجه‌گیری نهایی

مادران مددجویان مراکز توانبخشی نسبت به مادران کودکان عادی از کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار هستند. به‌طورکلی مادران مددجویان مراکز توانبخشی در بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند. همچنین میزان خود کارآمدی، تاب آوری، خوش بینی و امیدواری سازه سرمایه روان‌شناختی آن ها نسبت به مادران کودکان عادی در سطوح پایین‌تری قرار دارد.

تولد و حضور کودک استثنایی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را برای اعضای خانواده به دنبال خواهد داشت.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان دریافت که مادران کودکان مددجویان مراکز توانبخشی در رویارویی با چالش ناشی از تنش معلولیت کودکان دچار مشکلات عدیده‌ای هستند که کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی آنان را متأثر می‌سازد، بنابراین اتخاذ راهکارهایی جهت ارتقاء سطح کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی در این خانواده‌های پرتنش ضروری به نظر می‌رسد.

لازم به ذکر است که ابزار گردآوری این پژوهش پرسشنامه بود و این به نوبه خود یک محدودیت به‌حساب می‌آید؛ چون که ممکن است آزمودنی در پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات سوگیری داشته باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه پیشنهاد می‌گردد که مراکز توانبخشی اهمیت و تاکید بیشتری بر آموزش خانواده‌ها و بیماران قائل شده و با تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی با هدف بهبود کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی آن ها در این زمینه تلاش نمایند.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی کارکنان محترم سازمان بهزیستی و همچنین افرادی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی نمایند.

## منابع

1- Soloman P. Interventions for Families of Individuals with Schizophrenia: Maximising Outcomes for their Relatives. Disease Management and Health Outcomes. 2000; 8(4): 211-221

2- Weinberg A. Huxley P. An evolation of impact of voluntary sector family support workers on the quality of life of carers of schizophrenia sufferers. Journal of mental health. 2000; 9(5): 495-503

3- Caqueo- U A. Utierrez J M. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Quality of life research. 2006; 15(4): 719-724.

4- Hedda M. James H W. Aaron E T. Familis with children who have au sm spectrum disorders: stress and support. Social science journals. 2010; 77(1): 7-12.

5- Selda K, Ulku T. Impact of autistic children on the lives of mothers. procardia social and behavioral science. 2009;1(1): 2534-2540.

6- Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle. The relationship between autism and parenting stress. Pediatrics. 2007;119(1): 114-121.

7- Seligman MEP. Authentic Happiness. New York: Free press. 2002.



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

8- Atzaba- Poria, N, Paiek A S, Diter-Decard V. Parenting of 7 month old infants at familial risk for ADHD during infants free play, with restrictions on intraction. Infant behavior and davelopment. 2009; 32(2): 173-182.

9- Milanifar, B. Mental Health. Tehran, Ghomes publication. 2007. (In Persian).

10- Nouri Khajavi, M. Ardeshirzadeh, M. Dolatshahi, B. Afegh, S. Comparison of psychological stress among caregivers of patients with chronic schizophrenia and chronic bipolar patients and caregivers. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1): 84-80. (In Persian).

11- Schmid R, Huttel G, Gordig C, Spiessi H. Burden of caregivers of inpatients with bipolar affective disorder. Psychiatrische praxis. 2007; 34 (S1): 155-156.

12- Ahmadi, A R, Al-Dawood, S A. Family participation in treatment and rehabilitation of chronic mental patients. Welfare Organization. Tehran. Publication campus.2007. (In Persian).

13- Willson B, Herbert CA, Shiel A. Behavioral Approaches in Neuropsychological Rehabilitation, Hove & NewYork, psychology press. 2003.

14- Luthans F, Luthans K, Luthans BC. Positive psychological captial: going bgehond human and social captial. Bus horiz. 2004; 47(1): 45-50.

15- Erez A, Judge T. Relationship of core selfevaluation to goal setting, Motivation and performance. J Appl Psychol. 2001; 86(6): 1270-1279.

16- Judge T, Bono J. Relationship of core selfevalation- selfesteem generalized self efficcacy, locus of control, and emotional stability- with job satisfaction and job performance: meta-analysis. Journal of Appl psychol. 2001; 86(1): 80-92.

17- Parker C P, Baltes B B, Young S A, Huff J W, Altmann R A, Lacost H A, Roberts J E. Relationship between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. Journal of Organizational Behavior. 2003; 24(4): 398-416.

18- Luthans F, Avolio B, Avey J B, Norman SM. Positive Psychological Captial: Measurment and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology. 2007; 60(3): 541-572.

19- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey(SF-36) translation and validation study of the Iranian version. Journal of Payesh. 2005; 5(1): 49-56.

20- Barlow D, Ellard M. The psychological wellbeing of children with chronic disease, their parents and sibling. Child care health. 2006; 32(2):19-31.

21- Dannelle ZT. Life stress, maternal op mism and adolescent competence in single mother, african american families. Journal of family psychology. 2010; 24(4): 468-475.

22- Mallers MH, Shevaun D, Neupert MD, Almeida A. Percep ons of childhood rela onship with mother and father: daily emo onal and stressor. Exceperiences in adulthhood. Developmental psychology. 2010; 46(6): 1651-1661.

23- Kheirabadi, GR. Comparison of depression among mothers of children with asthma and diabetes Type 1 Journal of Medicine Journal. 2007;11(1): 21-36. (In Persian).



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

24- Alavi A. Comparison of quality of life in children with thalassemia major and attitudes of their parents in the city. 2006, 8 (3): 39-41. (In Persian).

25- Khayat M. Comparison of quality of life of mothers of children with cerebral palsy, mental retardation, and mothers of healthy children. Journal Journal of Medicine. 2009; 16 (83): 58-49. (In Persian).

26- Cameron SJ. Snowdon A. Orr R R. Emotions Experienced by Mothers of Children With Developmental Disabilities. Children health care. 1992; 21(2):96-102.

27- Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, Mental health status and the self assessed social and psychological impact of the child difficulties. Journal of intellect disabil res. 2003; 47(4): 385-399.

28- Halterman J, Munts G. Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population- based study ambulatory pediatrics. 2007; 7(3): 253-257.

29- Shariati, MT; Davarmanesh, A. Attitudes of parents of mentally retarded children retarded children and compare them in different cultural levels. Master's thesis. Shiraz University. 1991. (In Persian).

30- Narimani, M. Aghamohammadian, HR, Rajabi, S. Comparison of mental health and mental health of mothers and children from normal children. Journal of Mental Health. 2007; 33 (34): 15-24. (In Persian).

31- Michael, N, Ganji, M. Talebi, M. Compare resiliency, marital satisfaction and mental health of parents of children with learning disabilities and normal. Journal of Learning Disabilities. 2012; 2 (1): 137-120. (In Persian).

32- Sayadi, M; Kakabrayy, K, Chchany, F. Babaei, S. Akbarzadeh, G, Afrasiabi, S. Compare exceptional quality of life in parents of children with parents of normal children. Proceedings of the Regional Conference on Child and Adolescent Psychology. 2011; 148-134. (In Persian).

[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

# The compersion of psychlogical capital and quality of life between mothers of healthy and handicaped children

Bayrami M[1], Movahedi Y[2], Kodayari F[3]

**Abstract**

**Introduction:** The birth of a Handicapped child cause many problems and stress for their families especially mothers. The current research is aimed to determine the any differences in quality of life and psychological capital of mothers of healthy and handicaped children.

**Methods:** this study was a descriptive- correlational research. The statistical population of this study comprized of mothers of handicaped childern subsidiary to Ahar city rehabilition center. The ststistical sample of the study were 60 mothers of handicaped children who were selected using convenient sampling method and 60 other mothers with normal healthy children who selected with random sampling method and matching with their conterparts in aspects of age; educational level and socio-economic status. The data gathering were conducted using self administered well knowen and psychometrically robust generic quality of life (SF-36) and Psychological Capital (PCQ-24) Questionnaires. Descriptive and inferential data analysis were conducted using SPSS ver 19 (Mean; SD) and multivariate-analysis of variance.

**Results:** The results indicated that there is a statistically significant difference between quality of life and psycholigical capital scores of two group of mothers. Mothers with handicped children had relatively lower scores in these regards. So that mean and standard deviation of psychological capital and quality of life were 46/30±6/1, 1519/16 ±385/37 in mothers of handicapped children and 53/13±12/7, 2029/25±572/25 in mothers of healthy children.

**Conclusion:** It seems that quality of life and psychological capital of mothers with handicaped children are lower than mothers of normal children and thus it is imperative that these important rehabilitative constructs be fortified in these mothers .

**Keyword:** quality of life, psychological capital, clients of rehabilitation centers

**Received:** 3 November 2014 **Accepted:** 31 December 2014

1- Professor of Psychology, Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.
2- PhD Student of Cognitive Neuroscience, Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (**Corresponding Author)**.
**E-mail:** Yazdan.movahedi@gmail.com
3- MSc in General psychology, Faculty of psychology, Tabriz University Azad, Tabriz, Iran.



[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]

Iranian Nursing Scientific Association

# Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing

ISSN: 2383-434X Vol.1 No.2 Winter 2015

**Effect of Application of Continuous Care Model on Quality of Life and Prevention of Complications in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients**.....1
Haghdoost Z, Nourozi K, Hosseini MA

**The effect of empowering family caregivers of brain damaged patients base on problem solving by telephone follow-ups on knowledge, attitude and skills of caregiving**.....10
Aliabadi M, Mojali M, Khosravan S, Mohamadzadeh F

**The effectiveness of acceptance and commitment therapy on treating the adolescents with post-traumatic stress disorder after road accidents in the province of Isfahan**.....22
Kanani K, Hadi S, Tayebi NP

**The effect of cold therapy for the management of pain associated with deep breathing and coughing in patients undergoing open heart surgery in RAJAI cardiovascular hospital**.....33
Nourozi K, Shakouri M, Mohammadi F

**The compersion of psychlogical capital and quality of life between mothers of healthy and handicaped children**.....42
Bayrami M, Movahedi Y, Kodayari F

**A comparison of cognitive wellbeing, social acceptance and adaptation among Internet non-addicted and addicted high school girls**.....52
Hadi S, Noury R, Mohammadkhani Sh

**The Comparison of physical and mental dimensions of health-related quality of life in addicts and healthy people**.....63
Movahedi Y, Karazi Notash H, Biglu MH

**Components of information behavior in patients with cardiovascular disease participated in cardiac rehabilitation program**.....73
Gholami M, Fallahi Khoshkenab M, Bagher Maddah SS, Rezai H, Asadollahi A, Yarahmadi S, Mousavi Arfaa N

[ Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-23 ]