The Effectiveness of an Educational Intervention Based on Self-Efficacy and Social Support on the Mental Health of Families of Persons with Disabilities

Maryam Sadat Hashemi Moghadam
Ms Health education. Public Health group, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Fariba Shahraki-Sanavi
* Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (Corresponding Author):
faribasanavi@gmail.com

Iraj Zareban
* Professor, Health Promotion Research Center, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (Corresponding Author):
zareban@gmail.com

Mehdi Mohamadi
Professor, Health Promotion Research Center, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Received: 2024/07/23
Accepted: 2024/12/28

Doi: 10.22034/13.2.2

ABSTRACT

Background and Objectives: Families of persons with disabilities who do not have adequate social support do not have proper mental health, and this puts the health of the community at risk. This study aimed to investigate the effectiveness of an educational intervention based on self-efficacy and social support on the mental health of families of persons with disabilities.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on 100 families with a child with a disability, with random sampling, in 2022 in Zabol city. The data collection tool, with appropriate validity and reliability, included demographic information, awareness, attitude, self-efficacy, mental health, social support, and a questionnaire on the experiences of received services. The educational intervention was conducted for four weeks and eight educational sessions in the form of question and answer, pamphlet presentation, educational video display, and group discussion. WhatsApp groups were also created to send educational messages. After one month, the post-test was performed. The obtained data were analysed using SPSS23 software and chi-square, t, and logistic regression tests.

Results: There was a statistically significant difference between the mean change scores of awareness, attitude, self-efficacy, mental health, and social support score in the intervention and control groups after the educational intervention ($p<0.001$). The results of the regression test showed that only the social support structure had a significant effect on the mental health of families of persons with disabilities ($P<0.05$).

Conclusion: The educational program based on self-efficacy and social support was effective on the mental health of families with a member with a disability. Therefore, it is recommended to implement educational interventions with an emphasis on social support to promote the mental health of families with a member with a disability.

Keywords: Disability, Self-Efficacy, Mental Health, Social Support

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Hashemi Moghadam M, Shahraki-Sanavi F, Zareban I, Mohamadi M. The Effectiveness of an Educational Intervention Based on Self-Efficacy and Social Support on the Mental Health of Families of Persons with Disabilities. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Spring 2025); 13(2): 149-159.

▶ **Citation (APA):** Hashemi Moghadam M., Shahraki-Sanavi F., Zareban I., Mohamadi M. (Spring 2025). The Effectiveness of an Educational Intervention Based on Self-Efficacy and Social Support on the Mental Health of Families of Persons with Disabilities. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 13(2), 149-159.

اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان خانواده افراد معلول

مریم‌السادات هاشمی‌مقدم
دانشجوی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

فریبا شهرکی‌ثانوی
* استادیار دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول):
faribasanavi@gmail.com

ایرج ضاربان
* استاد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول) :
zareban@gmail.com

مهدی محمدی
استاد آمار زیستی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

تاریخ د ریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: خانواده‌های افراد معلول که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نمی‌باشند از سلامت روانی مناسب برخوردار نیستند و این امر سلامت جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان خانواده افراد معلول انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی نیمه‌تجربی بر روی ۱۰۰ خانواده‌ی دارای فرزند معلول با نمونه‌گیری تصادفی در سال ۱۴۰۱ در شهر زابل انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، محقق‌ساخته با روایی و پایایی مناسب شامل اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، سلامت روانی، حمایت اجتماعی و پرسشنامه تجارب خدمات دریافتی بود. مداخله‌ی آموزشی به‌مدت چهار هفته و هشت جلسه‌ی آموزشی به صورت پرسش و پاسخ، ارائه‌ی پمفلت، نمایش کلیپ آموزشی، و بحث گروهی برگزار و گروه‌های واتساپی جهت ارسال پیام‌های آموزشی ایجاد گردید. پس از یک ماه انتظار، پس آزمون انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 و آزمون‌های مجذور کای ، تی و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: بین میانگین تغییر نمرات آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، سلامت روانی و نمره‌ی حمایت اجتماعی در گروه مداخله و کنترل، بعد از مداخله‌ی آموزشی اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که تنها سازه‌ی حمایت اجتماعی به‌طور معناداری بر سلامت روان خانواده افراد معلول تاثیر داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: برنامه‌ی آموزشی بر اساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روانی خانواده‌های دارای عضو معلول موثر بود. بنابراین توصیه می‌شود مداخلات آموزشی با تاکید بر حمایت اجتماعی جهت ارتقای سلامت روانی خانواده‌های داری عضو معلول اجرا شود.

کلیدواژه‌ها: معلولیت، خودکارآمدی، سلامت روان، حمایت اجتماعی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** هاشمی‌مقدم م، شهرکی‌ثانوی ف، ضاربان ا، محمدی م. اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان خانواده افراد معلول . *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۴؛۱۳(۲):۱۴۹-۱۵۹.

◄ **استناد (APA):** هاشمی‌مقدم، مریم‌السادات؛ شهرکی‌ثانوی، فریبا؛ ضاربان، ایرج؛ محمدی، مهدی. (بهار ۱۴۰۴). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان خانواده افراد معلول . *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۳(۲):۱۴۹-۱۵۹.

مقدمه

سلامت به معنی برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی، و نه فقط نداشتن بیماری و ناتوانی است (۱). ناتوانی به هر شرایطی گفته می‌شود که انجام برخی فعالیت‌ها یا تعامل مؤثر با دنیای پیرامون خود را برای فرد دشوارتر می‌کند. این شرایط یا اختلالات ممکن است شناختی، رشدی، عقلانی، ذهنی، فیزیکی، حسی یا ترکیبی از عوامل متعدد باشد. اختلالاتی که باعث ناتوانی می‌شود ممکن است از بدو تولد وجود داشته باشد یا در طول زندگی فرد به‌دست آید (۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۱/۳ میلیارد نفر (حدود ۱۶٪ از جمعیت جهان) در حال‌حاضر ناتوانی قابل‌توجهی را تجربه می‌کنند. این تعداد به‌دلیل افزایش سن جمعیت و افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر در حال افزایش است (۳). در ایران نیز به گفته سازمان بهزیستی کشور نزدیک به ۷ درصد از افراد جامعه به نوعی از معلولیت دچار هستند (۴).

وجود معلولیت در یکی از اعضای خانواده به‌طور معمول تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از فرد معلول زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی همه‌ی اعضای خانواده تأثیر سوء می‌گذارد (۵). هم‌چنین حضور یک فرد معلول در خانواده، به آسیب‌های روانی مشخصی هم‌چون اضطراب و افسردگی نیز منجر می‌شود. لذا می‌توان سلامت روانی زوجین را نیز تابعی از حضورکودک معلول در خانواده تلقی نمود (۶).

از طرفی حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح و توصیه‌ی بهداشتی و حمایت عاطفی از سوی دیگران که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است یا برای فرد ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه‌ی اجتماعی فرد مانند والدین، بستگان، دوستان، همسر و سایر افراد به‌شمار می‌روند (۷). نظریه‌پردازان بر این باورند که روابطی حمایت اجتماعی محسوب می‌شوند که فرد آن را به‌عنوان منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند (۸). سازمان جهانی معلولان، ناتوانی در تعامل بین فرد و محیط را مانعی حمایتی و نگرشی بر سر راه معلولان می‌داند، چرا که اگر معلول از حمایت اجتماعی و تأمین اجتماعی کافی برخوردار نباشد، دچار افسردگی، استرس و عدم سلامت روان می‌شود؛ این امر، اعضای خانواده و جامعه را متأثر می‌سازد و سلامت جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد. هدف حمایت اجتماعی از معلولان، بهترشدن زندگی اجتماعی آن‌ها و توانمندسازی آنان به‌عنوان بخشی از نیروی انسانی جامعه است. درتعریف کلی، حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن وکیفیت ارتباط با افرادی که در موقع نیاز، منابع حمایتی را فراهم می‌کنند، تأکید دارد و تعهدات متقابلی را پدید می‌آورد که طی آن شخص احساس دوست داشته‌شدن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمندبودن می‌کند (۹).

اصول یادگیری، نظریه‌های رفتار انسانی و مدل‌های مرتبط، چارچوبی برای درک فرایند یادگیری و رفتار انسان و هم‌چنین مبنایی برای مداخلات مؤثر در جهت تغییر رفتار فراهم می‌آورند (۱۰). بر اساس مطالعات انجام‌شده، یکی از مشهورترین نظریه‌ها که در مورد چگونگی پیش‌بینی و شرح رفتار کاربرد دارد، نظریه یادگیری شناخت اجتماعی البرات بندورا است که یکی از گسترده ترین نظریه‌های مورد استفاده در تغییر رفتار و یک فرایند شناختی است که بر نقش اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایی‌های خود، در انجام رفتاری که از آن‌ها خواسته‌شده، اشاره دارد و یکی از سازه‌های مهم آن خودکارآمدی است که البرات بندورا آن را قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل به‌طور موثر بیان می‌کند. فردی با خودکارآمدی پایین، کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار بهداشتی جدید یا تغییر رفتاری که برایش عادت شده، سعی نماید (۱۱).

خودکارآمدی به معنای توانایی فرد برای ایجاد یک اثر یا نتیجه‌ی مطلوب است و به‌صورت درک یا قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل خاص به‌طور موفقیت‌آمیز با کنترل عوامل پیرامون خود تعریف می‌شود و توانمندسازی، راهکار عملی به‌منظور ایجاد این توانایی درافراد محسوب می‌شود (۱۲). خودکارآمدی نقشی محوری در تغییر رفتار و به‌خصوص رفتارهای بهداشتی ایفا می‌کند. هم‌چنین باعث می‌شود فرد تلاش بیشتری برای دستیابی به‌عمل صرف کند و

در برابر مشکلات و موانع استقامت کند (۱۳). افراد دارای سطح بالای خودکارآمدی، معمولا وظایف سخت را به‌عنوان چالش‌هایی برای تسلط یافتن بر شرایط پیش‌آمده می‌شناسند و از آن اجتناب نمی‌کنند (۱۴). یکی از مهم‌ترین عوامل پیشگویی‌کننده‌ی رفتار، خودکارآمدی درک‌شده است. خودکارآمدی سطح آرزو را افزایش و ترس از شکست را کاهش می‌دهد (۱۵). از دیدگاه نظریه‌های شناختی اجتماعی، توان کنترل شخصی موجب ارتقای سلامت رفتاری می‌شود (۱۶).

از آن‌جا که اگر خانواده‌های افراد معلول از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نباشند، این امر سلامت جامعه را هم در معرض خطر قرار می‌دهد. لذا حمایت اجتماعی و توانمندسازی آن‌ها حائز اهمیت است و یکی از تاثیرات مهم حمایت اجتماعی، ارتقای سلامت روان و کنترل تنش‌های روانی آن‌ها است. علاوه بر این درک خودکارآمدی در شرایطی که مانع انجام رفتارهای غیربهداشتی شود نیز لازم و ضروری است، از طرف دیگر فقدان آگاهی از تجارب این خانواده‌ها در تعامل با سیستم مراقبت‌های بهداشتی، یکپارچگی ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی به آن‌ها را محدود می‌کند.

بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان خانواده افراد معلول انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر مداخله‌ای که بر روی خانواده افراد معلول تحت پوشش بهزیستی شهر زابل در سال ۱۴۰۱ با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه‌ی روزبهانی و همکاران (۱۷) با استفاده از فرمول زیر با در نظر گرفتن درصد تغییرات نمره‌ی خودکارآمدی (در گروه مداخله ۳۳/۳ ± ۶۱/۰ و در گروه کنترل ۷/۰ ± ۱۹/۴)، صدنفر محاسبه گردید و در هر گروه ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیار ورود رضایت برای شرکت در مطالعه و معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در مطالعه و یا عدم حضور در بیش از یک جلسه آموزشی در نظر گرفته شد. هم‌چنین دو گروه با استفاده از روش تصادفی‌سازی طبقه‌بندی شده بلوکی جایگشتی از نظر سن و جنس و سطح تحصیلات همسان شدند.

$$n = \frac{(S_1^2+S_2^2)+(Z_a+Z_b)^2}{(X_1-X_2)^2} \quad \beta= ۰/۰۵,\ \alpha=۰/۰۵$$

ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس مطالعات قبلی شامل سوالات دموگرافیک (۷ سوال)؛ سوالات آگاهی ۸ سوال با طیف نمره ۴۰- ۵ به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) با امتیاز ۵- ۱ که کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی آگاهی بالاتر؛ سوالات نگرش ۷ سوال با طیف نمره ۳۵ - ۷ به‌صورت پنج‌گزینه‌ای(از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) با امتیاز ۵ - ۱ که کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی نگرش بهتر؛ سوالات خودکارآمدی ۱۰ سوال با طیف نمره ۱۰ - ۵۰ به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) با امتیاز ۱ - ۵ که کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی خودکارآمدی بالاتر ؛ سوالات حمایت اجتماعی ۷ سوال با طیف نمره ۳۵ - ۷ به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) با امتیاز ۱ - ۵ که کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی دریافت حمایت اجتماعی بیشتر؛ سوالات سلامت روان ۸ سوال با طیف نمره ۵ - ۴۰ به‌صورت پنج‌گزینه‌ای(از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) با امتیاز ۱ - ۵ که کسب نمره‌ی کمتر نشان‌دهنده‌ی سلامت روان بالاتر بود. سوالات تجارب برای خدمات سلامت دریافتی شامل پنج سوال دموگرافیک در خصوص نوع مشکلات کودک معلول و ۱۳سوال با طیف نمره ۰ - ۱۳ جهت بررسی تجارب والدین برای خدمات سلامت دریافتی مانند: در ۱۲ ماه گذشته، چه میزان خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز فرزند خود را دریافت کرده‌اید؟؛ در طول ۱۲ ماه گذشته، چقدر در تصمیم‌گیری در مورد نیاز فرزندتان به مراقبت‌های بهداشتی شرکت داشته‌اید؟؛ بود. در صورتی‌که در هر یک از سوالات، والدین گزینه‌های دسترسی آسان، دریافت همیشه خدمات، دریافت تمام آنچه نیاز داشته‌اند، منصفانه‌بودن هزینه‌ها، علاقمندی مراقبین به ارائه خدمات و ارزیابی خیلی‌خوب و زیاد را انتخاب نموده‌اند یا این‌که ذکر نمودند در این زمینه نیازی نداشته‌اند نمره یک و در غیر این‌صورت نمره‌ی صفر در نظر گرفته شد. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی تجارب بهتر برای خدمات سلامت دریافتی در نظر گرفته شد. مطابق نظر خبرگان (۱۰ نفر) نسبت روایی پرسشنامه نهایی بر اساس جدول لاوشه ۰/۸۵ و

شاخص روایی محتوا ۰/۷۹ و پایایی آن برای سازه‌های مدل بین ۰/۸ – ۰/۹ بود. مدت‌زمان تکمیل پرسشنامه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. پس از انجام پیش‌آزمون و تجزیه‌وتحلیل اطلاعات شرکت‌کنندگان، محتوای آموزشی طراحی گردید.

برنامه‌ی مداخله در یک محدوده‌ی زمانی ۴ هفته (هر هفته ۲ جلسه) در مراکز بهداشتی درمانی زابل توسط مشاور روان (مرکز بهداشت) و پژوهشگر (دانشجوی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت) برگزار شد. جهت نگهداری رفتار شرکت‌کنندگان در طی مطالعه، برای آن‌ها گروه واتساپی ایجاد و پیام‌های آموزشی ارسال شد. برای شرکت‌کنندگانی که واتساپ نداشتند، پیام‌های آموزشی در خصوص راه‌های ارتقا سلامت روان، پیام‌های حمایتی و تشویقی از طریق پیامک تلفنی ارسال شد. با افراد کم‌سواد و مشارکت‌کنندگانی که امکان دریافت پیامک را نداشتند، تماس تلفنی گرفته می‌شد. افراد مورد مطالعه می‌توانستند نظرات و مشکلات خود را در هر زمینه‌ای ازجمله برنامه‌ریزی و موانع مطرح کنند. در جلسات آموزشی مطالبی در خصوص نحوه‌ی برخورد و ارتباط موثر با فرد معلول در خانواده، توانایی انجام کارها و روبرو شدن با مشکلات و گرفتاری‌ها، پذیرش معلولیت در خانواده و نوع روابط والدین با یکدیگر و با سایر فرزندان، افزایش سلامت روان از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی، مشارکت‌های اجتماعی و... به‌صورت پرسش‌وپاسخ، ارائه پمفلت، نمایش کلیپ آموزشی و بحث گروهی ارائه گردید. بعد از اجرای برنامه‌ی آموزشی و مدت انتظار یک ماه، پس آزمون انجام شد.

پس از جمع آوری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار SPSS23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفت. جهت ارزیابی نهایی نمرات هر سازه بر مبنای صد محاسبه گردید. برای توصیف داده‌های کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای، تی‌مستقل و رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۰۰ نفر از خانواده‌ها با افراد معلول مورد بررسی قرار گرفتند. اکثریت افراد مورد مطالعه در هر دو گروه در طبقه سنی ۳۵ سال و کمتر، دارای تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد ، دارای یک فرزند معلول و درآمد کمتر از یک میلیون تومان داشتند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان زن، دارای خانواده‌ی پنج نفر و یا بیشتر و حدود یک‌سوم شرکت‌کنندگان در هر دو گروه کارگر بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها / گروه	مداخله درصد (فراوانی)	کنترل درصد (فراوانی)	P value
سن			
کمتر مساوی ۳۵	۵۲ (۲۶)	۵۲ (۲۶)	۱/۰۰۰
بیشتر از ۳۵	۴۸ (۲۴)	۴۸ (۲۴)	
جنس			
زن	۶۴ (۳۲)	۵۶ (۲۸)	۰/۴۱۴
مرد	۲۶ (۱۸)	۴۴ (۲۲)	
تحصیلات			
بی سواد	۳۰ (۱۵)	۳۰ (۱۵)	۱/۰۰۰
ابتدایی	۴۶ (۲۳)	۴۶ (۲۳)	
متوسطه	۲۰ (۱۰)	۲۰ (۱۰)	
دانشگاهی	۴ (۲)	۴ (۲)	
میزان درآمد (تومان)			
کمتر از ۵۰۰ میلیون	۲۲ (۱۱)	۲۶ (۱۳)	۰/۷۳۶
بین ۵۰۰ تا یک میلیون	۵۴ (۲۷)	۵۶ (۲۸)	
بیشتر از یک میلیون	۲۴ (۱۲)	۱۸(۹)	
تعداد اعضای خانواده			
۴ نفر و کمتر	۴۲ (۲۱)	۵۰ (۲۵)	۰/۴۲۲
۵ نفر و بیشتر	۵۸ (۲۹)	۵۰ (۲۵)	
تعداد فرزند معلول			
یک فرزند	۸۸ (۴۴)	۷۲ (۳۶)	۰/۰۴۶
دو فرزند و بیشتر	۱۲(۶)	۲۸ (۱۴)	
شغل			
بیکار/خانه دار	۳۲ (۱۶)	۲۴ (۱۲)	۰/۱۱۲
آزاد/مغازه دار	۳۰ (۱۵)	۳۲ (۱۶)	
کارگر	۳۸ (۱۹)	۳۰ (۱۵)	
کارمند/بازنشسته	-	۱۴(۷)	
نوع معلولیت			
ذهنی	۴۲ (۲۱)	۴۰ (۲۰)	۰/۲۶۸
جسمی	۵۲ (۲۶)	۴۴ (۲۲)	
چندمعلولیتی	۶ (۳)	۱۶(۸)	

مطابق نتایج جدول ۲ نمره‌ی خودکارآمدی و نگرش در گروه مداخله حدود هشت نمره، نمره‌ی حمایت اجتماعی و سلامت روان حدود هفت و نیم نمره افزایش داشت. هم‌چنین بین نمرات قبل و بعد آموزش (p<۰/۰۰۱) و میانگین تغییر نمرات تمام سازه‌ها در گروه مداخله و کنترل، بعد از مداخله آموزشی اختلاف آماری معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). علاوه بر این میانگین و انحراف‌معیار نمره‌ی تجارب خانواده‌ها از خدمات دریافتی در دو گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب ۶/۰۴±۱/۶، ۶/۵۴±۱/۵ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار نمرات سازه‌های مدل در گروه‌های مورد مطالعه

سازه ها / زمان	گروه	قبل از آموزش انحراف معیار ± میانگین	بعد از آموزش انحراف معیار ± میانگین	تغییرات انحراف معیار ± میانگین	P_Value
خودکارآمدی (۵۰-۱۰)	مداخله	۲۶/۶۶ ± ۴/۵	۳۴/۵۴ ± ۵/۵	۷/۸۸ ± ۸/۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۰/۱۲ ± ۳/۸	۳۰/۴۴ ± ۳/۳	۰/۳ ± ۱/۸	
حمایت اجتماعی (۳۵-۷)	مداخله	۲۲/۴۲ ± ۴/۳	۲۹/۷ ± ۳/۲	۷/۲۸ ± ۳/۸	۰/۰۰۲
	کنترل	۲۲/۶۰ ± ۵/۴	۲۳/۹۲ ± ۶/۷	۱/۳۲ ± ۲/۷	
سلامت روان (۴۰-۵)	مداخله	۲۶/۳۸ ± ۵/۲	۳۳/۹۸ ± ۴/۴	۷/۶۰±۴ /۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۸/۵۸ ± ۴/۵	۳۰/۲۶ ± ۵/۲	۱/۶۸ ± ۳/۶	
نگرش (۳۵-۷)	مداخله	۲۸/۴ ± ۴/۹	۳۶/۳ ± ۸/۴	۸/۱۶ ± ۶/۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۶۴ ± ۴/۲	۲۹/۹۰± ۶/۴	۰/۲ ± ۱/۲	
آگاهی (۴۰-۵)	مداخله	۲۶/۶۲ ± ۲/۷	۲۷/۱±۳/۴	۰/۴±۱/۵	۰/۰۰۶
	کنترل	۲۶/۶۸ ± ۲/۱	۲۳/۹±۸/۴	-۲/۷۸±۷/۹	

نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که تنها سازه‌ی حمایت اجتماعی به‌طور معناداری بر رفتار سلامت روان خانواده‌ی افراد معلول تاثیر داشت (جدول ۳).

جدول ۳. آزمون رگرسیون تغییرات سازه‌های آگاهی، نگرش، سلامت روان و خودکارآمدی بر سلامت روان خانواده افراد معلول

متغیر	B±SE	P_Value
تغییر نمره حمایت اجتماعی	۰/۰±۰۴۸۱/۱۴۷	۰/۰۰۲

بحث

در مطالعه‌ی حاضر اکثریت افراد مورد مطالعه در هر دو گروه در گروه سنی ۳۵ سال و کمتر، دارای تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد، درآمد کمتر از یک میلیون تومان و بیکار یا کارگر بودند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان زن، و دارای تعداد خانوار پنج نفر و یا بیشتر بودند. از نظر معلولیت ابتدا معلولیت جسمی و سپس معلولیت ذهنی قرار داشت. درآمد پایین و وضع اقتصادی ضعیف در خانواده‌های دارای فرزند معلول در مقایسه با سایر خانواده‌ها بیشتر بود. احمدی در مطالعه‌ای بیان داشت که احتمال تولد فرزند معلول در خانواده‌های با شرایط اقتصادی ضعیف بیشتر است و از طرف دیگر تحمیل هزینه‌های جاری و درمانی این کودکان نیز وضعیت اقتصادی نامناسبی را ایجاد می‌کند (۱۸). مطالعه‌ی مبارکی و قادرزاده نیز نشان داد که در خانواده‌های با فرزند معلول شیوع بی‌سوادی و بیکاری بیشتر بود (۱۹).

از آنجائی‌که خودکارآمدی برای شکل‌گیری قصد و تغییر در رفتار بسیار مهم است (۲۰). فردی که فاقد اطمینان در اجرای رفتار خاصی باشد، کمتر احتمال دارد که قصد رفتاری در او ایجاد شود (۲۱). فرد خودکارآمد پس از ایجاد قصد می‌تواند تغییر رفتار را با دشواری کمتری نسبت به فردی که خودکارآمد پایینی دارد، شروع و حفظ کند (۲۰). یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که آموزش می‌تواند نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی خانواده افراد معلول داشته باشد. نتایج بیانگر این است که آموزش به خانواده‌ها درباره‌ی مهارت‌های مراقبت و پشتیبانی از افراد معلول می‌تواند خودکارآمدی خانواده‌ها را بهبود بخشد و افزایش خودکارآمدی خانواده‌ها سبب می‌شود مراقبت‌های بهینه به فرد معلول ارائه نمایند. در مطالعه‌ی حاضر پس از آموزش،

نمره‌ی خودکارآمدی درگروه مداخله افزایش یافته بود ولی در گروه کنترل تغییر چشم‌گیری نداشت. در همین راستا در مطالعه‌ی امیری‌زاده و همکاران مشاهده شد که مداخله در برنامه‌هایی مانند ارتقاء خودکارآمدی می‌تواند نتایج مثبت داشته باشد (۲۲). در مطالعه‌ی صلحی و همکاران قبل از انجام مداخله آموزشی در دو گروه مداخله وکنترل تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی خودکارآمدی وجود نداشت. در حالی‌که بعد از مداخله‌ی آموزشی نمره‌ی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. هم‌چنین مداخلـه براسـاس تئوری خودکارآمدی در ارتقاء ابعـاد سـلامت عمومی در زنان مورد بررسی، مؤثر بود (۲۳). در مطالعه‌ی ابراهیمی‌پور و همکاران که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز در زنان پرخطر انجام شد. پس ازمداخله آموزشی، تفاوت معناداری بین استفاده همیشگی از کاندوم در زنان گروه مداخله نسبت به مرحله پیش‌آزمون ایجاد شد و میزان عملکرد افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند، از افرادی که آموزش ندیده بودند درخصوص اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز، افزایش نشان داد (۲۴). نتایج مطالعه‌ی آریان‌پور و همکاران نشان داد افراد با خودکارآمدی بالا روابط بهتری برقرار می‌کنند و احساس رضایت‌مندی بیشتری از زندگی دارند (۲۵). در مطالعه‌ی رضایی و همکاران بیان شد که آموزش گروهی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی می‌تواند تاثیر مثبتی بر روی خودکارآمدی آن‌ها داشته باشد و باعث کاهش مشکلات رفتاری خانواده‌ها با افرد معلول شود (۲۶). نتایج مطالعه روزبهانی و همکاران نشان داد که اجرای برنامه‌ی آموزشی ارایه‌شده، منجر به افزایش سطح خودکارآمدی و کاهش استرس در شرکت‌کنندگان گروه مداخله گردید، در صورتی‌که تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در گروه کنترل گزارش نشد (۱۷). در مطالعه‌ی دیوید جوردن و همکاران بیان شد که آموزش و آگاه‌سازی افراد ناتوان درباره ناتوانی خود باعث بهبود نمره‌ی خودکارآمدی آن‌ها می‌شود. این نتایج با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۷).

آموزش به خانواده‌ها و دیگر اعضای جامعه می‌تواند حمایت اجتماعی معلولین را افزایش دهد. در صورتی که برنامه آموزشی بر اساس نیازها و تهدیدات معلولین باشد، می‌تواند به خانواده‌ها در یادگیری راهکارهایی برای حمایت از افراد معلول در زندگی روزمره کمک کند. همسو با مطالعه‌ی حاضر در مطالعه‌ی غلامی‌جم و همکاران میزان حمایت اجتماعی در خانواده‌های دارای فرزندان معلول پس از آموزش بهبود چشم‌گیری داشت (۲۸). در مطالعه‌ی امیری‌زاده و همکاران مشاهده شد که مداخله می‌تواند باعث افزایش حمایت اجتماعی شود (۲۲). در مطالعه‌ی آریان‌پور و همکاران آموزش باعث بهبود حمایت اجتماعی خانواده و دوستان افراد معلول شد (۲۵). در مطالعه‌ی جان‌ویتون و همکاران حمایت اجتماعی پس از مداخله افزایش معناداری داشت و بیان شد که آموزش می‌تواند نقش مهمی در بهبود حمایت اجتماعی داشته باشد (۲۹). در مطالعه‌ی جاناتان و همکاران بیان شد که سرسختی در مقابل آموزش‌ها و یادگیری خانواده تاثیر مثبتی بر روی حمایت اجتماعی دارد (۳۰). در مطالعه‌ی جان نیز بیان شده که آموزش و آگاه‌سازی والدین کودکان معلول می‌تواند باعث بهبود سلامت روانی و کاهش استرس فرد شود (۳۱). در مطالعه‌ی صلحی و همکاران میانگین نمره سلامت روان و ابعاد آن‌ها بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت معنادار آماری نشان داد و بهبود یافته بود (۲۳). نتایج مطالعات هم‌سو با مطالعه حاضر بود.

از طرف دیگر نتایج مطالعه‌ی مبارکی بیانگر آن است که بین دانش و نگرش مادران فرزند معلول ذهنی و بدون آن با هم اختلاف معنی‌داری وجود داشته و ارتباط مثبت و معنی‌دار بین دانش و نگرش در هر دو گروه دیده شد (۱۹). در مطالعه‌ی النابنیتولارا و همکاران بیان شده که با افزایش آگاهی می‌توان میزان مشکلات را بهبود بخشید و آموزش باعث افزایش سطح آگاهی می‌شود این نتایج با مطالعه‌ی حاضر هم‌سو می‌باشد (۳۲). در همین‌خصوص نتایج مطالعه‌ی زرین‌کفشیان نشان داد که معلولین طرد اجتماعی شدیدی را در همه‌ی ابعاد طرد ازجمله، طرد از مشارکت‌های اجتماعی، روابط اجتماعی، بازار کار و تحصیلات را تجربه می‌کنند (۳۳). بنابراین آموزش‌ها می‌توانند تاثیر قابل‌توجهی بر آگاهی خانواده‌ها درباره‌ی

افراد معلول داشته باشند. این آموزش‌ها می‌توانند به خانواده‌ها اطلاعات و دانش لازم را درباره‌ی نیازها، توانمندی‌ها و چالش‌هایی که فرد معلول با آن‌ها مواجه است، ارائه دهند. با افزایش آگاهی، خانواده‌ها می‌توانند بهتر درک کنند که چه نیازهای خاصی برای فرد معلول وجود دارد و چگونه می‌توانند به او کمک کنند. آموزش‌ها می‌توانند به خانواده‌ها، ابزارها و راهکارهایی را نشان دهند که بتوانند به بهترین شکل ممکن با فرد معلول ارتباط برقرار کنند و حمایت کنند.

علاوه بر این بررسی تجارب خانواده‌ها از خدمات سلامت دریافتی بیانگر این بود که حدود پنجاه درصد از خدمات رضایت داشتند. قابل ذکر است که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که افراد دارای معلولیت بیشتر از جمعیت عمومی، مهارت‌ها و امکانات ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را ناکافی می‌بینند، توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند و از خدمات مراقبت‌های بهداشتی محروم می‌شوند. بیانیه‌ی سازمان جهانی بهداشت تاکید می‌کند که افراد دارای معلولیت به‌میزان بیشتری نسبت به افراد بدون معلولیت نیاز به دسترسی مؤثر به مراقبت دارند (۳۴). هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر نتایج مطالعه با عنوان "تجارب و ادراکات مراقبت‌های بهداشتی در میان افراد دارای معلولیت و بدون معلولیت" نشان داد که تنها برخی از شرکت‌کنندگان مواردی از دریافت مراقبت‌ها را خوب توصیف کردند، بسیاری از آن‌ها موانع متعددی را مورد بحث قرار دادند. موضوعات اصلی که در گروه‌های متمرکز در بین افراد دارای معلولیت و بدون معلولیت ظاهر شد، مربوط به تجارب مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها ازجمله هماهنگی ضعیف بین ارائه‌دهندگان بود. مشکلات بیمه، مالی، حمل‌ونقل و امکانات؛ مدت کوتاه ویزیت پزشکان؛ ارائه اطلاعات ناکافی؛ و حمل‌ونقل یک نگرانی عمده برای افراد دارای معلولیت بود. افراد دارای معلولیت تجربیات تلخی را توصیف کردند که در آن احساس می‌کردند نامرئی هستند یا به‌عنوان ناتوان در نظر گرفته می‌شدند. محققین نتیجه‌گیری کردند که افراد دارای معلولیت، چالش‌های خاصی را تجربه می‌کنند که اغلب مربوط به نوع معلولیت آن‌ها است. شرکت‌کنندگان بر نیاز به بهبود هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی و اهمیت حمایت از خود تاکید کردند (۳۵).

هم‌سو با مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ی خسروی و همکاران نشان داد که بین خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) با مولفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداری)، مولفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) و کیفیت زندگی در معلولین جسمی-حرکتی، رابطه‌ی مثبت معناداری وجود داشت (۳۶). قاسمی‌پور و جهانبخش‌گنجه نیز در مطالعه‌شان بیان کردند که بین حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. این نتایج با مطالعه‌ی حاضر هم‌سو می‌باشد. بین حمایت عاطفی، حمایت اجتماعی، عضویت گروهی با سلامت روان همبستگی قوی و رابطه‌ی معنادار وجود دارد (۳۷). مطالعه‌ی هارتلی و شولتز نیز حاکی از آن بود که درک نیازهای حمایتی مهم و برآورده‌نشده‌ی والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم اولین گام حیاتی برای کمک به والدین و متعاقبا بهبود بهزیستی روانشناختی والدین و کاهش پیامدهای آن در خانواده است (۳۸). مطالعه‌ی رابینسون و وایس با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و استرس برای والدین افراد مبتلا به اوتیسم نشان داد که مداخلات حمایت اجتماعی بر افزایش حمایت دریافتی به‌عنوان مکانیزمی برای بهبود رفاه عاطفی تمرکز می‌کنند، و نتایج حاکی از آن بود که حمایت درک‌شده پیوند قوی‌تری و مستقیم‌تر با رفاه عاطفی داشت (۳۹).

نقاط‌قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: در انجام این پژوهش مشکلات و محدودیت‌هایی به شرح ذیل مشاهده گردید: محدودیت زمانی جهت تداوم مداخلات آموزشی و غیرقابل تعمیم‌بودن نتایج به سایر جوامع به‌دلیل محدودیت‌های فرهنگی است. توصیه می‌شود پژوهش‌هایی با مداخلات آموزشی بلندمدت و در مناطق جغرافیایی مختلف انجام شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که آموزش و حمایت خانواده‌های دارای افراد معلول، اثربخشی قابل‌توجهی بر سلامت روان اعضای

خانواده دارد. افزایش خودکارآمدی، نگرش مثبت‌تر، بهبود سلامت روان و افزایش حمایت اجتماعی از دستاوردهای کلیدی مداخلات آموزشی بودند. به‌ویژه، حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی کلیدی در ارتقای سلامت روان این خانواده‌ها شناخته شد. لذا به سیاست‌گذاران و کارکنان بهداشتی توصیه می‌شود، برنامه‌های آموزشی به‌طور خاص بر افزایش خودکارآمدی و تقویت حمایت اجتماعی در خانواده‌های دارای افراد معلول تمرکز کنند. این برنامه‌ها باید محتوا و رویکردی داشته باشند که به خانواده‌ها نشان دهد افراد معلول قادر به دستیابی به توانمندی‌ها و موفقیت‌های چشمگیر هستند. سیاست‌ها و برنامه‌ها دسترسی خانواده‌های دارای افراد معلول به شبکه‌های حمایت اجتماعی را تسهیل کنند. این امر می‌تواند از طریق ایجاد گروه‌های حمایتی، ارائه مشاوره و روان‌درمانی، و ارتقای ارتباطات اجتماعی انجام شود. نیازهای سلامت روان خانواده‌های دارای افراد معلول اغلب نادیده گرفته می‌شود. پیشنهاد می‌شود مراکز بهداشتی درمانی دسترسی به خدمات سلامت روان با کیفیت و مقرون به‌صرفه را برای این گروه افزایش دهند و تلاش کنند موانع دسترسی مانند هزینه‌ها و عدم آگاهی را از بین ببرند. سرمایه‌گذاری در آموزش خانواده‌ها و افزایش حمایت اجتماعی، نقش اساسی در بهبود سلامت روان خانواده‌های دارای افراد معلول ایفا می‌کند و باید در اولویت برنامه‌ریزی‌های سیاستی و عملیاتی حوزه سلامت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: با تشکر از دانشگاه علوم پزشکی، مراکز بهداشتی، بهزیستی و خانواده‌های افراد معلول زابل که در این طرح همکاری نمودند.

تضاد منافع: دراین پژوهش بین اعضا تیم تحقیق با منافع شخص و یا سازمان خاصی تعارض منافع وجود ندارد.

حمایت مالی: این پروژه با حمایت مالی معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد اخلاق:.IR.ZAUMS REC.1401.304می‌باشد. شرکت‌کنندگان در صورت رضایت نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و نتایج فردی گزارش نخواهد شد.

سهم نویسندگان: تمام نویسندگان به‌طور یکسان در اجرا و انجام این تحقیق مشارکت داشته‌اند. هم‌چنین تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات را دارا بودند.

References

1. Gholami Jam F, Takaffoli M, Kamali M, Eslamian A, Alavi Z, Ali Nia V. Research Paper: Systematic Review on Social Support of Parent/Parents of Disabled Children. Archives of Rehabilitation 2018; 19(2):126-141. https://doi.org/10.32598/rj.19.2.126
2. Russell M. Capitalism and disability: Selected writings by Marta Russell. Haymarket Books; 2019.
3. WHO. Disability. Available at: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1. Accessed in: 13/12/2024.
4. Sabzmanesh Jafari S , Amraei K, Hassanzadeh N. The Effectiveness of Family Resilience Training on Psychological Hardiness of Mothers of Children with Disability. Rehabilitation Research in Nursing Summer 2021; 7 (4): 29-37
5. Rees J, Boyle C, Mac Donagh R. (2001), Quality of life: Impact ofchronic illness on partner, Journal of the royal society of medicine, 94-11.566-563 https://doi.org/10.1177/014107680109401103 PMid:11691892 PMCid:PMC1282240
6. Tamplin A, Gooder M, Herbert J. (1998), Family Functioning andparentgeneral health in families of adolescents with major depressive disorder,journal of Affective Disorder; 48(1): 1-13. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00105-5 PMid:9495597
7. Taylor SE, Seeman TE. Psychosocial resources and the SES-health relationship. Annals of The New York Academy of Sciences. 1999;896(1):210-25. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x PMid:10681899
8. Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgrudc LJ. Confirmatory factor analysis of the Multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student Samples. Journal of personality assessment. 2003;81(3):265-70 https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_09 PMid:14638451
9. Zaki MA. Reliability and Validity of the Social Provision Scale (SPS) in the Students of Isfahan University. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009;14(4):439- 44. (In Persian)

10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 2nd ed. San Francisco: John Wiley & Sons 2008
11. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective on human nature. John Wiley & Sons; 2023. https://doi.org/10.1002/9781394259069
12. McCarley P. Patient empowerment and motivational inte rviewing: engaging patients to self-manage their own care. Nephrology nursing journal. 2009;36(4):409.
13. Bandura A. Social foundations of though and action: A cognitive social theory. Pretince Hall, Englewood Chiffs, New York. 1986
14. Inal-Ince D, Savci S, Coplu L, Arikan H. Factors determining self -fficacy in chronic obstructive pulmonary disease. Saudi medical journal. 2005;26(4):542-7
15. Peiman N, Ezzati Rastegar KH, Taghipur A, et al. Effect ofEducation on the Weight Self-Efficacy Lifestyle among adolescent Girls with Overweight and Obesity. Iranian J of Armaghane-danesh, Yasuj Uni of Med Sci 1391; 2: 117-128.
16. Yousefy A, Gharazi F, Gordanshekan M. Effects of teaching problem solving on self-efficacy and perceived self-efficacy in adolescents, Iranian J of Beh Sci 2012;6: 421-430.
17. Rouzbahani R, Golshiri P, Eskandari Z. The Effect of a Self-Efficacy-Based Education Program on Blood Pressure Control in Patients with Hypertension. J Isfahan Med Sch 2019; 37(525): 454-61
18. Ahmadi Kh., Khodadadi Gh., Anisi J., Abdolmohammadi E. Problems of Families with Disabled Children. Journal of Military Medicine.2011;13(1 (47)):49-52.
19. Mobaraki A., Zadehbagheri Ghader. Comparision of Knowledge and Attitude of Mothers with Mentally Retarded Children with Those Without Mentally Retarded Children in Gachsaran (1382). Armaghan Danesh. 2003;8(31):89-97.
20. Scholz U, Nagy G, Göhner W, Luszczynska A, Kliegel M. Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behaviour. Psychology and Health. 2009;24(5):545 - 61. https://doi.org/10.1080/08870440801902519 PMid:20205011
21. Lippke S, Ziegelmann JP, Schwarzer R. Behavioral intentions and action plans promote physical exercise: A longitudinal study with orthopedic rehabilitation patients. Journal of Sport and Exercise Psychology. 2004;26(3):470 - 83. https://doi.org/10.1123/jsep.26.3.470
22. Amirizadeh S, Shakerinejad G., Shahri P., Saki-Malehi A. Application of Self-Efficacy Theory in Nutrition Education for Weight Control in Obese and overweight Female High School Students. ran J Health Educ Health Promot. summer 2016;4(2): 139-148. https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.139
23. Solhi M,Kazemi S,Yazdani J.The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on women's general health status Chalous County. Journal of Health and Development Research Article. 2014; 3(2):
24. Ebrahimi poor H, Jalali akordi B,Solhi M, Esmaili H. Investigating the effect of educational intervention based on theory Self-efficacy in adopting preventive behavior HIV / AIDS in high-risk women. IJOGI.2015;18(143): 19-27.
25. Arian poor S,Hosseini nia R,Bahrololum H. Relationship between family social support and social support of friends and self-efficacy with The level of participation of veteran and disabled athletes in physical activities. Sports Management. 2020;12(4):
26. Rezai F,Ghazanfari F ,Rezaiyan M. The Effectiveness of Positive Parenting Group Training on Mothers' Parenting Stress and Self-Efficacy and Problems Behavioral of mentally retarded students. Journal of Health Resonance.2017;5(1):
27. Treat AE, Sheffield-Morris A, Williamson AC, Hays-Grudo J. Adverse childhood experiences and young children's social and emotional development: the role of maternal depression, self-efficacy, and social support. Early Child Development and Care. 2020 Nov 17;190(15):2422-36. https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1578220
28. Gholami Jam F, Takaffoli M, Kamali M, Eslamian A, Alavi Z, Ali Nia V. Systematic Review on Social Support of Parent/Parents of Disabled Children. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(2):126-141. https://doi.org/10.32598/rj.19.2.126
29. Noyan Erbaş A, Özcebe E, Cak Esen T. Investigation of the effect of Hanen's "More Than Words" on parental self-efficacy, emotional states, perceived social support, and on communication skills of children with ASD. Logopedics Phoniatrics Vocology. 2021;46(1):17-27. https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1717601 PMid:32003252
30. Weiss J, Robinson S, Fung S, Tint A,Ph Chalmers a, Lunsky Y. Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2013; 7(11): 1310-1317. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.07.016
31. H Yun-Ju. Hammill Institute on Disabilities. Intervention in School and Clinic. 2018; 53(4): 201-205. https://doi.org/10.1177/1053451217712956
32. Benito Lara E , C Carmen. Families with a disabled member: impact and family education. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2017; 237: 418 - 425 https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.084
33. Zarinkafshiyan Gh. The Study of Social Exclusion Status of the Disabled: Case Study of the Physical-Motor Disabled Covered by The Social Welfare Department, Rey City. Cultural Studies & Communication. 2016;12(43):177-201

34. World Health Organization. World report on disability 2011. Geneva, Switz: World Health Organization; 2011. Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Accessed 2021 Jun 1.
35. de Vries McClintock HF, Barg FK, Katz SP, Stineman MG, Krueger A, Colletti PM, Boellstorff T, Bogner HR. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. Disability and health journal. 2016;9(1):74-82. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.007 PMid:26482010 PMCid:PMC4688170
36. Khosravi Nasrin, Raheb Ghoncheh, Arshi Maliheh, Eghlima Mostafa. The Relationship Evaluation Between Physical Disabled's Social Support and Life Quality in Raad's Education Centers. Archives of Rehabilitation (Journal of Rehabilitation). 2015;16(2):176-185.
37. Ghasemi Poor M, Jahanbakhsh Ganjeh S. The relationship between social support and mental health of students in the city of Khorramabad. Yafteh. 2010; 1(12):77-89.
38. Hartley SL, Schultz HM. Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2015; 45:1636-48. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2318-0 PMid:25433405 PMCid:PMC4442745
39. Robinson S, Weiss JA. Examining the relationship between social support and stress for parents of individuals with autism. Research in Autism Spectrum Disorders. 2020 ;74:101557. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101557