The Effectiveness of Psychological Empowerment on the Quality of Life of Mothers of Children with Disabilities Covered by the Community-Based Rehabilitation Program

Fateme Fallahi: M.A of psychology and education of children with special needs, University of Shiraz, Shiraz, Iran. fatemeh2563@yahoo.com

Ghorban Hemati Alamdarloo*: Associate professor, department of special education, University of Shiraz, Shiraz, Iran. ghemati@shirazu.ac.ir

Abstract

Introduction: Having a child with a disability can cause stress and pressure on parents and affect their quality of life. This study aimed to investigate the effectiveness of psychological empowerment on the quality of life of mothers of children with disabilities covered by the community-based rehabilitation program.

Methods: The research method was experimental. The design of this study was a pre-test-post-test with a control group. The statistical population included all mothers of children with disabilities of Marvdasht welfare department who took part in the community-based rehabilitation program in 2017; from whom thirty people were selected as a sample by convenience sampling method and randomly divided into two groups of fifteen people each. The pre-test was performed for both groups. The experimental intervention group received psychological empowerment in ten sessions. The control group received no treatment. Finally, the post-test was performed for both groups. The research instrument was the world health organization's quality of life questionnaire. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The findings showed that psychological empowerment did not have a significant effect on the overall score of quality of life (P=0.095) but had a significant effect on the subscale of physical health and social relationships.(P<0.05) The effective rate on physical health and social relationships respectively was 0.433 and 0.195.

Conclusions: The findings of this study show that psychological empowerment has improved some components of the quality of life of mothers covered by a community-based rehabilitation program. Therefore, it is suggested to authorities and planners of the welfare organization to provide psychological empowerment workshops for all family members of children with disabilities by allocating more funds and supporting community-based rehabilitation programs.

Keywords

Psychological Empowerment

Quality Of Life

Community-Based Rehabilitation

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 07 Dec 2018
Accepted: 04 Sep 2020

Please cite this article as follows: Fallahi F, and Hemati Alamdarloo G. The effectiveness of psychological empowerment on the quality of life of mothers of children with disabilities covered by the community-based rehabilitation program. Quarterly journal of social work. 2019; 9 (2); 5-14

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه

فاطمه فلاحی: کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. fatemeh2563@yahoo.com
قربان همتی علمدارلو*: دانشیار، گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.ghemati@shirazu.ac.ir

واژگان کلیدی

توانمندسازی روان‌شناختی

کیفیت زندگی

توانبخشی مبتنی بر جامعه

چکیده

مقدمه: اثرات منفی داشتن کودک با ناتوانی موجب ایجاد تنش و فشار در والدین می‌شود و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بود.

روش: در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند با ناتوانی اداره بهزیستی شهرستان مرودشت بود که تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه قرار داشتند. از جامعه مذکور سی نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه پانزده نفری تقسیم شدند. برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایش طی ده جلسه، توانمندسازی روان‌شناختی را دریافت کردند. گروه کنترل تحت این برنامه قرار نگرفتند. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در این پژوهش، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. داده‌های با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره آنکووا و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکووا تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، توانمندسازی روان‌شناختی بر نمره کل کیفیت زندگی تاثیر معنادار ندارد اما بر خرده‌مقیاس سلامت جسمی و روابط اجتماعی تاثیر معنادار دارد($P< ۰/۰۵$) و میزان تاثیر بر سلامت جسمی و روابط اجتماعی به ترتیب چهارصد و سی و سه هزارم و صد و نود و پنج هزارم است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که توانمندسازی روان‌شناختی سبب بهبود برخی از مولفه‌های کیفیت زندگی(سلامت جسمی و روابط اجتماعی) مادران تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه شده است. بنابراین، به مسوولان و برنامه‌ریزان سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود که با حمایت بیشتر از انجمن‌های تسهیلگر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، کارگاه‌های توانمندسازی روان‌شناختی را برای همه اعضای خانواده افراد با ناتوانی برگزار کنند.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۴

نحوه استناد به مقاله:
فاطمه فلاحی و قربان همتی علمدارلو. اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۲): ۱۴-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

مقدمه

افراد با ناتوانی بخشی از جامعه هستند که ناتوانی برخی از آنان ممکن است برای همیشه با آن‌ها باقی بماند.[۱و۲] تولد فردی با ناتوانی در یک خانواده، سرنوشت همه اعضای آن خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد.[۳]

وجود ناتوانی می‌تواند اثرات عمیق وآسیب‌های جدی بر وضعیت سلامت روانی اجتماعی خانواده واردنماید.[٤و٥] مسولیت، هزینه‌ها و نیازهای جسمی و روان‌شناختی بیشتر این افراد، بر خانواده فشار می‌آورد.[٦و٧] نقش مادر در مراقبت و نگهداری از افراد با ناتوانی در خانواده بیش از همه است.[۸] به‌طور کلی قوای جسمی و روانی مادران افراد با ناتوانی تحت تاثیر مشکلات فرزندانشان قرار می‌گیرد.[۹] داشتن فرزند با ناتوانی می‌تواند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی در مادران شود. که پیامد آن بروز افسردگی و به‌خطر افتادن سلامت روانی‌اجتماعی و مشکلات اقتصادی اجتماعی و هیجانی می‌باشد که منجر به استرس، احساس ناامیدی و اندوه مادران می‌شود.[٥و٦] نتایج مطالعات نشان داده است که مادران دارای کودک با نیازهای ویژه در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. آنان بیشتر از پدران با مشکلات کودک مواجه‌اند. به همین دلیل به کمک بیشتری نیاز دارند.[۱۰] این در حالی است که مادرانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند انعطاف‌پذیرترند و رفتار و هیجان با ثبات‌تری دارند.[۸] سازمان بهداشت جهانی در دهه نوده به‌منظور پاسخ به نیازهای افراد با ناتوانی، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را طراحی کرد.[۱۱] توانبخشی مبتنی بر جامعه نوعی استراتژی در کشورهای در حال توسعه برای توانبخشی، برابرسازی فرصت‌ها و فراگیرسازی اجتماعی همه افراد با ناتوانی است.[۱۲] برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه برای افزایش کیفیت زندگی و رفع نیازهای اساسی افراد با ناتوانی و خانواده‌هایشان در زمینه کاهش فقر، دسترسی به سلامت، آموزش، امرار معاش و حمایت‌های اجتماعی طراحی شده است.[۱۳] توانبخشی مبتنی بر جامعه به‌دنبال اتخاذ نگرشی است که مبتنی بر ارزشمند بودن قابلیت‌های فرد با ناتوانی، خانواده و جامعه است و از مداخله‌هایی استفاده می‌کند که خانواده را برای اقدامات مفید توانمند می‌سازند.[١٤] در این برنامه تاکید بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد با ناتوانی از جمله تحرک، فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های اجتماعی با توانمندسازی، آموزش و درگیر نمودن فرد، خانواده وی و جامعه محلی برآورده شود.[۱۵]

توانمندسازی یکی از مولفه‌های اصلی ماتریس برنامه حمایتی توانبخشی مبتنی بر جامعه است.[١٦] فرایند توانمندسازی، احساس ناتوان بودن خانواده و جامعه را به حداقل ممکن کاهش می‌دهد و وجود انگیزه، مهارت و منابع خانواده را برای کار بر روی مشکل به حداکثر می‌رساند.[۱۱] توانمندسازی روان‌شناختی و برنامه‌های آموزش سلامتی فرایندی است که می‌تواند منجر به درک خودکنترلی و پاسخگو بودن شخص در قبال کیفیت زندگی شود.[۱۷] این فرایند موجب بهینه‌سازی الگوهای رفتاری مادران با فرزندانشان می‌شود.[۱۸]

در تایید تاثیر توانمندسازی روان‌شناختی بر سلامت جسمی و روان‌شناختی، جعفری میانایی، علایی کرهرودی و رسولی[۱۹] به بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی بر مادران دارای نوزاد نارس بستری پرداختند. یافته‌ها نشان داد برنامه ایجاد فرصت توانمندسازی، میزان اضطراب مادران دارای نوزاد نارس را کاهش می‌دهد. همچنین واکیمیزا و همکاران[۲۰] در پژوهش خود با عنوان توانمندسازی خانواده و افزایش کیفیت زندگی خانواده کودکان با ناتوانی تحولی به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی خانواده با افزایش کیفیت زندگی خانواده ارتباط معنی‌داری دارد. افزون بر این، هیشایانگ و همکاران[۲۱] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه توانمندسازی خانواده، استرس والدین را کاهش داده و عملکرد خانواده را در زمینه همکاری، ابراز وجود، حل مساله و استقلال افزایش می‌دهد. در همین راستا پژوهش مقدم، مبارکی، کمالی و اسماعیلی[۲۲] نشان داد، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی تاثیر دارد.

از این رو به‌نظر می‌رسد بررسی اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر مادران افراد با ناتوانی بتواند راهی برای گسترش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و افزایش سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی باشد.[۲۱] در گذشته تمرکز ادبیات پژوهشی در مورد رابطه والد-فرزند بیشتر معطوف به اثراتی بود که والدین از نظر روان‌شناختی بر فرزند خود دارند؛ اما به‌تازگی تاکید این پژوهش‌ها به سمت و سوییست که اثراتی را که فرزندان بر والدین خود می‌گذارند، بررسی می‌کنند.[۲۳] مداخله‌های خانواده‌محور برای کودکان با نیاز ویژه می‌تواند مهارت‌های مراقبتی خانواده و همچنین افزایش کیفیت زندگی آنان

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

را بهبود بخشد. به‌طور کلی، توانمندسازی می‌تواند یک استراتژی موثر برای سلامت روان افراد باشد.[۲۴] در میان خدمات مختلفی که برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران ارائه می‌کند، آموزش خانواده اولین خدمتی است که برای افراد تحت پوشش در نظر گرفته شده است.[۲۵] آموزش خانواده، این دانش را به خانواده می‌دهد که خود را باور کنند و در رسیدن به اهداف برنامه که ارتقا سطح توانمندی‌های افراد ناتوان و خانواده‌های آنان با توجه به امکانات و شرایط جامعه است، کوشا باشند.[۱۱] توانبخشی مبتنی بر جامعه به دنبال اتخاذ نگرشی است که مبتنی بر ارزشمند بودن قابلیت‌های فرد دارای نیاز ویژه، خانواده و جامعه است و از مداخله‌هایی استفاده می‌کند که خانواده را برای اقدامات مفید توانمند می‌سازند.[۲۴] آموزش والدین برای توانمندسازی، نقاط قوت و شایستگی آن‌ها را فعال می‌کند تا آن‌ها امکان تغییر را پیدا کنند. توانمندسازی مادران، شامل تمام اقدامات در جهت افزایش سطح کیفی زندگی آن‌ها است که موجب ارتقای خودباوری، خودارزشمندی و خوداتکایی می‌شود.[۲۵] همچنین در ایران با وجود اینکه نزدیک به دو دهه است که برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه اجرا می‌شود اما بر اساس بررسی‌های پژوهشگران به‌صورت علمی اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه مورد مطالعه قرار نگرفته است. به‌نظر می‌رسد توانمندسازی روان‌شناختی مادران بتواند تدابیر لازم را برای مقابله با ناکامی‌ها در اختیار مادران دارای فرزند با ناتوانی قرار دهد و تا حدودی آن‌ها را نسبت به مشابه بودن تجارب خانواده‌های دیگر با خانواده خود آگاه سازد و پذیرش ناتوانی فرزند را آسانتر نماید و متعاقب آن کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقا بخشد. بنابراین، توجه به نیازهای روان‌شناختی مادران افراد با ناتوانی حائز اهمیت است و هرگونه تلاشی که در جهت شناسایی، تشخیص و پیشگیری، کنترل و بهبود سلامت جسمی و روانی مادران افراد با ناتوانی صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است.[۱۱] به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه انجام شد تا افزون بر پر کردن کمبودهای پژوهشی، گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی برداشته شود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند با ناتوانی اداره بهزیستی شهرستان مرودشت بود که در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه مشارکت داشتند. شایان ذکر است که تعداد کل جامعه‌آماری این پژوهش پانصد و شصت و هفت نفر بودند. منظور از مادران افراد با ناتوانی، مادران افرادی با ناتوانی گوناگون بود که در سال ۱۳۹۶ تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه اداره بهزیستی شهرستان مرودشت قرار داشتند.

نمونه پژوهش به شیوه در دسترس انتخاب شد. بدین صورت که از بین مادران دارای فرزند با ناتوانی اداره بهزیستی شهرستان مرودشت که تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بودند، تعداد سی نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه پانزده نفری تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن فرزند با ناتوانی، تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و رضایت برای مشارکت در پژوهش بود. مادرانی که شروط بالا را داشتند به پژوهش وارد شدند و کسانی که شروط بالا را نداشتند از پژوهش خارج شدند.

لازم به یادآوری است که برای رعایت اصول اخلاقی، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. آزمودنی‌ها مجاز بودند در صورت تمایل در هر زمان گروه را ترک کنند. همچنین پس از اینکه از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد، برنامه توانمندسازی روان‌شناختی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

شایان ذکر است که آزمودنی‌های پژوهش ریزش نداشتند و همه تا پایان پژوهش همکاری داشتند. از دلایل ریزش نداشتن می‌توان به حضور فعال پژوهشگر و ارتباط نزدیک با آزمودنی‌ها (پژوهشگر نخست تسهیلگر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بود و با همه خانواده‌های افراد با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه شهرستان مرودشت ارتباط نزدیک داشت) همچنین می‌توان به حمایت شوراهای توانبخشی روستاها و روحانی روستاهای تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و تشویق و ترغیب مادران برای شرکت در برنامه توانمندسازی روان‌شناختی و نو بودن برنامه توانمندسازی

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

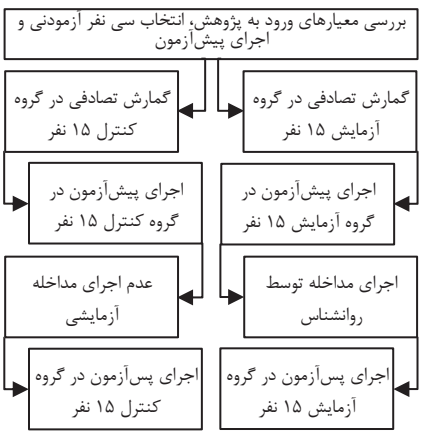
DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

روان‌شناختی نسبت به برنامه‌های متداول در روستاها نیز اشاره کرد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی: در این پژوهش برای ارزیابی کیفیت زندگی مشارکت‌کنندگان از فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم صد سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با بیست وچهار گویه مورد سنجش قرار می‌دهد که هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای هفت، شش، سه، و هشت گویه می‌باشد. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌صورت کلی مورد سنجش قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه دارای بیست و شش گویه می‌باشد که به هر گویه از یک تا پنج نمره داده می‌شود. پژوهش‌های انجام شده حاکی از اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی هشتاد صدم، سلامت روان‌شناختی هفتاد و شش صدم، روابط اجتماعی شصت و شش صدم و سلامت محیط هشتاد صدم) و پایایی آزمون، بازآزمون مناسبی است. در ایران نجات و همکاران پایایی این مقیاس را در حیطه سلامت جسمی هفتاد و هفت صدم، سلامت روانی هفتاد و هفت صدم، در حیطه روابط اجتماعی هفتاد و پنج صدم، و سرانجام در حیطه سلامت محیط برابر هشتاد و چهار صدم به‌دست آورد. روایی سازه‌ای این پرسشنامه در مطالعه مذکور نیز قابل قبول گزارش شده است.[۲۴]

نمودار(۱) نمودار Consort



برنامه مداخله توانمندسازی روان‌شناختی: برنامه مداخله‌ای توانمندسازی روان‌شناختی توسط پژوهشگر طراحی شد و اعتبار محتوایی آن توسط پنج نفر متخصص روانشناسی مورد ارزیابی قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد و نسخه نهایی طی ده جلسه نود دقیقه‌ای که در هر هفته دو جلسه برگزار می‌شد به مادران ارایه گردید. این برنامه شامل دو محور عمده دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی بود. فرایند آموزش به مادران دارای فرزند با ناتوانی، با استفاده از الگوی مشاوره‌ای مالت و هورن‌بی[۲۷] به‌صورت گروهی طراحی شد. بدین صورت که ابتدا موضوع یا مساله مطرح و کاملا تبیین می‌شد، سپس از مادران خواسته شد تا نظر و احساسات خود را بیان کنند. در مرحله سوم مشاور نظر مادران را جمع‌بندی و مطالب مورد توافق مطرح شده را فهرست می‌کرد و در آخر نتایج جلسه در یک یا چند جمله کوتاه خلاصه می‌شد. همچنین در زمینه دانش‌افزایی، اطلاعاتی در مورد ناتوانی‌ها وچالش‌هایی که خانواده دارای فرزند با ناتوانی با آن مواجه هستند ارایه می‌گردید. در مورد مساله‌های افراد با ناتوانی، احساسات والدین، فرایند

جدول(۱) خلاصه زمان‌بندی و محتوای جلسات توانمندسازی روان‌شناختی

جلسه/// اهداف/// محتوا/// زمان: هر جلسه نود دقیقه
۱/// معارفه/// هدف، آشنایی اعضا با یکدیگر به‌منظور کاهش اضطراب و استرس برای شرکت درکلاس، درمورد هدف از برگزاری کلاس و اهمیت و مزایای آن توضیحاتی ارائه شد. معارفه و خوش‌آمدگویی، معرفی برنامه و تنظیم قرار داد.
۲/// بررسی چالش‌ها و واکنش‌های شایع/// بررسی مشکلات عمومی شرکت‌کنندگان- تکلیف: هر یک ازاعضای گروه در مورد نگرانی‌های خودشان، فکر و بررسی می‌کردند که چه نگرانی‌هایی در زندگی دارند؟ و هر یک دست‌کم دو مورد از نگرانی‌های خود را در جلسه بعد عنوان می‌کردند.
۳/// آرامش‌دهی و تنش‌زدایی/// بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث با اعضا در مورد چالش‌های افراد با ناتوانی.
۴/// ابراز وجود/// شناسایی افکار و احساسات مرتبط با مشکلات اعضای گروه و اثرات این مشکلات بر کیفیت زندگی اعضا- تکلیف: اعضای گروه به مشکلات خود فکر می‌کردند و بیان می‌کردند که چه مساله‌هایی موجب کیفیت زندگی پایین آن‌ها شده است و همچنین بررسی می‌کردند که این مشکلات چه تاثیراتی بر زندگی آن‌ها می‌گذارد.
۵/// خودمدیریتی/// بحث در مورد مشکلات روانی که افراد تجربه می‌کنند از قبیل: افسردگی، اضطراب و اختلالات خواب- تکلیف: از اعضا خواسته می‌شد درباره این جمله که، هیچ موقعیت ناخوشایندی وجود ندارد که ما نتوانیم با تلاش و تحمل ارزشمندش کنیم، بیندیشند و بیان کنند که آیا با این جمله موافقاند یا نه؟ و دلیل خود را برای جلسه بعدی ارائه دهند.
۶/// هدفمندی/// کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورت مثبت، معین و قابل دسترسی تدوین کنند- تکلیف: از اعضا خواسته می‌شد در مورد کارهایی که تا به حال انجام داده‌اند و تاثیر مثبتی که بر ابعاد کیفیت زندگی آن‌ها داشته سه مورد را بیان کنند.
۷/// مدیریت زمان و حل مساله/// هدف این مرحله اتخاذ نگرش حل مساله‌ای و تعریف مشکل، مشخص کردن مشکلات پیچیده، اولویت‌بندی مشکلات، بازبینی عمیق از مساله و تعیین نقش خود فرد در رابطه با مساله بود.
۸/// کنترل خشم/// آموزش شیوه‌ی موثر مقابله با مشکلات و توضیح اینکه افراد معمولا به هنگام مواجهه با مشکلات به دو شیوه متفاوت واکنش نشان می‌دهند. ۱.واکنش هیجان‌مدار، ۲.واکنش مساله‌مدار، و مثال‌هایی در رابطه با این واکنش‌ها.
۹/// مثبت‌اندیشی/// آموزش مثبت‌اندیشی و بررسی اثر مثبت آن بر زندگی.
۱۰/// تمرین مهارت‌ها/// معرفی روابط مثبت و سازنده با دیگران، دوست داشتن زندگی و دیگران و عوامل شادی بخش در زندگی- تکلیف: بررسی می‌کردند که چند تا دوست داشته‌اند؟ بررسی می‌کردند در حال حاضر چند دوست عادی و چند دوست صمیمی دارند؟ در جلسه بعد جواب تکالیف را ارائه می‌دادند.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

پذیرش افراد با ناتوانی، تاثیر کودک بر روی روابط با همسر و همین‌طور خواهر و برادر، نگرش جامعه نسبت به افراد با ناتوانی و نقش خانواده در ورود کودک به جامعه بحث و تبادل نظر انجام می‌گرفت. در محور دوم مهارت‌هایی برای مقابله با بحران شامل خودکنترلی، حل‌مساله و مثبت اندیشی ارایه شد. در پایان هر جلسه از والدین خواسته می‌شد تا آنچه را طی هر جلسه می‌آموزند در منزل انجام دهند و در پایان هم خلاصه مباحث و موضوعات مطرح شده در هر جلسه همراه با اطلاعات سودمند دیگر به‌صورت کتبی در اختیار مادران قرار می‌گرفت.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش در جدول شماره دو و شاخص توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره سه گزارش شده است. شایان ذکر است که فاصله زمانی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون یک ماه بود.

بر اساس جدول شماره سه کیفیت زندگی دو گروه در پیش‌آزمون تقریبا برابر است. اما در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل اندکی افزایش یافته است. برای بررسی اینکه تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون از نظر کیفیت زندگی معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (آنکوا) استفاده شد که نتایج در جدول شمره چهار ارایه شده است. با توجه به اینکه پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون برای کیفیت زندگی $P_{-}>0/05$، $F=1/864$، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها $P>0/05$، $F=0/186$ و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف $P>0/05$، $Z=1/031$ مورد تایید قرار گرفت. از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج جدول شماره چهار نشان داد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، تفاوت معناداری بین میانگین توانمندسازی روان‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت.($P=0/095$)

نتایج جدول شماره چهار نشان داد، میانگین خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی دو گروه در پیش‌آزمون تقریبا برابر است اما در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل افزایش یافته است. برای بررسی اینکه تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون از نظر خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا)

جدول(۲) مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

گروه	مجموع	میانگین و انحراف معیار سن	تحصیلات(تعداد و درصد)			
			بیسواد	ابتدایی	دیپلم	لیسانس
آزمایش	۱۵	۳۸/۴۲(۷/۹۲)	۲(۱۳/۳)	۴(۲۶/۷)	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)
کنترل	۱۵	۳۹/۲۳(۱۱/۹۸)	۱(۶/۷)	۱۱(۷۳/۳)	۳(۲۰/۰)	-

جدول(۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	گروه کنترل		گروه آزمایش	
شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تعداد	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
میانگین	۷۶/۵۳	۷۳/۶۰	۷۰/۲۰	۷۴/۹۳
انحراف استاندارد	۹/۸۱	۹/۲۱	۱/۳۳	۸/۸۴

جدول(٤) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای مقایسه نمره کل کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۱۵۰۶/۶۶۸	۱	۱۵۰۶/۶۶۸	۵۱/۷۸۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶
گروه	۸۷/۴۳۰	۱	۸۷/۴۳۰	۳/۰۰۵	۰/۰۹۵	۰/۱۰۴
خطا	۷۵۶/۴۵۸	۲۶	۲۹/۰۹۵			
مجموع	۱۶۷۷۶۲/۰۰۰	۳۰				

جدول(۵) شاخص‌های توصیفی نمرات خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش

خرده‌مقیاس		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمی	کنترل	۲۰/۲۰	۱/۹۳	۱۹/۷۳	۲/۴۰
	آزمایش	۱۸/۹۳	۲/۴۳	۲۱/۲۶	۲/۴۳
سلامت روان	کنترل	۱۷/۲۰	۳/۳۲	۱۶/۵۳	۴/۹۸
	آزمایش	۱۶/۱۳	۴/۳۴	۱۷/۲۰	۳/۲۱
روابط اجتماعی	کنترل	۹/۲۶	۱/۹۰	۹/۱۳	۱/۷۶
	آزمایش	۸/۸۶	۲/۷۲	۹/۴۰	۱/۴۵
سلامت محیط	کنترل	۲۴/۲۰	۴/۳۱	۲۲/۹۳	۳/۶۱
	آزمایش	۲۰/۹۳	۴/۶۵	۲۰/۷۳	۳/۵۳

جدول(۶) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۴۹۴	۵/۱۱۹	۴/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۴۹۴
لامبدای ویلکس	۰/۵۰۶	۵/۱۱۹	۴/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۴۹۴
اثر هاتلینگ	۰/۹۷۵	۵/۱۱۹	۴/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۴۹۴
بزرگترین ریشه‌روی	۰/۹۷۵	۵/۱۱۹	۴/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۴۹۴

جدول(۷) نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در گروه کنترل و آزمایش

متغییر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	سلامت جسمی	۴۹/۲۳۰	۱	۴۹/۲۳۰	۱۸/۳۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۳۳
	سلامت روان	۵/۷۲۹	۱	۵/۷۲۹	۰/۳۴۵	۰/۵۶۲	۰/۰۱۴
	روابط اجتماعی	۴/۵۸۶	۱	۴/۵۸۶	۵/۸۱۴	۰/۰۲۴	۰/۱۹۵
	سلامت محیط	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰۰

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره شش ارایه شده اســت. با توجه به اینکه پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسـیون برای خرده‌مقیاس سـلامت جسـمی P>۰/۰۵، F =۱/۵۴۷، بـرای خرده‌مقیاس سـلامت روان P>۰/۰۵، F =۰/۸۲۵، روابـط اجتماعـی P>۰/۰۵، F =۲/۶۱۳ و بـرای خرده‌مقیاس سـلامت محیـط P>۰/۰۵، F =۰/۷۹۰، پیش‌فـرض همگنـی واریانس‌هـا بـرای خرده‌مقیـاس سـلامت جسـمی P>۰/۰۵، F =۰/۰۰۴، بـرای خرده‌مقیاس سـلامت روان P>۰/۰۵، F =۰/۸۱۰، روابـط اجتماعـی P>۰/۰۵، F =۰/۹۴۷ و بـرای خرده‌مقیـاس سـلامت محیط P>۰/۰۵ـ، F =۰/۰۱۳ و پیش‌فـرض نرمـال بـودن توزیـع بـا اسـتفاده از آزمون کولموگروف-اسـمیرنف بـرای خرده‌مقیاس سـلامت جسـمی P>۰/۰۵، Z =۰/۹۶۵، بـرای خرده‌مقیاس سـلامت روان P>۰/۰۵، Z =۰/۵۶۰، روابـط اجتماعـی P>۰/۰۵، Z =۰/۸۵۰ و بـرای خرده‌مقیـاس سـلامت محیط P>۰/۰۵، Z =۰/۵۰۹ مورد تایید قرار گرفـت، از تحلیـل کوواریانـس چندمتغیره استفاده شد.

همان‌طور که نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره جدول شماره شش نشان می‌دهد، گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از چهار خرده‌مقیاس کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری دارد.(P<۰/۰۱) به‌منظور پی‌بردن به ایـن تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره هفت آمده است.

نتایج جدول شـماره هفت نشـان می‌دهد با در نظـر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، مداخله توانمندسـازی روان‌شناختی بر خرده‌مقیاس سـلامت جسـمی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شـده اسـت η^2=۰/۴۳۳، P<۰/۰۰۰، F=۱۸/۳۰۸ و میزان تاثیرچهارصد و سـی و سـه هزارم است. میانگین تصحیح شـده پس‌آزمون سلامت جسمی در گروه آزمایش(۲۱/۹۲۷) بیشتر از گروه کنترل(۱۹/۰۷۳) اسـت. همچنین نتایج جدول یاد شده نشـان می‌دهد بـا در نظر گرفتـن نمره‌های پیش‌آزمـون به‌عنوان متغیر همپراش، مداخله توانمندسـازی روان‌شـناختی بـر خرده‌مقیاس روابط اجتماعـی باعث تفـاوت معناداری بین دو گـروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده اسـت η^2=۰/۱۹۵، P<۰/۰۵، F=۵/۸۱۴ و میزان تاثیر صد ونود و پنج هزارم اسـت. میانگین تصحیح شـده پس‌آزمون روابط اجتماعی در گروه آزمایش(۹/۷۰۲) بیشـتر از گـروه کنترل(۸/۸۳۱) اسـت. شایان ذکر اسـت که بر اسـاس یافته‌های این پژوهش، مداخله توانمندسـازی روان‌شـناختی بر خرده‌مقیاس سـلامت روان و سلامت محیط تاثیر معنی‌دار نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مطالعه تاثیر توانمندسـازی روان‌شـناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشـی مبتنی بر جامعه بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله توانمندسازی روان‌شناختی بر نمره کل کیفیت زندگی تاثیر معنی‌دار نداشته است اما بر دو خرده‌مقیاس سلامت جسمی و روابط اجتماعی تاثیر معنادار داشته است.

بخشـی از یافته‌های پژوهش با یافته‌های سـایر پژوهشگران، مال و همکاران[۲۳] و مقدم و همکاران[۲۲] که به بررسی تاثیر برنامه توانبخشـی مبتنی بر جامعه بر افزایش کیفیت زندگی کودکان وخانواده‌های آن‌ها پرداخته‌اند همسو می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش فخاریان و همکاران[۳] همسو است. این پژوهشگران طی یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، تاثیر آموزش مراقبت‌های ویژه را بر استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان چهار تا دوازده ساله مبتلا به فلج مغزی سـاکن شهر تهران مورد بررسی قرار دادند. آموزش به‌صورت گروهی و در قالب کارگاه به همراه کتابچه آموزشی ارایه شد. پس از گذشت سه ماه از آموزش، نتایج حاکی از آن بود که برنامه آموزش مراقبت‌های ویژه منجر به ارتقای کیفیت زندگی و کاهش میزان استرس مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است. در مطالعه مذکور در همه گزینه‌های مربوط به کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمی و سلامت روانی، تفاوت معنادار آماری دیده شد. معنادار نبودن سلامت روانی پس از آموزش گروهی، با پژوهش حاضر همسـو می‌باشـد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مینایی و همکاران،[۱۹] کریمی و همکاران[۱۷] که در پژوهش خود بیان داشته‌اند آموزش‌های گروهی و حمایتی سبب افزایش کیفیت زندگی مادران می گردد، ناهمسو است. در تبیین اثربخشی نبودن توانمندسازی روان‌شناختی بر نمره کل کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی می‌توان گفت کیفیت زندگی مفهومی کلی اسـت که تحت تاثیر عوامل و ابعاد مختلفی از قبیل سـلامت جسمی، خانواده،

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

آموزش، اشتغال، ثروت، عقاید مذهبی و محیط قرار دارد.[٤] با توجه به اینکه جلسات مداخله متمرکز بر توانمندسازی روان‌شناختی که هدف آن تغییر فرایند تفکر و جایگزینی تفکر و نگرش مثبت به‌جای تفکر منفی بود، بنابراین نمی‌توان انتظار داشت با تمرکز بر یک جنبه (تفکر و شناخت مثبت)، بر کل فرایند زندگی که بیانگر رضایتمندی فرد از زندگی است، تاثیر قابل ملاحظه‌ای گذاشت.[۸] از سوی دیگر واکنش اولیه بیشتر مادران به‌هنگام تشخیص ناتوانی در فرزندشان به‌صورت انکار، نپذیرفتن و ناباوری، سردرگمی، احساس خشم، احساس گناه و علایم افسردگی است. این عوامل سبب می‌شود که فرد نتواند به شکل سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و توانایی‌های بالقوه خویش را شکوفا سازد و به همین دلیل از کیفیت زندگی پایینتری برخوردار می‌گردند.[۲۱] بنابراین با تمرکز بر یک جنبه از زندگی نمی‌توان انتظار داشت کیفیت زندگی به‌عنوان یک متغیر کلان که ریشه در باورهای اساسی و... دارد را متحول ساخته و نتایج معناداری حاصل گردد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد مداخله توانمندسازی روان‌شناختی بر سلامت جسمی کیفیت زندگی موثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مشکلات مادران کودکان با ناتوانی در حیطه جسمی می‌تواند به‌دلیل استرس ناشی از پیچیدگی مشکلات فرزندان و غیرقابل درمان بودن آنان باشد که تداوم این استرس منجر به مشکلات جسمی می‌شود.[۸] استفاده از تکنیک مدیریت استرس باعث می‌شود فرد بتواند با موقعیت استرسزا بهتر برخورد کند و در نتیجه وضعیت جسمی‌او بهبود می‌یابد.[۸] همچنین بهبود سلامت جسمی مادران دارای فرزند با ناتوانی احتمالا ناشی از مولفه کنترل خشم و آموزش دو سبک واکنش هیجان‌مدار و مساله‌مدار به هنگام مواجه با مشکلات و مثبت اندیشی (توانایی ارتباط سازنده با دیگران، دوست داشتن زندگی و شاد زیستن) می‌باشد. مادران طی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی با کسب مهارت‌های لازم توانسته‌اند به‌طور موفقیت‌آمیزتر و مطلوبتری با استرس و مشکلات خود به‌ویژه در ارتباط با فرزندشان کنار آمده که منجر به بهبود سلامت جسمی آنان شده است.[۱۷] در پژوهش حاضر مادران با یادگیری تاثیر استرس در ایجاد نشانه‌های جسمی، رفتاری و شناختی دریافتند که بسیاری از نشانه‌های جسمی که هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنشزا تجربه می‌کنند، ناشی از استرس و قابل کنترل می‌باشد.[۱۸] بنابراین، مادران آموختند که با مدیریت استرس و کنترل خشم می‌توانند بر سلامت جسمی خود تاثیر مثبت بگذارند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد توانمندسازی روان‌شناختی بر خرده‌مقیاس سلامت روانی تاثیر معنادار نداشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و فقدان انگیزه بر سلامت روانی افراد موثر است.[۲۰] بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که عوامل بسیاری باید در وضعیت بهینه قرار داشته باشند تا شرایط سلامت روان در وضعیت مطلوب قرار گیرد. از این‌رو با توجه به محدود بودن تعداد جلسات و تاکید بر بخشی اندک(توانمندسازی روان‌شناختی)، نمی‌توان تغییر گسترده و معناداری در فرایند سلامت روان انتظار داشت.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که توانمندسازی روان‌شناختی بر خرده‌مقیاس روابط اجتماعی مادران دارای فرزند با ناتوانی موثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مادران از نظر زمان، توانمندی و انرژی که صرف مراقبت از فرزند می‌کنند با یکدیگر متفاوت هستند. در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه ارضای نیازهای عاطفی و جلب توجه والدین نخستین گام حیاتی در کمک به آنان می‌باشد.[۵] این شیوه توانبخشی، آگاهی و مسوولیت جامعه را در قبال افراد با ناتوانی افزایش می‌دهد بدین لحاظ تغییر نگرش جامعه از نظر زمانی، زودتر حاصل می‌گردد.[۲۳] در مورد مادران دارای فرزند با ناتوانی باید گفت مراقبت همیشگی و بیست و چهار ساعته از فرزند منجر به محدودیت در روابط مادر با سایر افراد و به‌ویژه با افراد در محیط بیرون از منزل می‌شود.[۵] با کاهش بار مراقبتی مادر، فرصت برقراری ارتباط و حس همدلی بین مادر و اطرافیان برقرار می‌شود و حرمت آن‌ها بیش از پیش افزایش می‌یابد.[۲٤] همچنین برنامه توانمندسازی روان‌شناختی با فراهم کردن جلسات بحث و گفتگو به مادران کمک می‌کند تا آن‌ها بتوانند زمانی را برای ارتباط با دیگران و حفظ سلامت جسمی و روحی خود اختصاص دهند.[۱۲] هنگامی که مادران در جلسات مشاوره توانمندسازی روان‌شناختی قرار می‌گیرند، قادر می‌شوند با ویژگی‌های سازنده سایر افراد در گروه همانندسازی کنند و با مشاهده رفتار دیگران، درک صحیحتری از مشکلات خود، به‌دست آورند و از این طریق روابط اجتماعی خود را

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

بهبود بخشند.[۲۱]

محدودیت‌ها: پژوهش حاضر فقط بر روی مادران تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه اجرا شد، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر مادران باید دقت شود. بررسی نکردن نوع ناتوانی فرزندان از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌باشد، همچنین اجرا نکردن مرحله پیگیری هم یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

پیشنهادها: بنابراین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی با حضور هر دو والد اجرا شود. همچنین نوع ناتوانی فرزندان مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. افزون بر این، مطالعه پیگیری نیز برای بررسی تداوم تاثیرات مداخله انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در محتوای مداخلات توانمندسازی روان‌شناختی، راهبردهای موثر بر متغیرهای محیطی گنجانده شود.

به دنبال گسترش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در سال‌های اخیر و تاکید آن بر مولفه توانمندسازی به‌عنوان مهمترین مولفه آن، اجرای برنامه توانمندسازی روان‌شناختی برای مادران اهمیت خود را نشان می‌دهد و می‌تواند گامی در جهت گسترش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی باشد. نتایج این پژوهش بیانگر این نکته است که طراحی و اجرای چنین برنامه‌ای با رویکرد خانواده‌محور سبب بهبود سلامت جسمی و روابط اجتماعی مادران می‌شود و آن‌ها را در پرورش فرزندشان بسیار کمک می‌کند.

در پایان به مسوولان و برنامه‌ریزان سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود که با اختصاص بودجه بیشتر و حمایت از انجمن‌های تسهیل‌گر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، کارگاه‌های توانمندسازی روان‌شناختی را برای همه اعضای خانواده افراد با ناتوانی برگزار کنند.

منابع

References:

1. Smith TE, Polloway EA, Patton JR, Dowdy CA, Doughty TT. Teaching students with special needs in inclusive settings; Pearson; 2015. Hemmati Alamdarloo G, Khanzadeh AH, Alizadeh H , trans.Tehran: Arasbaran Publications 2015.[Persian].
2. Nematoalahi M, Tahmasebi S. The effect of parental adaptation skills training on reducing behavioral disorders in children. Quarterly Journal of Family Studies. 2014; 10(38): 15-18. [Persian].
3. Fakharinia F, Rezafani M, Sortji H, Jalili N, Bakhshi E. Comparing the impact of handling handling on quality of life of mothers with children aged one to six with Cerebral palsy. Journal of Rehabilitation. 2015; 25, 14-18. [Persian].
4. Wickremesooriya SF. Teaching children with learning difficulties via community-based rehabilitation projects in rural Sri Lanka. Disability, CBR & Inclusive Development. 2016; 26(4):53-81.
5. Mas JM, Baqués N, Balcells-Balcells A, Dalmau M, Giné C, Gràcia M, Vilaseca R. Family quality of life for families in early intervention in Spain. Journal of Early Intervention. 2016;38 (1):59-74.
6. Johansen H, Dammann B, Andresen IL, Wang Fagerland M. Health-related quality of life for children with rare diagnoses, their parents, satisfaction with life and the association between the two. Health and Quality of Life Outcomes . 2013; 11: 152-160.
7. Parand A, Movallaly G. The effect of stress management training on reducing the psychological problems of children with hearing impairment. Family Research. 2011; 25, 34-23. [Persian].
8. Doostzadeh M. The effectiveness of family timed intervention-focuses on general health and stress symptoms of mothers with hearing impairment(Dissertation). University of Shiraz, faculty of education and psychology 2016. [Persian].
9. Van Puffelen AL, Rijken M, Heijmans M. Living with diabetes: A group-based selfmanagement support programme for T2DM patients in the early phases of illness and their partners, study protocol of a randomised controlled trial. BMC Health Services Research.2014. 14(1): p. 144. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-144
10. Soleimani M, Abdi K, Mousavi M. Comparison of demographic and biological characteristics of parents of children with more than one exceptional child with parents of ordinary childrne. Journal of Rehabilitation. 2010; 11 (5)23-33. [Persian].
11. Iravani M, Hatamizadeh N, Fotohi A, Hosseinzadeh S. Comparison of two new methods of family education in community-based rehabilitation program on knowledge, skills and attitudes of local community-based rehabilitation staff. Journal of Rehabilitation. 2011; 25, 42-23. [Persian].
12 World health organization, international disability development consortium. Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines. 2010.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]

13. Raj VS, Thomas M. Effectiveness of training community-based rehabilitation workers on multiple disabilities: A pilot study. International Journal of Health & Allied Sciences. 2015; 4(4):259.
14. Mauro V, Biggeri M, Grilli L. Does community-based rehabilitation enhance the multidimensional well-being of deprived persons with disabilities? A multilevel impact evaluation. World Development. 2015; 76:190-202.
15. Mirkhani M. Principal of rehabilitation. (Dissertation). Tehran: University of social welfare & rehabilitation sciences; 2006.p.23. [Persian].
16. Mousavi T. The role of community-based rehabilitation in poverty reduction. Disability, CBR & Inclusive Development. 2015; 26 (1):125-39.
17. Karimi T, Rangrazian F, Mobasher Amini Z. The effect of coping strategies with stress on marital satisfaction and stress in parents of children with mantal retardation. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016; 3(3): 107-117. [Persian].
18. Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandroni R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. Acta Paediatrica; 2008; 97(1): 894-8.
19. Menayayi J, Korhevardi F, Rasouli M. The effectiveness of empowerment training on mothers with premature infants. Journal of Ethics in Education. 2013; 1(11): 27-32. [Persian].
20. Wakimizu R, Yamaguchi K, Fujioka H. Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. International Journal of Nursing Sciences. 2017 Jan 10;4 (1):38-45.
21. Hsiu-Ying Yeh a, Wei-Fen Mab, Jing-Long Huang c, Kai-Chung Hsueh d, Li-Chi Chiang. Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: A randomized control trial. International Journal of Nursing Studies. 2016; 60: 133–144.
22. Mohammadi Moghadam M, Mobaraki H, Kamali M, Esmaeili A. Effect of community-based rehabilitation program on quality of life for people of 15-65 years old with severe and profound hearing loss in the city of Sabzevar . Modern Rehabilitation Journal. 2015; 9(2):16-24.
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S.R. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006, 4(4): 1-12.
24. Mol TI, Van Brakel W, Schreurs M. Children with disability in Nepal: New hope through CBR?. Disability, CBR & Inclusive Development. 2014; 25(1):5-20.
25. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, and Yasemi MT. Mental health Islamic republic of Iran. Publications of the Ministry of Health and Medical Education, 2001.
26. Hornby G. Counselling in child disability: Skills for working with parents. Nelson Thornes; 1994.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.1.6]