Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 32, No. 1, Spring 2022 **ORIGINAL ARTICLE**

Investigation of resilience status among mothers of children undergoing dialysis referred to selected hospitals of medical sciences universities of Tehran

Zahra Jafari[1], Shadi Abdollah Zargar[2,3], Zahra Abdolreza Gharebagh[4,5]

[1] MSc Student in Pediatric Nursing, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2] Faculty Member, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[3] PhD Student of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

[4] Faculty Member, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[5] PhD Candidate in Medical Education, Department of Medical Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]

[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

Abstract

Background: Children on dialysis need long-term care. The child's illness and the conditions associated with his/her treatment and care expose the mother to various psychological stresses. Resilience maintains good decision-making power and performance in stressful situations. The aim of this study was to investigate of resilience status among mothers of children on dialysis.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study was performed on all mothers of children undergoing dialysis in Children's Medical Center, Mofid Hospital, Ali Asghar Hospital and Bahrami Hospital. A total of 166 eligible mothers were selected by census and completed a two-part questionnaire including demographic information and Connor-Davidson Resilience Scale. Data analysis was performed using SPSS software version 22 at a significance level of 0.05.

Results: The mean of resilience was 3.35 out of 4 points and was at strong level. Also, the mean of dimensions of personal competence/strength, trust in personal instincts, tolerance of negative emotions, control and spirituality in individuals were 3.37, 3.17, 3.43, 3.45 and 3.33, respectively. The resilience of mothers of children undergoing hemodialysis was significantly higher than children under peritoneal dialysis (p=0.047). There was no significant association between maternal age, maternal education, maternal status of morbidity, child age, child gender, number of children in the family and duration of dialysis and mean maternal resilience.

Conclusion: The resilience situation was at a good level. Due to the importance of resilience, it is recommended to provide educational and empowerment interventions for parents of children with chronic diseases.

Keywords: *Resilience, Mothers, Children on dialysis.*

Cited as: Jafari Z, Abdollah Zargar SH, Abdolreza Gharebagh Z. Investigation of resilience status among mothers of children undergoing dialysis referred to selected hospitals of medical sciences universities of Tehran. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2022; 32(1): **83-91.**

Correspondence to: Shadi Abdollah Zargar
Tel: *+098 9124495618*
E-mail: shadi_zargar2005@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0003-1145-4465
Received: 12 Sep 2021; **Accepted:** 25 Oct 2021

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۸۳ تا ۹۱

Original Article

بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران کودکان تحت دیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

زهرا جعفری[۱]، شادی عبدالله زرگر[۲،۳]، زهرا عبدالرضا قره باغ[۴،۵]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲]عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳]دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دپارتمان پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۴]عضو هیئت علمی، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۵]دانشجوی دکترای آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *کودکان تحت دیالیز نیازمند مراقبت‌های بلندمدت هستند. بیماری فرزند و شرایط مرتبط با درمان و مراقبت از وی مادر را با تنش‌های روانی مختلف مواجه می‌کند. تاب‌آوری سبب حفظ قدرت تصمیم‌گیری و عملکرد مطلوب در شرایط تنش‌زا می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران کودکان تحت دیالیز انجام شد.*

روش بررسی: *این پژوهش توصیفی-مقطعی بر روی کلیه مادران کودکان تحت دیالیز در مرکز طبی کودکان، بیمارستان مفید، بیمارستان علی اصغر و بیمارستان بهرامی انجام شد. تعداد ۱۶۶ نفر از مادران واجد شرایط به صورت سرشماری انتخاب شدند و پرسشنامه دو قسمتی اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS در سطح معنی‌داری زیر ۰/۰۵ انجام شد.*

یافته‌ها: *میانگین تاب‌آوری برابر با ۳/۳۵ از مجموع ۴ نمره بود و در سطح قوی قرار داشت. همچنین میانگین ابعاد شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار و معنویت در افراد به ترتیب برابر با ۳/۳۷، ۳/۱۷، ۳/۴۳، ۳/۴۵ و ۳/۳۳ بود. تاب‌آوری مادران کودکان تحت همودیالیز به صورت معنی‌داری بیشتر از کودکان تحت دیالیز صفاقی بود (p=۰/۰۴۷). بین سن مادر، تحصیلات مادر، وضعیت ابتلای مادر، سن کودک، جنسیت کودک، تعداد فرزندان خانواده و مدت زمان دیالیز و میانگین تاب‌آوری مادران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.*

نتیجه‌گیری: *وضعیت تاب‌آوری در سطح مناسبی قرار داشت. با توجه به اهمیت تاب‌آوری توصیه می‌شود زمینه برای ارائه مداخلات آموزشی و توانمندسازی برای والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن فراهم شود.*

واژگان کلیدی: *تاب‌آوری، مادران، کودکان تحت دیالیز.*

مقدمه

شیوع بیماری‌های مزمن کلیوی (chronic kidney diseases) در دهه‌های اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است. این بیماری می‌تواند گروه‌های مختلف سنی از جمله کودکان را تحت تاثیر قرار دهد (۱). بر اساس آمارهای جهانی، شیوع بیماری مزمن کلیه در کودکان بین ۵۸/۳-۱۸/۵ نفر در یک میلیون نفر گزارش شده است (۲). در ایران، بروز سالانه بیماری مزمن

آدرس نویسنده مسئول: تهران، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، شادی عبدالله زرگر (**email**: shadi_zargar2005@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0003-1145-4465
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۳

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

کلیوی ۱۴/۵ مورد در یک میلیون نفر از کودکان گروه سنی ۷-۱۸ سال برآورد شده است (۳). علل اصلی بیماری مزمن کلیوی در کودکان ناهنجاری‌های مادرزادی کلیه و مجاری ادراری (۴۳-۳۴ ٪) و گلومرولونفریت (۲۹-۱۵ ٪) است (۴, ۵). تغییرات سبک زندگی به سمت سبک زندگی ساکن و کم‌تحرک یکی از دلایل شیوع بالای این بیماری در بین کودکان است (۶).

علیرغم وجود درمان‌های دارویی متعدد، اغلب کودکان در مراحل انتهایی بیماری کلیه (End stage renal disease) ناچار به استفاده از دیالیز خواهند بود که در این میان حدود ۵۱ درصد کودکان تحت همودیالیز و حدود ۴۲ درصد تحت دیالیز صفاقی قرار می‌گیرند. سایر بیماران به صورت ترکیبی از این دو روش استفاده می‌کنند (۷). کودکان دیالیزی امید به زندگی کمتری نسبت به کودکان سالم دارند (۸). همچنین میزان مرگ و میر کودکانی که تحت دیالیز قرار می‌گیرند حداقل ۳۰ برابر بیشتر از سایر کودکان است (۹). علت اصلی مرگ و میر کودکان دیالیزی بیماری‌های قلبی- عروقی و عفونت است (۱۰, ۱۱). کودکان مبتلا به بیماری مزمن کلیه، کیفیت پایین زندگی و مشکلات ناشی از دیالیز و پیوند را تجربه می‌کنند (۱۲). همچنین هزینه‌های بالای درمان و امکانات ناکافی در سیستم درمانی باعث اختلال در خدمات‌رسانی مطلوب به این بیماران و خانواده های آن‌ها می‌گردد (۵).

دیالیز کودک نه تنها وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه به عنوان یک تغییر بزرگ در زندگی تا سال‌ها خانواده و جامعه را نیز متاثر می‌سازد. یکی از این تأثیرات شناخته شده، بار مراقبتی است که بر دوش اعضاء خانواده به ویژه مادر است (۱۳). مراقبت از کودک دیالیزی منجر به اختلال در هنجارهای خانواده می‌شود زیرا مادر معمولاً مجبور به عدم رعایت عدالت رفتاری بین فرزند مبتلا و سایر فرزندانشان است. در این وضعیت معمولاً مادر به یک مراقب منحصر به فرد تبدیل شده و وظایف خود را به عنوان ارائه دهنده خدمات پزشکی و مراقبتی ایفا می‌کند و سایر مسئولیت‌ها بر عهده پدر می‌باشد. برخی از مادران ممکن است نیازهای شخصی و خانوادگی خود را کاهش داده تا بتوانند نیازهای مراقبتی فرزند خود را فراهم نمایند. البته بر عهده گرفتن این مسئولیت فرصتی است که مادر بتواند ظرفیت تاب‌آوری خود را افزایش دهد (۱۴).

مادر باید به عنوان مراقب اصلی کودک همزمان با خستگی جسمی در زمینه مسئولیت‌های مراقبتی و بهداشتی کودک هوشیار باشد. از جمله این مسئولیت‌ها می‌توان به مداخلات پزشکی ناخوشایند، تعامل با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، درک اطلاعات در مورد بیماری و درمان، حمل و نقل فرزند، مسائل مالی، محدودیت‌های دریافت مایع و رعایت رژیم غذایی کودک و انجام وظایف خانه که همزمان بر عهده والدین و بخصوص مادر است، اشاره نمود. این وضعیت می‌تواند تاب‌آوری مادر را در معرض تهدید قرار دهد (۱۵). تاب‌آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است که علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید در برابر حوادث و اتفاقات موفق می‌شود و خدشه‌ای به عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی او وارد نمی‌شود (۱۶).

تاب‌آوری به توانایی بهبود پس از استرس و سازگاری با شرایط استرس‌زا نیز اطلاق می‌شود بطوریکه بیماری یا ناتوانی در اثر استرس و فشار روانی ناشی از آن بوجود نیاید (۱۷). همچنین تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته شده است و همچنین به معنای مهارت‌ها و خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود (۱۸). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است و باعث می‌شود که افراد در شرایط دشوار از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد در زندگی استفاده کنند و از چالش‌ها موجود به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جویند (۱۹).

مراقبت از کودکان بیمار نیازمند تقبل مسئولیت‌های چندگانه است. برای انجام این مسئولیت‌های چندگانه، والدین به خصوص مادران باید سطح تحمل یا تاب‌آوری خود را افزایش دهند تا تبعات جبران‌ناپذیری در اثر کاهش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به کودک وارد نشود (۲۰). نیازهای مراقبت مشکلات بهداشتی کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن به دلیل تداوم وضعیت نامناسب و در اغلب موارد ریسک‌پذیری بالای بیماری می‌تواند به حدی باشد که در زمان‌هایی به صورت طاقت‌فرسا به نظر رسیده و مادر احساس عجز و ناتوانی نماید (۱۵, ۲۱). در این راستا نتایج مطالعه Yi و همکارانش (۲۰۱۵) در کشور چین بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان نشان داد که میزان تاب‌آوری در این افراد تقریباً ۱۱ درصد کمتر از میانگین این متغیر در جمعیت عمومی (گروه کنترل) بود (۲۲). همچنین مطالعه‌ای در ایران توسط زارعان و همکارانش (۱۳۹۷) بر روی والدین

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

کودکان عادی و کودکان مبتلا به اوتیسم نشان داد که میانگین تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر بوده است (۲۳).
افراد تاب‌آور به دلیل دارا بودن این مشخصه (تاب‌آوری) قادر خواهند بود که تاثیر شرایط دشوار زندگی را به حداقل برسانند. این مهم از طریق کاهش تاثیر دشواری‌ها و تنش‌های روانی بر کیفیت تصمیمات و عملکرد فرد حاصل می‌آید (۲۴). بنابراین در مورد مادر دارای فرزند بیمار نیز می‌توان انتظار داشت که تاب‌آوری می‌تواند سبب کاهش تاثیر شرایط ناشی از بیماری فرزند بر وضعیت روانشناختی مادر شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران کودکان تحت دیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۹ در مرکز طبی کودکان، بیمارستان مفید، بیمارستان علی اصغر (ع) و بیمارستان بهرامی تهران انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران کودکان تحت دیالیز در بیمارستان‌های منتخب بود. بدلیل محدودیت نمونه، تمامی مادران کودکان تحت دیالیز که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند به روش سرشماری انتخاب شدند. تمایل به مشارکت در مطالعه، حضور همیشگی به عنوان والد به همراه کودک و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن به عنوان معیار ورود به مطالعه لحاظ شد. عدم تمایل به ادامه همکاری بعد از انتخاب، نقص اطلاعاتی پرسشنامه تکمیل شده و بروز مشکل شدید جسمی و روحی برای مادر به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.
ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه ۲ قسمتی (اطلاعات دموگرافیک و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون) بود. مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ارائه شد و دارای ۲۵ گویه و ۵ بعد شامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار و معنویت در افراد است. گویه‌ها در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و طیف نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد که به صورت میانگین از ۴ گزارش می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر است (۲۵, ۲۶). در مطالعه سامانی و همکارانش (۱۳۸۶) روایی این ابزار تایید شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۳ تایید گردید (۲۷). روایی نسخه فارسی این مقیاس در مطالعه آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) نیز بررسی و تایید شده است (۲۸). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۲۶).
در پژوهش حاضر از روش آزمون-باز آزمون برای تایید پایایی ابزار پژوهش استفاده شد. در این راستا ابتدا ابزار پژوهش در اختیار ۲۰ نفر از مادران واجد شرایط قرار گرفت و سپس با گذشته دو هفته دوباره افراد منتخب اقدام به تکمیل پرسشنامه کردند. نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار بین نتایج بدست آمده از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (r=۰/۷۸، p<۰/۰۰۱) در دو مرحله سنجش بود و لذا پایایی ابزارها تایید شد.

الزامات اخلاقی

کلیه الزامات اخلاقی این پژوهش در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران بررسی شده و با کسب مجوز با کد (IR.IAU.TMU.REC.1399.258) تایید شد. ارائه پرسشنامه به مشارکت‌کنندگان بعد از اخذ رضایت از مسئولین مرکز، کسب رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان، ارائه توضیحات کافی و تضمین محرمانگی اطلاعات صورت پذیرفت.

تحلیل آماری

از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های آماری توصیفی از قبیل فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد. با توجه به نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع متغیر پژوهش، برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و وضعیت تاب‌آوری از آزمون‌های تی‌مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. به منظور تحلیل آماری داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS در سطح معنی‌داری زیر ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۱۶۶ پرسشنامه از مرکز طبی کودکان (۵۰ مورد)، بیمارستان مفید (۵۲ مورد)، بیمارستان علی اصغر (ع) (۵۷ مورد) و بیمارستان بهرامی (۷ مورد) جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های مربوط به وضعیت متغیرهای

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

دموگرافیک مادران و کودکان در جدول ۱ نمایش داده شده است. اکثر مادران در گروه‌های سنی ۳۰-۲۲ سال (۲۶/۵ ٪) و ۵۵-۴۱ سال (۲۶/۵ ٪) قرار داشتند و دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم (۴۵/۲ ٪) بودند. نیمی از مادران ابتلا به بیماری را گزارش کردند. نیمی از کودکان تحت دیالیز پسر بودند و اکثر کودکان در بازه سنی ۶-۴ سال (۳۰/۷ ٪) قرار داشتند. خانواده‌های دارای دو فرزند (۳۷/۴ ٪) دارای بیشترین فراوانی بودند. اغلب کودکان (۷۱/۷ ٪) تحت دیالیز صفاقی قرار داشتند و مدت زمان دیالیز ۳۳/۸ درصد کودکان ۱ سال گزارش شد.

در جدول ۲ میزان تاب‌آوری و ابعاد تشکیل دهنده آن گزارش شده است. در مورد تاب‌آوری با توجه به بازه نمره ۰ الی ۴ طیف نمرات بدین شکل است: ۱/۳۳-۰ (ضعیف)، ۲/۶۶-۱/۳۴ (متوسط)، ۴-۲/۶۷ (قوی). لذا میزان تاب‌آوری و تمامی ابعاد آن در مادران کودکان تحت دیالیز در وضعیت قوی قرار دارد.

یافته‌های حاصل از آزمون تی‌مستقل و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک مادران و کودکان با وضعیت تاب‌آوری در جدول‌های ۳ و ۴ گزارش شده است. یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که تاب‌آوری مادران کودکان تحت همودیالیز به صورت معنی‌داری بیشتر از کودکان تحت دیالیز صفاقی بوده است (p=۰/۰۴۷).

یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین سن مادر، تحصیلات مادر، سن کودک، تعداد فرزندان خانواده و مدت زمان دیالیز با میانگین تاب‌آوری مادران ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است (p<۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران

جدول ۱. وضعیت توزیع متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی (مادران و کودکان)

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
سن (مادر)	کمتر از ۳۰ سال	۴۴	۲۶/۵	سن کودک	کمتر از ۳ سال	۴۶	۲۷/۷
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴۱	۲۴/۷		۳ تا ۶ سال	۵۱	۳۰/۷
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳۷	۲۲/۳		۷ تا ۱۰ سال	۳۲	۱۹/۳
	۴۱ تا ۵۵ سال	۴۴	۲۶/۵		بالای ۱۰ سال	۳۷	۲۲/۳
تحصیلات (مادر)	زیردیپلم	۵۴	۳۲/۵	مدت زمان دیالیز	۱ سال	۵۶	۳۳/۸
	دیپلم وفوق دیپلم	۷۵	۴۵/۲		۲ سال	۵۵	۳۳/۱
	لیسانس وبالاتر	۳۷	۲۲/۳		۳ سال	۲۸	۱۶/۹
ابتلای مادر به بیماری	بلی	۸۳	۵۰		۴ سال	۱۵	۹
مزمن	خیر	۸۳	۵۰		۵ تا ۷ سال	۱۲	۷/۲
نوع دیالیز	همودیالیز	۴۷	۲۸/۳	تعداد فرزندان	یک	۵۷	۳۴/۳
	دیالیز صفاقی	۱۱۹	۷۱/۷	خانواده	دو	۶۲	۳۷/۴
جنسیت (کودک)	دختر	۸۳	۵۰		سه	۳۰	۱۸/۱
	پسر	۸۳	۵۰		چهار	۱۷	۱۰/۲

جدول ۲. میزان تاب‌آوری و ابعاد آن در مادران کودکان تحت دیالیز در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۹

متغیر	Mean	S.D	Min	Max
شایستگی/ استحکام شخصی	۳/۳۷	۰/۳۳	۲/۱۳	۴/۰۰
اعتماد به غرایز شخصی	۳/۱۷	۰/۴۴	۱/۵۷	۴/۰۰
تحمل عواطف منفی	۳/۴۳	۰/۳۳	۲/۴۰	۴/۰۰
مهار	۳/۴۵	۰/۴۴	۱/۶۷	۴/۰۰
معنویت در افراد	۳/۳۳	۰/۵۹	۱/۵۰	۴/۰۰
تاب‌آوری	۳/۳۵	۰/۲۶	۲/۴۳	۳/۸۷

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

جدول ۳. نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و میانگین تاب‌آوری مادران

متغیرها		تاب‌آوری		
		Mean	t	Sig.
ابتلای مادر به بیماری مزمن	بله	۳/۳۶	۰/۰۶۸	۰/۹۴۶
	خیر	۳/۳۴		
جنسیت کودک	دختر	۳/۳۹	۱/۷۹۳	۰/۰۷۵
	پسر	۳/۳۱		
نوع دیالیز	دیالیز صفاقی	۳/۳۲	۲/۰۰۴	*۰/۰۴۷*
	همودیالیز	۳/۴۱		

جدول ۴.نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و میانگین تاب‌آوری مادران

متغیرها	تاب‌آوری	
	F	Sig.
سن مادر	۱/۰۳۶	۰/۳۷۸
تحصیلات مادر	۰/۳۹۸	۰/۶۷۳
سن کودک	۱/۰۰۷	۰/۴۵۳
تعداد فرزندان خانواده	۰/۴۵۰	۰/۷۱۷
مدت دیالیز	۱/۴۶۲	۰/۲۱۶

کودکان تحت دیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

یافته‌های مطالعه در زمینه تاب‌آوری نشان داد که میانگین این متغیر از مجموع ۴ نمره برابر با ۳/۳۵ بود که در سطح قوی قرار داشت. در بین ابعاد مختلف این متغیر نیز بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب مربوط به ابعاد مهار (۳/۴۵) و اعتماد به غرایز شخصی (۳/۱۷) بود. مطالعات مختلف در ایران و سایر کشورهای جهان به بررسی وضعیت تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به بیماری پرداخته‌اند که طیف مختلفی از بیماری‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهند. مطالعه صورت گرفته توسط حبیب‌پور و همکارانش (۲۰۱۹) بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان در بیمارستان کودکان تبریز نشان داد که میانگین تاب‌آوری والدین ۶۶/۸۳ از مجموع ۱۰۰ نمره بود (۲۹) که وضعیت متوسط این متغیر را نشان می‌دهد یا پژوهش صورت گرفته توسط شاملی و حسنی (۲۰۱۷) بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان بستری در بخش‌های خون و انکولوژی بیمارستان‌های شهر تهران نیز نشان داد که میانگین تاب‌آوری در این افراد برابر با ۶۱/۵۱ (از مجموع ۱۰۰ نمره) و در سطح متوسط بود (۳۰). یافته‌های مطالعات مذکور سطح پایین‌تری از تاب‌آوری را نشان داده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. یکی از دلایل محتمل قابل ارائه در زمینه وضعیت تاب آوری مادران در مطالعات مذکور می‌تواند مربوط به نوع بیماری فرزند باشد. در مطالعه حاضر کودکان مبتلا به بیماری کلیوی بودند و تحت دیالیز قرار داشتند که تهدیدکنندگی آن برای زندگی فرزند کمتر از سرطان (بیماری کودکان در مطالعات فوق الذکر) است و لذا ممکن است عامل واریانس نتایج تاب آوری در بین مادران مشارکت کننده در این مطالعات، نوع بیماری فرزندان باشد.

همچنین نتایج مطالعه Yi و همکارانش (۲۰۱۵) در کشور چین بر روی ۱۲۵ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که میزان تاب‌آوری در این افراد تقریباً ۱۱ درصد کمتر از میانگین این متغیر در جمعیت عمومی (گروه کنترل) بود. به گونه‌ای که میانگین تاب‌آوری در والدین کودکان مبتلا به سرطان از مجموع ۱۰۰ نمره برابر با ۵۴/۸۶ بود، در حالی که در افراد گروه کنترل این میزان برابر با ۶۵/۴ برآورد شد (۲۲). در راستای تایید اثرات سوء بیماری کودکان بر تاب‌آوری والدین همچنین مطالعه‌ای در ایران توسط زارعان و همکارانش (۱۳۹۷) بر روی ۶۰ نفر از والدین کودکان عادی و کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شده است که یافته‌های بدست آمده نیز نشان می‌دهد که میانگین تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر بود (۲۳).

دلایل متعددی می‌توانند منجر به ایجاد اختلاف در نتایج مطالعات سنجش تاب‌آوری شوند. در این راستا تفاوت در محیط پژوهش و زمینه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مورد بررسی و سایر مولفه‌های مرتبط با مشارکت‌کنندگان می‌توانند در ایجاد این تفاوت نقش داشته باشند. برای مثال در مطالعه صورت گرفته در شهر تبریز توسط حبیب‌پور و همکارانش

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

(۲۰۱۹) یافته‌های به دست آمده نشان داد که شاخص‌های پیش‌بینی کننده تاب‌آوری شامل وضعیت مالی خانواده، جنسیت والدین، وضعیت شغلی پدر و جنسیت کودکان هستند (۲۹).

شرایط مختلفی می‌توانند زمینه‌ساز افزایش تنش روانی و کاهش تاب‌آوری در والدین کودکان مبتلا به بیماری شوند. برای مثال کودکان دیالیزی امید به زندگی کمتری نسبت به کودکان سالم دارند (۸) و میزان مرگ و میر کودکانی که تحت دیالیز قرار می‌گیرند بسیار بیشتر از سایر کودکان است (۹). از سوی دیگر هزینه‌های بالای درمان و ضعف زیر ساخت‌های موجود می‌تواند مشکلاتی را برای این افراد و خانواده‌های آن‌ها ایجاد نماید (۵). شرایط دشوار ناشی از ابتلای کودکان به بیماری‌های صعب الاعلاج و مزمن با اینکه پدر و مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد، با اینحال در مورد مادر شرایط پیچیده‌تر و با ملاحظات بیشتری همراه خواهد بود. مادران کودکان تحت دیالیز باید مدت زمان طولانی را صرف مراقبت از کودک و پیگیری روند درمانی وی کنند که سبب اختلال در ایفای سایر نقش‌های وی می‌شود (۱۴).

این شرایط می‌تواند مادران کودکان مبتلا را تحت تاثیر قرار داده و پیامدهای سوء به همراه داشته باشد که تهدید کننده سلامت جسمی و روانی مادران خواهد بود (۱۵). در زمینه تاثیر بیماری کودکان بر وضعیت سلامت والدین مطالعه‌ای توسط Corsi و همکارانش (۲۰۲۱) انجام شده است. در این مطالعه مروری نظام‌مند وضعیت ابتلای والدین کودکان مبتلا به بیماری از نظر اختلال استرس پس از سانحه بررسی شد که یافته‌های به دست آمده حاکی از شیوع ۲۰ درصدی این اختلال در بین والدین کودکان بیمار بود (۳۱). همچنین در این راستا متاآنالیز صورت گرفته توسط van Warmerdam و همکارانش (۲۰۱۹) نشان داده است که شیوع اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در والدین کودکان مبتلا به سرطان به ترتیب برابر با ۲۱، ۲۸ و ۲۶ درصد است (۳۲). در بین والدین نیز تاثیرپذیری مادران به دلیل شرایط جسمی، روانی و نقش‌های محوله بیشتر از پدرها است که این موضوع در مطالعه Masa'deh و Jarrah (۲۰۱۷) بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان در اردن بررسی شد و یافته‌های به دست آمده حاکی از شیوع بالاتر اختلال استرس پس از سانحه در بین مادران نسبت به پدران است (۳۳).

یافته‌های مطالعات صورت گرفته در زمینه تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن نشان می‌دهد که این افراد تحت تاثیر شرایط ناشی از بیماری فرزند خود قرار گرفته و از نظر تاب‌آوری روانی با چالش مواجه می‌شوند. این مساله در کنار این واقعیت که تاب‌آوری از مولفه‌های مهم برای تضمین سلامت جسمی و روانشناختی افراد به ویژه در شرایط تنش‌زا است، اهمیت این موضوع را بیش از پیش نمایان می‌سازد. در این راستا مطالعه صورت گرفته در کشور چین نشان داده است که سطوح بالای تاب‌آوری والدین با عملکرد روانشناختی بهتر و پیامدهای مثبت همراه خواهد بود (۲۲). همچنین در مطالعه اصغری نکاح و همکارانش (۱۳۹۴) بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان در شهر مشهد مشخص شد که شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در بین این افراد به ترتیب برابر با ۶۸/۷، ۵۶/۲ و ۵۳/۱ درصد است و ارتباط منفی و معنی‌دار بین تاب‌آوری و اختلالات مذکور نشان داده است که تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک فاکتور ایمنی‌زایی از فرد در مقابل آسیب‌های روانی محافظت کند (۳۴).

یافته‌های مطالعه حاضر بر روی مادران کودکان تحت دیالیز نشان داد که وضعیت تاب‌آوری در بین مشارکت‌کنندگان در سطح مناسبی قرار داشته است. تاب‌آوری به عنوان توانمندی روانی می‌تواند به والدین از جمله مادران کمک نماید که با شرایط ناشی از بیمار مزمن فرزند خود کنار آمده، اثرات منفی تنش‌های روانی را کاهش دهند و با اتخاذ تصمیمات منطقی زمینه را برای کنترل و مدیریت شرایط زندگی فراهم نمایند. لذا بر اساس یافته‌های به دست آمده از این مطالعه توصیه می‌شود زمینه برای ارائه مداخلات آموزشی و توانمندسازی برای والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن (از جمله کودکان تحت دیالیز) فراهم شود تا با ارتقای تاب‌آوری آن‌ها زمینه برای ارائه مراقبت مناسب از کودک فراهم شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران است. نویسندگان از مسئولین بیمارستان‌های محل اجرای پژوهش و تمامی مشارکت کنندگان در این مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

REFERENCES

1. Tantisattamo E, Kalantar-Zadeh K. Editorial: Novel therapeutic approaches in chronic kidney disease, uremia and kidney transplantation: past, present and future. Curr Opin Nephrol Hypertens 2021;30):1-4.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

2.Gulati S. Chronic Kidney Disease in Children. Available from: https://emedicinemedscapecom/article/984358-overview#a5. 2021.

3.Gheissari A, Kelishadi R, Roomizadeh P, Abedini A, Haghjooy-Javanmard S, Abtahi SH, et al. Chronic Kidney Disease Stages 3-5 in Iranian Children: Need for a School-based Screening Strategy: The CASPIAN-III Study. Int J Prev Med 2013;4:95-101.

4.Sharifian M, Jabbarpour J. Prevalence of chronic kidney disease complication in children admitted Mofid hospital in 2014 – 2015. Res Med 2016;39:208-212. [In Persian]

5.Madani A, Shakiba M, Esfehani T, Mohseni P. The Etiologies And Outcome Of ESRD In Children Medical Center From 1988 To 2003. Tehran Uni Med J TUMS Public 2005;63:61-67. [In Persian]

6.Barreira TV, Broyles ST, Tudor-Locke C, Chaput J-P, Fogelholm M, Hu G, et al. Epidemiological transition in physical activity and sedentary time in children. J Physic Activ Health 2019;16:518-524.

7.Madani K, Otoukesh H, Rastegar A, Van Why S. Chronic renal failure in Iranian children. Pediatr Nephrol 2001;16:140-144.

8.Mitsnefes MM, Laskin BL, Dahhou M, Zhang X, Foster BJ. Mortality risk among children initially treated with dialysis for end-stage kidney disease, 1990-2010. JAMA 2013;309:1921-1929.

9.Foster BJ, Dahhou M, Zhang X, Platt RW, Hanley JA. Change in mortality risk over time in young kidney transplant recipients. Am J Transplant 2011;11:2432-2442.

10.McDonald SP, Craig JC. Long-term survival of children with end-stage renal disease. N Engl J Med 2004;350:2654-2662.

11.Kouri AM, Rheault MN. Cardiovascular disease in children with chronic kidney disease. Curr Opin Nephrol Hypertens 2021;30:231-236.

12.Chua AN, Warady BA. Care of the Pediatric Patient on Chronic Dialysis. Adv Chronic Kidney Dis. 2017;24:388-397.

13.Wightman A. Caregiver burden in pediatric dialysis. Pediatr Nephrol 2020;35:1575-1583.

14.Lima AGT, Sales CCDS, Serafim WFL. Burden, depression and anxiety in primary caregivers of children and adolescents in renal replacement therapy. J Bras Nefrol 2019;41:356-363.

15.Khorsandi F, Parizad N, Feizi A, MaslakPak MH. How do parents deal with their children's chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent's adaptation. BMC Nephrol 2020;21:1-14.

16.Bowers C, Kreutzer C, Cannon-Bowers J, Lamb J. Team resilience as a second-order emergent state: A theoretical model and research directions. Front Psychol 2017;8:1360.

17.Jongen CS, Langham E, Bainbridge R, McCalman J. Instruments for measuring the resilience of indigenous adolescents: an exploratory review. Front Psychol 2019;7:194.

18.Ilias K, Cornish K, Park MS-A, Toran H, Golden KJ. Risk and resilience among mothers and fathers of primary school age children with ASD in Malaysia: A qualitative constructive grounded theory approach. Front Psychol 2019;9:2275.

19.Sardarzadeh F, Jian Bagheri M. The role of resilience in reduction of job stress and job burnout among employees of satellite project of Iranian Offshore Oil Company. Shenakht J Psychol and Psych 2016;3:61-77. [In Persian]

20.Tong A, Lowe A, Sainsbury P, Craig JC. Experiences of parents who have children with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative studies. Pediatrics 2008;121:349-360.

21.Cardoso Vaz J, Marten Milbrath V, Bärtschi Gabatz RI, Reis Krug F, Hirschmann B, Morais de Oliveira M. Care for families of children with chronic disease. J Nurs UFPE 2018;12:1397-408.

22.Ye ZJ, Guan HJ, Wu LH, Xiao MY, Luo DM, Quan XM. Resilience and Psychosocial Function Among Mainland Chinese Parents of Children with Cancer: A Cross-sectional Survey. Cancer Nurs 2015;38:466-74.

23.Zarean Z, Nazari F, Hazhir S, Alvandi P. Comparison of resilience in parents of normal children and parents of children with autism and evaluation of the effectiveness of parenting education in improving resilience. National conference and festival of children with special needs; Isfahan, Iran [In persian]

24.Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. PLOS One 2021;16:e0252075.

25.Alarcón R, Cerezo MV, Hevilla S, Blanca MJ. Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. Int J Clin Health Psychol 2020;20:81-89.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]

[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]

26.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003;18:76-82.

27.Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. IJPCP 2007;13:290-95. [In Persian]

28.Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric properties of the persian version of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Facul 2015;13:739-747. [In Persian]

29.Habibpour Z, Mahmoudi H, Nir MS, Areshtanab HN. Resilience and its Predictors among the Parents of Children with Cancer: A Descriptive-Correlational Study. Indian J Palliat Care 2019;25:79-83.

30. Shameli R, Hasani F. The effectiveness of reality therapy on resilience in mothers with children afflicted by cancer. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology (JTBCP) 2017;12:77-87. [In Persian]

31.Corsi M, Orsini A, Pedrinelli V, Santangelo A, Bertelloni CA, Carli N, et al. PTSD in parents of children with severe diseases: a systematic review to face Covid-19 impact. Ital J Pediatr 2021;47:1-7.

32.Van Warmerdam J, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan PC, Gupta S. Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. Pediatr Blood Cancer 2019;66:e27677.

33.Masa'deh R, Jarrah S. Post-traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. Arch Psychiatr Nurs 2017;31:8-12.

34.Asghari Nekah S ,Jansooz F, Kamali F, Taherinia S. The resiliency status and emotional distress in mothers of children with cancer. J Clin Psychol 2015;7:15-26. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.9.4]

[DOI: 10.52547/iau.32.1.83]