بررسی الگوی ساختاری تاب‌آوری، خوش‌بینی و امید به زندگی با رشد پس از آسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم: نقش میانجی باورهای مذهبی

▫ **مجتبی جانعلی پور چناررودخانی**، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
▫ **امیر قربان‌پور لفمجانی***، استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
▫ **علی پورصفر صیقلانی**، استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۷۰ - ۸۰

چکیده

زمینه و هدف: تولد و نگهداری از فرزند برای مادر با فشار و دشواری همراه است، حال اگر این کودک دارای معلولیت جسمی یا ذهنی باشد، پیامدها و واکنش‌هایی را به‌دنبال خواهد داشت. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی الگوی ساختاری تاب‌آوری، خوش‌بینی و امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم با نقش میانجی باورهای مذهبی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. نمونه آماری شامل ۲۲۵ نفر از مادران دارای فرزند اُتیستیک بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس از مراکز آموزش و انجمن کودکان با اختلال طیف اتیسم در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سنجش نگرش‌های مذهبی سراج زاده (۱۳۷۷)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، خوش‌بینی شییر و کارور (۱۹۹۴)، امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) و رشد پس‌ازآسیب تدیسچی و کالهون (۱۹۹۶)، و جهت تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، مدلسازی معادلات ساختاری و روش بوت استرپ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد الگوی ساختاری از برازش مطلوبی برخوردار بوده و تمام متغیرهای پیش‌بین و میانجی می‌توانند ۰/۴۱ از تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی کنند. بنابراین باورهای مذهبی در رابطه‌ی بین تاب‌آوری و امید با رشد پس از آسیب، نقش میانجی دارند اما در رابطه‌ی بین خوش‌بینی و رشد پس‌ازآسیب، نقش میانجی ندارند ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت، باورهای مذهبی می‌توانند ارتباط بین تاب‌آوری و امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب را میانجی‌گری کنند اما در ارتباط بین خوش‌بینی و رشد پس‌ازآسیب نقش میانجی ندارند.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، اتیسم، باورهای مذهبی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، رشد پس‌ازآسیب

* Email: Qorbanpoorlafmejani@guilan.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

مقدمه

همه‌ی والدین هنگام تولد فرزند انتظارات بسیار زیادی دارند، به‌طوری که از آن به‌عنوان حادثه‌ای با تنیدگی ولی هیجان‌انگیز یاد می‌کنند. اما تولد یک کودک با ناتوانی مانند اتیسم، همه‌ی انتظارات و توقعات آنها به‌ویژه مادر را مخدوش نموده و به‌عنوان یک بحران تنیدگی‌زا قلمداد می‌شود (۱). اختلال درخودماندگی[1] یک اختلال فراگیر رشدی است که نشانگان آن عبارت است از پاسخگو نبودن به دیگران در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی و تأخیر شدید یا نداشتن مهارت‌های ارتباطی، که پیش از ۳ سالگی آغاز می‌شود و میزان شیوع آن ۸ در ۱۰۰۰۰ تولد زنده است. اگرچه علت این اختلال ناشناخته است اما فرد با اختلال درخودماندگی در رفتارهای اجتماعی،کارکردهای شناختی و هم‌زیستی دچار مشکل است (۲ و۳).

بدون تردید اختلال طیف اتیسم مشکلات و فشار زیادی را برای هر دو والد ایجاد می‌کند، اما به‌خاطر مراقبت دائمی مادران از این کودکان، آنها بیشتر تحت فشار وتنیدگی‌های مرتبط با آن قرار دارند (۴). اما برخی ویژگی‌ها یا خصوصیات فردی وجود دارند که می‌توانند به افراد در کنار آمدن با چنین مسائلی کمک کنند، که یکی از آنها رشد پس از آسیب[2] است (۵). رشد پس از آسیب، تجربه‌ی تغییر مثبت روانی به‌عنوان یک نتیجه از مبارزه با بحران‌های بزرگ و حوادث بسیار تنیدگی‌زای زندگی، تعریف می‌شود که بر اساس مطالعات صورت گرفته، تغییرات روان‌شناختی، میان‌فردی و گرایش به زندگی را در پی دارد. این دسته‌بندی شامل تغییرات ادراکی از خویشتن، تغییر روابط با دیگران، افزایش معنویت یا تغییر در فلسفه زندگی، افزایش آگاهی از احتمالات جدید و قدردانی بیشتر از زندگی می‌شود (۶ و۷).

متغیرهای مختلفی رشد پس‌ازآسیب را متأثر می‌سازند، که از جمله آنها، تاب‌آوری[3] است. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط ناگوار است (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند مادرانی که از تاب‌آوری و بهداشت روانی بالاتری برخوردارند، در پذیرش، نگهداری و کنارآمدن با ناتوانی فرزند خود مشکل کمتری دارند و بهتر می‌توانند نیازهای فرزند دارای ناتوانی خود را برآورده کنند زیرا تاب‌آوری بر روی رشد پس‌ازآسیب اثرگذار است، بنابراین تاب‌آوری، مادران دارای فرزند با ناتوانی را قادر می‌سازد تا عملکرد اجتماعی خود را بهبود بخشیده و بر مشکلات غلبه کنند (۹ و۱۰).

متغیر دیگری که بر رشد پس‌ازآسیب تأثیر دارد، خوش‌بینی[4] است. خوش‌بینی یا تفکر مثبت، به‌عنوان یکی از زیر طبقات اصلی روان‌شناسی مثبت به جهت‌گیری اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامد به‌عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (۱۱). رویکرد مثبت‌نگر مدعی است که هیجانات مثبت، توانمندی‌ها و داشتن معنا در زندگی، آرامش و آسایش در مواجهه با سختی‌ها و مشکلات، به افراد کمک می‌کند تا زندگی بهتری داشته باشند و پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که خوش‌بینی باعث می‌شود فرد موقعیت‌های تنیدگی‌زا را با دید مثبت‌تری ارزیابی کند و محاسبه‌ی خوبی از توانایی‌هایش برای حل مشکلات داشته باشد، بنابراین خوش‌بینی سبب می‌شود که مادران بتوانند با این واقعیت، یعنی داشتن فرزند ناتوان کنار بیایند و به زندگی امیدوارتر شوند (۱۲و۱۴،۱۳).

متغیر دیگری که بر رشد پس‌ازآسیب تأثیر دارد، امید به زندگی[5] است. امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و به‌عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (۱۵). متخصصان، امید را مرکب از مؤلفه‌های قدرت اراده، قدرت راه‌یابی یا تفکر، برنامه‌ریزی، هدف و تشخیص موانع می‌دانند (۱۶). همچنین مطالعات مختلف از این ادعا که امید بر رشد پس‌ازآسیب اثرگذار است، حمایت می‌کنند (۱۷ و ۱۸و ۱۹).

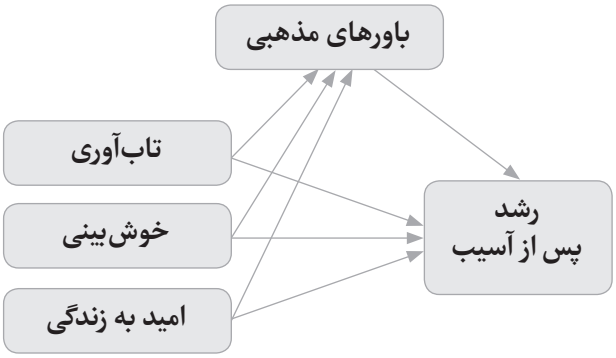
رابطه بین متغیرها همیشه به‌شکل خطی نیست و در برخی از موارد متغیرهایی بین متغیرهای پژوهش نقش واسطه‌ای یا تعدیل کننده دارند. در پژوهش حاضر فرض بر این است که باورهای مذهبی[6] در رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین و وابسته نقش میانجی دارد. مذهب و منابع معنوی یک عامل اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌ها محسوب می‌شود زیرا تصور بر این است که وقتی باورهای مذهبی وجود داشته باشد، معنویتی ایجاد می‌شود که از این رهگذر امید افراد

1. Autism
2. Post traumatic growth
3. Resilience
4. Optimism
5. Life expectancy
6. Religious beliefs

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

بیشتر می‌شود (۲۰، ۲۱، ۲۲). رابطه‌ی بین تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی با رشد پس‌ازآسیب بیشتر خواهد شد و این متغیر رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین و وابسته را قوی‌تر می‌کند. همچنین پژوهش‌های مختلفی نیز این ادعا را اثبات کرده‌اند و نشان داده‌اند که باورهای مذهبی نقش کلیدی در رشد پس‌ازآسیب دارند (۲۳ و۲۴ و۲۵).

با توجه به اهمیت رشد پس‌ازآسیب در خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه و نقشی که این متغیر می‌تواند در توانمندی این خانواده‌ها داشته باشد، مرور پژوهش‌های گذشته نشان داد که اکثر آنها، رشد پس‌ازآسیب را بیشتر بر روی بیماران سرطانی مورد بررسی قرار داده‌اند. در حالی‌که خانواده‌های دارای افراد با نیازهای ویژه از جمله اختلال طیف اتیسم نیز در مراقبت و نگهداری از فرزندان خود متحمل تنش‌های فراوانی می‌شوند و لذا می‌بایست از این حیث مورد توجه قرار گیرند و با عبور از مراحل دشوار مواجهه با این مسئله، با نیل به رشد پس‌ازآسیب به زندگی برگردند زیرا هر گونه اقدام توان‌بخشی مورد نیاز مستلزم این است که والدین از آمادگی و ثبات روانی برخوردار باشند. بنابراین پژوهش حاضر به‌عمل آمد تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا الگوی ساختاری تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی با رشد پس‌ازآسیب با نقش میانجی باورهای مذهبی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد؟



مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: پژوهش حاضر توصیفی و جزء مطالعات همبستگی است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را همه‌ی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم که فرزندشان عضو انجمن اختلالات طیف اتیسم استان گیلان و مراکز آموزشی مرتبط با این کودکان در سال ۱۳۹۸بودند، تشکیل می‌داد. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۲۵ نفر از مادرانی بود که به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. منطق تعداد نمونه با دیدگاه کلاین (۲۶) مبنی بر در نظر گرفتن حداقل ۲۰۰ نفر در کار مدل‌سازی همسو است. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه، حداقل سواد مادر و نداشتن اختلالات دیگری که مانع از پاسخگویی به پرسشنامه باشد و ملاک خروج هم عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا بی تمایلی به مشارکت در پژوهش بود.

ابزار: برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از ۵ پرسشنامه‌ی زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامه سنجش نگرش‌های مذهبی[1] سراج زاده: این پرسشنامه در سال ۱۳۷۷ توسط سراج زاده به‌منظور سنجش باورهای مذهبی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ عبارت است که چهار بُعد دینداری شامل : ۱) بُعد اعتقادی، ۲) بُعد تجربه‌ای یا عواطف دینی، ۳) بُعد پیامدی، ۴) بُعد مناسکی را می‌سنجد. در این پرسشنامه آزمودنی باید میزان باور خود را در زمینه هر یک از عبارت‌ها روی یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) مشخص نماید. نمره‌گذاری برخی از عبارات به‌صورت برعکس انجام می‌شود (صفر تا ۴). بدیهی است میزان نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها و همچنین میزان نمره‌ی فرد در شاخص نمره کل به‌عنوان میزان شدت نگرش مذهبی کلی فرد و یا شدت آن بُعد تفسیر می‌شود. هرچقدر نمره‌ی فرد در بُعدی یا شاخص نمره کل بالاتر باشد، شدت نگرش مذهبی فرد در آن بُعد خاص و یا در شاخص نمره‌ی کل بیشتر است. در بررسی روایی این پرسشنامه، سراج‌زاده در سال ۱۳۷۹ ضریب هبستگی ۰/۴۱ تا ۰/۶۲ را گزارش کرده است. سراج‌زاده روایی صوری این پرسشنامه را از طریق نظرخواهی از تعدادی دانشجویان دکتری که با اسلام آشنایی کامل داشتند، به‌دست آورد. در این پرسشنامه، رابطه‌ی بین نمره‌های دینداری در مقیاس گلاک و استارک و نمره‌ی ارزیابی خود آنان از دینداری‌شان از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۶۱ /۰ گزارش شد. این میزان به‌عنوان روایی بیرونی در نظر گرفته شد. برای سنجش پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان

1. Religion Assessment Questionnaire

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

آن ۰/۹۲ بود که این میزان نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی می‌باشد (۲۷و ۲۸). همچنین پایایی این پرسشنامه به روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهشی دیگر به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و اعتبار آن ۰/۴۵ گزارش شد (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۹۵ می‌باشد.

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[1]: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه و تدوین شده است. ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (کاملاً درست و کاملاً نادرست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقایس قادر است افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور را در گروه‌های بالینی وغیربالینی از یکدیگر تفکیک کند. طیف نمرات این مقیاس بین صفر تا۱۰۰ است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن است که این مقیاس دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. پایایی خارجی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۸). پایایی این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ بررسی شد. وی برای پایایی آن از روش آلفای کرونباخ بهره گرفت و ضریب پایایی را ۰/۸۹گزارش کرد (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۹۴ بود.

۳. آزمون جهت‌گیری زندگی شییر وکارور[2]: شییر و کارور این پرسشنامه را در سال ۱۹۸۵ برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی و آزمون جهت‌گیری زندگی، مقیاس خودگزارشی خلاصه‌ای را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند (۱۲). نسخه تجدید نظر شده‌ی آزمون جهت‌گیری زندگی از آزمون اصلی خلاصه‌تر است (شامل۶ ماده، ۳ ماده نشان دهنده تلقی خوش‌بینانه و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه). دامنه نمرات بین صفر تا ۲۴ است و نمره بالاتر به معنای خوش‌بینی بیشتر است. این پرسشنامه از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است (ضریب آلفای کرونباخ۰/۷۰) و در طول زمان ثبات خوبی دارد. شییر و همکاران در سال ۱۹۹۴ روایی این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، تأیید کردند و پایایی آن را نیز با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و از طریق بازآزمایی بعد از چهار ماه ۰/۶۸، بعد از یک سال ۰/۶۰، بعد از دو سال ۰/۵۶ و پس از چهار سال ۰/۶۸ به‌دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی کجباف، عریضی و خدابخشی، ۰/۷۴ به‌دست آمد و روایی همزمان آن از طریق همبستگی منفی با افسردگی (۰/۶۵) و همبستگی مثبت با خود تسلط‌یابی (۰/۷۳) تأیید شد (۳۱). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۹۴٪ بود.

۴. مقیاس امید میلر[3]: این مقیاس توسط میلر در سال ۱۹۸۸ تدوین شد. این مقیاس از نوع تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده است. پاسخ‌های این مقیاس در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی‌تفاوت=۳، موافق=۴، بسیارموافق=۵) تنظیم شده است (۳۲). چهارده ماده نیز به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. پرسش‌های ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۴۷و ۴۸ به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان، تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به‌دست می‌آوریم. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسشنامه نمره برش نیز ندارد و هرچه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد. در پژوهش غلامی، حافظی، عسگری و نادری، ضرایب پایایی مقیاس امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شده است که برای کل مقیاس به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴می‌باشد که بیانگر پایایی مطلوب آزمون امید به زندگی میلر است (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۹۶ بود.

۵. پرسشنامه رشد پس‌ازآسیب[4]: این پرسشنامه توسط تدیسچی وکالهون[5] در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا تهیه شده

1. Conner-Davidson Resilience Scale
2. Scheier-Carver life Orientation test
3. Miller Hope Scale
4. Post traumatic growth questionnaire
5. Tedeschi and Calhoun

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

است. پرسشنامه رشد پس‌ازآسیب، برای اندازه‌گیری نتایج مثبت ناشی از تجربه‌ی یک رویداد منفی در زندگی استفاده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنه صفر "من این تغییر را به‌عنوان نتیجه بحران نمی‌دانم" تا ۵ "من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به‌عنوان نتیجه بحران می‌دانم" تشکیل شده است. این پرسشنامه شامل ۵ زیرمقیاس: شیوه‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی می‌باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ هست و نمره بیشتر نشانگر رشد بیشتر است. ارزیابی اولیه این پرسشنامه در نمونه‌ای نشان داد که همسانی درونی بالایی (۰/۹۰) دارد. علاوه بر این، همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. پایایی این آزمون که با بازآزمایی پس از دو ماه گزارش شده است برای کل پرسشنامه حدود ۰/۷۱ می‌باشد (۳۴). لوین، بونت آنتیجنتس و فلورین[1] (۳۵) آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در پژوهش خود ۰/۹۳ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۹۵ می‌باشد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی به‌دست آمده از گروه نمونه نشان داد، پاسخ‌دهندگان از لحاظ درآمد خانوار، ۱۹ درصد کمتر از ۱ میلیون تومان، ۵۴ درصد بین ۱ تا۲ میلیون تومان و ۲۷ درصد بالای ۲ میلیون تومان بوده‌اند.

همچنین از لحاظ تحصیلات، ۱۱ درصد بی‌سواد، ۵۷ درصد دیپلم و زیر دیپلم، ۲۶ درصد لیسانس، ۶ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بوده‌اند. تعداد پاسخ-دهندگان به پرسشنامه‌ها از لحاظ مدت زمان ازدواج، ۱۳ درصد زیر ۴ سال، ۲۸ درصد بین ۴ تا ۷ سال، ۵۹ درصد بالای ۷ سال بوده‌اند. همچنین از لحاظ تعداد فرزند، ۲۸ درصد یک فرزند، ۵۷ درصد ۲ فرزند و ۱۵ درصد ۳ فرزند و بیشتر بوده اند.

در جدول ۱، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای امید به زندگی، خوش‌بینی، تاب‌آوری، باورهای مذهبی، رشد پس‌ازآسیب و ابعاد آن (شیوه‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی) گزارش شده است. همچنین از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها استفاده شده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کولموگروف-اسمیرنوف
امید به زندگی	۱۴۴/۳۲	۱۶/۷۰	۰/۳۲۴
خوش‌بینی	۱۴/۱۵	۴/۲۴	۰/۴۲۸
تاب‌آوری	۷۱/۵۴	۱۹/۹۴	۰/۰۷۸
باورهای مذهبی	۸۷/۱۲	۱۲/۱۰	۰/۴۵۶
رشد پس‌ازآسیب	۶۰/۹۹	۸/۵۶	۰/۰۸۹
شیوه‌های جدید	۱۰/۰۷	۲/۳۴	۰/۳۵۷
ارتباط با دیگران	۱۲/۹۲	۲/۲۳	۰/۴۷۶
قدرت شخصی	۱۲/۴۲	۲/۴۴	۰/۰۹۸
ارزش زندگی	۱۰/۸۷	۲/۱۷	۰/۵۹۹
تغییر معنوی	۱۴/۷۶	۲/۸۶	۰/۲۳۱

با توجه به مقدار معناداری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، فرضیه نرمال بودن تمامی متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ مورد تأیید می‌باشد. همچنین برای بررسی توزیع نرمال بودن چندمتغیره از شاخص مردیا استفاده شد که مقدار ۰/۸۷ با سطح بحرانی ۱/۷۵ به‌دست آمد و از آنجائی‌که این مقدار کمتر از ۲/۵۸ می‌باشد، نرمال بودن چندمتغیری تأیید شد.

1. Levin, Bount antigens and Florin

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

همچنین وجود داده‌های پرت چندمتغیره با استفاده از شاخص ماهالانوبیس (P< ۰/۰۰۱) مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی همبستگی بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲) ماتریس همبستگی مدل نهایی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. امید به زندگی	۱									
۲. خوش‌بینی	۰/۴۴**	۱								
۳. تاب‌آوری	۰/۳۲**	۰/۱۵*	۱							
۴. باورهای مذهبی	۰/۲۱**	۰/۰۴	۰/۲۶**	۱						
۵. رشد پس‌ازآسیب	۰/۰۵	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	۱					
۶. شیوه‌های جدید	۰/۱۰	۰/۱۴*	۰/۴۱**	۰/۲۸**	۰/۷۱**	۱				
۷. ارتباط با دیگران	۰/۱۶	۰/۲۲*	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۷۰**	۰/۴۰**	۱			
۸. قدرت شخصی	۰/۰۹	۰/۲۴*	۰/۳۶**	۰/۴۰**	۰/۷۴**	۰/۴۶**	۰/۵۵**	۱		
۹. ارزش زندگی	۰/۰۸	۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۱۳*	۰/۷۱**	۰/۴۷**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۱	
۱۰. تغییر معنوی	۰/۰۳	۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۶۷**	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۰/۳۸**	۱

p<0/01,05 /0>*P**

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی جدول ۲، بین رشد پس‌ازآسیب و ابعاد آن در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم با خوش‌بینی، تاب‌آوری و باورهای مذهبی رابطه‌ی مثبت و معنادار اما با امید به زندگی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (P<۰/۰۵). همچنین بین امید به زندگی با خوش‌بینی، تاب‌آوری و باورهای مذهبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. بین خوش‌بینی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار اما با باورهای مذهبی رابطه معناداری وجود ندارد. بین تاب‌آوری با باورهای مذهبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵).

به‌منظور بررسی پرسش اصلی پژوهش یعنی برازش الگوی ساختاری پیشنهادی، از مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر روش برآورد بیشینه درست‌نمایی و نسخه ۲۴ نرم افزار AMOS استفاده شده است.

جدول۳) برازش الگوی پیشنهادی

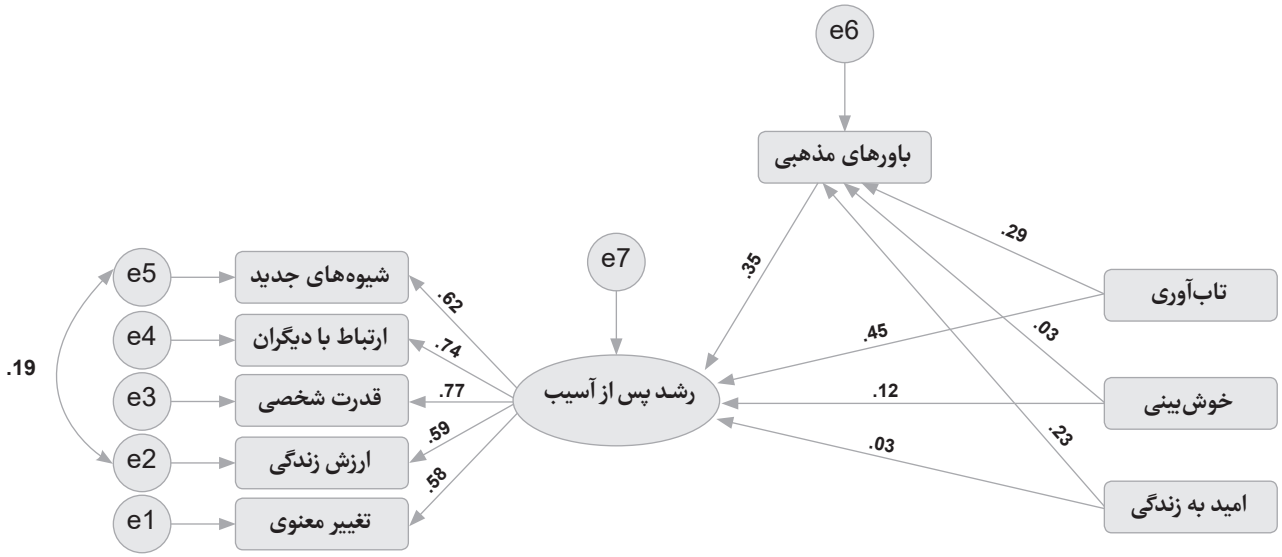
شاخص‌های برازش مدل	مدل پیشنهادی	نتیجه
مجذور (x^2)	۵۵/۶۱۹	
درجه آزادی (df)	۲۰	
سطح معناداری (p.value)	۰/۰۰	غیر معنادار
نسبت مجذور خی به درجه آزادی (x^2/df)	۲/۷۸۰	برازش مناسب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۲	قابل قبول
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۱۲	قابل قبول
شاخص برازش نرم (NFI)	۰/۹۰۵	قابل قبول
شاخص تاکر لویس (TLI)	۰/۹۲۹	قابل قبول
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۰۴	قابل قبول
شاخص اطلاعات آکائیک	۱۰۵/۶۱۲	
ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۵	قابل قبول

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه‌ی بین امید به زندگی، تاب‌آوری، خوش‌بینی با رشد پس‌ازآسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم با میانجی‌گری باورهای مذهبی، روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر در مجموع پنج متغیر دارد که سه متغیر به‌عنوان متغیر پیش‌بین (مستقل)، یک متغیر به‌عنوان متغیر ملاک (وابسته) و یک متغیر به‌عنوان متغیر میانجی می‌باشند. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی از جمله مجذور خی[1] به‌عنوان شاخص برازندگی مطلق در جدول ۳ گزارش شده است.

در جدول ۳، شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم نشان داده شده است. نتایج نشان دادند که همه شاخص‌های برازندگی، نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها بودند و تمامی ضرایب مسیرها به جز امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب و خوش‌بینی با باورهای مذهبی معنادار بودند. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده‌ی متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر رشد پس‌ازآسیب ۰/۴۱۷ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی امید به زندگی، خوش‌بینی، تاب‌آوری و باورهای مذهبی می‌توانند ۰/۴۱ از تغییرات رشد پس‌ازآسیب را در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم پیش‌بینی کنند که این میزان در حد متوسط می‌باشد. هم‌چنین مشاهده می‌شود، ضریب تعیین متغیر باورهای مذهبی ۰/۲۲، در حد متوسط می‌باشد.

بنابراین با توجه به شاخص‌های برآورد شده، مشخص شد رابطه ساختاری امید به زندگی، خوش‌بینی و تاب‌آوری با رشد پس‌ازآسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم از طریق میانجی‌گری باورهای مذهبی برازش مطلوبی دارد.



شکل ۱) ضرایب استاندارد الگوی پیشنهادی

نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در الگوی پیشنهادی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیرها بین متغیرها از لحاظ آماری، به‌جز رابطه خوش‌بینی با باورهای مذهبی و امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب، مثبت و معنادار بودند. جدول ۴، پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها را برای کل نمونه نشان می‌دهد.

1. Chi- Square

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

جدول۴) پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری (p)
تاب‌آوری ← باورهای مذهبی	۰/۲۸۶	۰/۰۳۸	۴/۶۱۶	۰/۰۰
خوش‌بینی ← باورهای مذهبی	۰/۰۳۴	۰/۱۷۸	۰/۵۴۷	۰/۵۸۴
امید به زندگی ← باورهای مذهبی	۰/۲۳۴	۰/۰۴۵	۳/۷۷۰	۰/۰۰
تاب‌آوری ← رشد پس‌ازآسیب	۰/۴۵۰	۰/۰۰۶	۵/۷۸۵	۰/۰۰
خوش‌بینی ← رشد پس‌ازآسیب	۰/۱۱۹	۰/۰۲۴	۱/۹۹۵	۰/۰۴۶
امید به زندگی ← رشد پس‌ازآسیب	۰/۰۳۲	۰/۰۰۶	۰/۵۰۴	۰/۶۱۴
باورهای مذهبی ← رشد پس‌ازآسیب	۰/۳۴۶	۰/۰۱	۴/۶۹۰	۰/۰۰

بنابراین، براساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۴، همه مسیرهای مستقیم به جز رابطه خوش‌بینی با باورهای مذهبی و امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب معنادار هستند (P<۰/۰۰۱). در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر چند مسیر غیر مستقیم یا واسطه‌ای وجود دارد. برای تعیین معناداری هر یک از روابط واسطه‌ای و اثر غیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق متغیر میانجی، از روش بوت استرپ[1] استفاده شده است.

نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۵ مشاهده نمود. در جدول ۵، منظور از داده[2]، اثر غیر مستقیم در نمونه اصلی؛ و بوت[3]، میانگین برآوردهای اثر غیر مستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است. همچنین، در این جدول، سوگیری[4]، بیانگر تفاضل بین داده و بوت و خطای معیار نیز نشان دهنده انحراف معیار برآوردهای غیر مستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است.

جدول ۵) آزمون میانجیگری چندگانه

مسیر	شاخص						سطح معناداری
	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	
تاب آوری به رشد پس‌ازآسیب از طریق رفتارهای مذهبی	۰/۰۹۹	۰/۰۴۴	۰/۰۵	۰/۰۴۶	۰/۰۳۵	۰/۱۹۱	۰/۰۰۳
خوش‌بینی به رشد پس‌ازآسیب از طریق رفتارهای مذهبی	۰/۰۱۲	۰/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۵	-۰/۰۵۶	۰/۰۲۴	۰/۵۷۰
امید به زندگی به رشد پس‌ازآسیب از طریق رفتارهای مذهبی	۰/۰۸۱	۰/۰۴۴	۰/۰۳۷	۰/۰۳۶	۰/۰۳۴	۰/۱۵۴	۰/۰۰۵

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان داد، الگوی ساختاری پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و تمام متغیرهای پیش‌بین و میانجی یعنی باورهای مذهبی می‌توانند ۰/۴۱ از تغییرات رشد پس از آسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم را پیش‌بینی کنند که این میزان در حد متوسطی قرار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی الگوی ساختاری تاب‌آوری، خوش‌بینی و امید به زندگی با رشد پس‌ازآسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم با نقش میانجی باورهای مذهبی بود. یافته‌ها نشان داد با توجه به شاخص‌های برآورد

1. Bootstrap
2. Data
3. Data
4. Bias

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

شده، رابطه ساختاری امید به زندگی، خوش‌بینی و تاب‌آوری با رشد پس‌ازآسیب در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم از طریق میانجیگری باورهای مذهبی برازش دارد. اولین یافته این پژوهش، نشان داد باورهای مذهبی در رابطه‌ی بین تاب‌آوری و رشد پس‌ازآسیب نقش میانجیگری دارد. همچنین در پژوهش‌های کنعانی و گودرزی (۳) و اوزستین و هیسدورماز (۱۰) میانجی‌گری باورهای مذهبی در رابطه‌ی بین تاب‌آوری و رشد پس‌ازآسیب تأیید شده است و نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های این پژوهش‌ها (۳و ۱۰) همخوان است. با توجه به اینکه دو مورد از مؤلفه‌های رشد پس‌ازآسیب در دیدگاه تدسچی و کالهون تغییر معنای زندگی و تغییر ارزش‌های زندگی است می‌توان اینگونه گفت که باورهای مذهبی می‌تواند از طریق تغییر نگرش فرد نسبت به عالمِ هستی و مشکلات و سختی‌های آن از جمله بیماری‌ها و رویدادهای سخت و غیرقابل تغییر مثل تولد فرزندی با مشکلات ذهنی و روانی که به‌نوعی آزمون و ابتلای انسان‌هاست، از طریق تغییر ارزش و معنای زندگی، تاب‌آوری و تحمل و صبر افراد را افزایش دهد و با توجه به رابطه تاب‌آوری و رشد پس‌ازآسیب که در پژوهش‌های هارون رشیدی و منصوری راد (۹) و اوزستین و هیسدورماز [1] (۱۰) تأیید شده، می‌تواند در نهایت، رشد پس‌ازآسیب را نیز متأثر سازد. در رابطه با یافته دوم پژوهش نیز نتایج نشان دادند باورهای مذهبی در رابطه‌ی بین خوش‌بینی و رشد پس‌ازآسیب نقش میانجی‌گری ندارد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین ناهمسو است (۱۵و۳۴). به‌نظر می‌رسد در تبیین این ناهمسویی باید به ماهیت متغیر خوش‌بینی توجه نمود. در نظریه شیرر و کارور خوش‌بینی به‌معنای انتظارات تعمیم‌یافته فرد نسبت به فضای زیست محیطی تعریف شده است. با توجه به اینکه خوش‌بینی معطوف به آینده است و نه زمان حال، لذا به نظر می‌رسد که این مادران آینده فرزندان خود را تیره و تار می‌دانند. در واقع پیش‌بینی زندگی آینده فرزندان از نظر تحصیلی، شغلی و خانوادگی می‌تواند برای والدین فشارزا باشد و آنقدر این تنیدگی زیاد هست که حتی باورهای مذهبی هم نمی‌تواند آن را تعدیل کند. البته میزان اعتقاد افراد به باورهای مذهبی و نیز شدت مشکل هم در این زمینه تعیین‌کننده است. با توجه به اینکه مشکل این فرزندان غیر قابل تغییر است و باورهای مذهبی نیز از جنس باور و شناخت هستند، شاید بتوان اینگونه گفت که این مادران در مواجهه با آینده فرزندان و مشکلات پیش‌روی آنان علاوه بر اینکه نیازمند تقویت باورها و نگرش‌های مذهبی هستند نیازمند راهکارها یا روش‌هایی عملی هستند تا بتوانند این مشکلات را تقلیل دهند و به همین دلیل چون باورها و نگرش‌های مذهبی بیشتر نقش تقلیل هیجان-های منفی را دارند (و جزء مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌باشند) در اینجا کمتر اثرگذارند و نمی‌توانند نسبت به آینده (که مشکل فرزندشان در آن تغییری نخواهد کرد) برای افراد خوش‌بینی ایجاد کنند.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که باورهای مذهبی در رابطه‌ی بین امید به زندگی و رشد پس از آسیب نقش میانجیگری دارد. در پژوهش‌های پیشین میرسون، گرانت، کارتر و کلیمر (۲۰۱۷) و رحیمیان، معین صمدانی (۱۳۹۶) میانجی‌گری باورهای مذهبی در رابطه با امید به زندگی و رشد پس ازآسیب تأیید شده است و نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش ها (۱۵ و ۲۰) همسو است. با توجه به تعریف امید در نظریه‌های امیددرمانی مبنی بر فرایند تفکر درباره اهداف شخص به‌همراه انگیزه برای حرکت به‌سمت اهداف و تلقی امید به‌عنوان یک فرایند شناختی هدف‌مدار، هر انسانی انگیزه‌ای می‌خواهد تا به‌عنوان عامل و علتی مهم در امید آفرینی و حرکت به سمت اهداف حرکت کند. با این توصیف به‌نظر می‌رسد باورهای مذهبی می‌تواند به رفتارهای افراد معنایی دوباره بدهد. به‌گونه‌ای که فرد بتواند تمامی مسائل و اتفاقات موجود در زندگی را با معنا بداند. همین معناداری رویدادها و اتفاقات زندگی می‌تواند انگیزه فرد برای حرکت به سمت اهداف را زنده نگه دارد. همانگونه که در تعریف امید ارائه شد. بنابراین اگر انگیزه و تفکر معطوف به هدف فرد در نتیجه معناداری ناشی از باورهای مذهبی ارتقاء یابد، می‌توان امیدوار بود که رشد پس‌ازآسیب نیز افزایش پیدا کند زیرا باورهای مذهبی بالا می‌تواند منجر به بالا رفتن امید به زندگی شود و به مادران در کنار آمدن و ادامه دادن زندگی با یک فرزند ناتوان کمک کند، که این همسویی در پژوهش‌های گذشته نیز تأیید شده است (۱۶ و ۲۱). با توجه به اینکه رویکرد کلی پژوهش، کمی و با در نظر گرفتن دیدگاه‌های قبلی و در جهت تکمیل پژوهش‌های گذشته، کار انجام شده کلیت کار قیاسی است و یافته‌های پژوهش در چهارچوب یافته‌های قبلی تفسیر شده‌اند و به بسط یافته‌های قبلی کمک نموده

1. Ozcetin , Hicdurmaz

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

است. در انتها نیز با توجه به محدودیت‌های پژوهش شامل جنسیت افراد و خاص بودن جامعه آماری، تعمیم نتایج باید با احتیاط و دقت صورت گیرد. از این رو پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد پدران و همچنین سایر گروه‌های استثنایی نیز انجام شود تا در نهایت قدرت تعمیم‌دهی نتایج افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مجتبی جانعلیپور چنار رودخانی در رشته مشاوره خانواده دانشگاه گیلان به راهنمایی دکتر امیر قربان پور لفمجانی و مشاورت دکتر علی پورصفر صیقلانی است و از تمامی مادرانی که با حضور خود به اجرای این پژوهش کمک کردند، تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

پژوهش حاضر برای هیچکدام از نویسندگان تضاد منافعی نداشته است.

References

1. Kanaani K, Godarzi MA. Investigating the effect of islamic logo therapy on the improvement of social adaptation and resiliency in the mothers of mentally retarded children. Community Health Journal. 2017;10 (1):52-62. [In Persian]
2. Sadeghian A, Bigdeli I, Zarei MA. Effectiveness of sensory-motor integration training in improving autism symptoms among children with autism spectrum disorder. MEJDS. 2017 Apr 10; 7:15-15. [In Persian]
3. Fletcher-Watson S, Petrou A, Scott-Barrett J, Dicks P, Graham C, O'Hare A, Pain H, McConachie H. A trial of an iPad™ intervention targeting social communication skills in children with autism. Autism. 2016 Oct;20 (7):771-82.
4. Aali S, Abdkhodae M, Ghanaee A, Moharari F. Developmental function of families with autism spectrum disorder children compared with families with healthy children. Medical journal of Mashhad University of medical sciences. 2015;58 (1):32-41. [In Persian]
5. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. Health psychol. 2001 May; 20(3):176.
6. Taku K. Commonly-defined and individually-defined posttraumatic growth in the US and Japan. Pers Individ Dif. 2011 Jul 1; 51(2):188-93.
7. Nikmanesh Z. Prediction of posttraumatic growth base on of spirituality and social support in patients with breast cancer. Iran J Breast Dis. 2013 Jul 10;6 (2):35-42. [In Persian]
8. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003 Sep;18 (2):76-82.
9. Haroon Rashidi H, Mansori Rad V. The relationship between perceived social support and resilience with psychological distress in mothers of exceptional children. J Except Edu. 2017; 3(146): 15-22. [In Persian]
10. Ozcetin YU, Hicdurmaz DU. Relations of post-traumatic growth and resilience in cancer experience. European Psychiatry. 2017 Apr; 41(S1):S672-S672.
11. Peterson C. The future of optimism. Am psychol. 2000 Jan; 55(1):44.
12. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. J Pers Soc Psychol. 1994 Dec; 67 (6):1063.
13. Schueller SM. Personality fit and positive interventions: extraverted and introverted individuals benefit from different happiness increasing strategies. Psychology. 2012 Dec 25;3 (12):1166.
14. Sadoughi M, Mehrzad V, MohammadSalehi Z. The relationship of optimism and hope with depression and anxiety among women with breast cancer. IJNR. 2017 May 10;12 (2):16-21. [In Persian].
15. Meyerson DA, Grant KE, Carter JS, Kilmer RP. Posttraumatic growth among children and adolescents: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2011 Aug 1;31 (6):949-64.
16. Aghajani M, Morasaee F, Mirbagher N. Relationship between religious belief and hope in hemodialysis patients: a cross 5 sectional study. IHJ. 2015 Des; 2(1): 19-25. [In Persian].
17. Mackenbach JP, Hu Y, Looman CW. Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. Soc Sci Med. 2013 Sep 1; 93:166-75.
18. Hullmann SE, Fedele DA, Molzon ES, Mayes S, Mullins LL. Posttraumatic growth and hope in parents of children with cancer. J Psychosoc Oncol. 2014 Nov 2;32(6):696-707.
19. Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. Oral Oncol. 2011 Feb 1;47(2):121-4.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]

20. Rahmanian M, Moein Samadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breath cancer patients. JAC. 2017 Aug 23;7(1):101-14. [In Persian]
21. Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the role of religious beliefs in hopefulness and quality of life among cancer and non-cancer patients. J Relig Health. 2017 Feb 10;4 (2):1-1[In Persian].
22. Zare H. The effect of cognitive training of hope enhancing on optimism and achievement motivation of students in Payame Noor University. Research in School and Virtual Learning. 1970 Jan 1;4(13):85-93. [In Persian]
23. Moore JT. Multicultural and idiosyncratic considerations for measuring the relationship between religious and secular forms of spirituality with positive global mental health. Psycholog Relig Spiritual. 2017 Feb;9(1):21.
24. Jajarmi M, Pourakbaran E. The relationship between religious attitude, mental health and resiliency in women. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2017 Apr 21;19(special issue): 327-34. [In Persian]
25. Byra S, Zyta A, Cwirynkalo K. Posttraumatic growth in mothers of childrern with disabilities. Hrvatska Revija Za Rehabiliacijska Istrazinavja. 2017; 53(1): 17-27.
26. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Fourth Edition. New York: The Guilford Press; 2015, p: 12.
27. Jangi Aghdam KH. The effect of religious attitudes (religiosity) on resilience of cancer patients. IJCA. 2019 Jul 10;1 (2):1-8. [In Persian].
28. Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the role of religious beliefs in hopefulness and quality of life among cancer and non-cancer patients. J Relig Health. 2017 Feb 10;4 (2):1-11. [In Persian].
29. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the Relationship between Religious Attitude and Depression, Anxiety and Stress in Students of Guilan University. JRH. 2015; 3 (1) :57-64.
30. Sadeghi M, Sepahvandi M, Rezaeifar N. The effect of family resilience training on mental health of mothers whose children mind retarded. FCPJ. 2017;6(1):57-78. [In Persian]
31. Kajbaf MB, Arizi Samani SM, Khdabakhshi M. Standardization, reliability, and validity of optimism scale in esfahan and a survey of relationship between optimism, self- mastery, and depression. PSYS. 2006; 2(2): 51-68. [In Persian].
32. Miller JE, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res. 1998; 37(1): 6-1.
33. Gholami M, Hafezi F, Askari P, Naderi F. The comparison between the effectiveness of mindfulness and spritual/religious coping skills on death anexiety and blood presure of the elderly patients with hypertension. Aging Psychology. 2017; 2(2): 143-151. [In Persian].
34. Ghobari Bonab B, Rafiekhah M, Mohajerani M. Relations of attachment to god and perceived social support with post traumatic growth in mothers of children with Physical disabilities. JPAs. 2014 Jun 22;21 (1):1-4. [In Persian].
35. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. J Clin Psychol Med Settings. 2010 Mar;17 (1):14-22.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-09-07]