



اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

طاهره حسینی قمی 

استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

زهرآ جهان بخشی  *

چکیده

مقدمه: استرس و مشکلات در زمینه سازگاری بخشی از مسائل خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان می‌باشد. یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان تاب‌آوری است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بوده است. روش: روش پژوهش طرح نیمه آزمایشی، شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را مادران دارای فرزند دختر کم‌توان ذهنی تشکیل داده که فرزندان‌شان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در مدارس دخترانه ابتدایی آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران مشغول به تحصیل بوده‌اند. با روش نمونه‌گیری دردسترس یک گروه ۳۰ نفری از مادران انتخاب شدند و به‌طور تصادفی ۱۵ نفر از آن‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های استرس آبدین (PSI) و سلامت روان گلدبرگ و هیلر (GHQ) استفاده شد. یافته‌ها: داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ($p < 0/01$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. گروه آزمایش که تحت آموزش تاب‌آوری قرار گرفتند نسبت به گروه گواه که هیچ آموزشی دریافت نکردند، میانگین سطح استرس پایین‌تر بوده است و آموزش تاب‌آوری موجب افزایش سلامت روان گروه آزمایش شده است. نتیجه‌گیری: بنابراین این برنامه آموزشی و تشکیل گروه‌های مشاوره و حمایتی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در جهت کاهش استرس و بهبود سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: استرس، تاب‌آوری، سلامت روان، کم‌توان ذهنی.

مقدمه

استرس هر نوع محرک یا تغییر در محیط داخلی و خارجی است که می‌تواند باعث اختلال در تعادل حیاتی شده و در شرایط خاص بیماری ایجاد کند. عوامل و منابع گوناگونی می‌تواند باعث ایجاد استرس شوند که یکی از این عوامل در زندگی خانوادگی، داشتن فرزندی با نیازهای ویژه است (الماسی، حاتمی، شریفی، احمدی و همکاران؛ ۱۳۹۵). تولد فرزند مانند بسیاری از رویدادهای زندگی در هر سن، موقعیت و زمانی به علت تغییراتی که ایجاد می‌کند، نیازمند سازگاری‌های جدیدی است. ولی در مورد خانواده‌هایی که دارای فرزند با ناتوانی جسمی یا کم‌توانی ذهنی^۱ هستند، موقعیت بسی پیچیده و پر چالش تر است (ژنگ، میود، براترسان^۲، ۲۰۱۵). رویارویی با این واقعیت که عضو جدید خانواده یک کودک کم‌توان ذهنی است می‌تواند مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین و دیگر اعضای خانواده به همراه داشته باشد (لانسکی، روبینسون، رید و پالوکا^۳، ۲۰۱۵). والدین در پذیرش این واقعیت مشکل دارند و نسبت به مواردی هم چون اظهارنظرهای دیگران در مورد شرایط فرزندشان، حضور در مکان‌های عمومی به همراه فرزندشان، مسائل پزشکی، آموزشی، توان‌بخشی، مشکلات مالی ناشی از مداخلات درمانی، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات آموزشی و رفتاری کودک و غیره استرس دارند (کارپادات راجان^۴، ۲۰۲۰). وجود چنین کودکانی، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی خانواده را تهدید می‌کند و تأثیر منفی بر آنها می‌گذارد گوپتا^۵ (۲۰۰۷). تجربه‌های این خانواده‌ها از نظر سطوح تنیدگی و افسردگی بالاتر از میانگین است (مش، ولف ترجمه‌ی شریفی درآمدی، عزیزیان و مرادی؛ ۱۳۹۶). باید توجه نمود که والدین این کودکان سلامت جسمانی و روانی پایین‌تری دارند، احساس فشار و استرس بیشتری را تجربه کرده و افسردگی بالاتری دارند. گستره وسیعی از ادبیات پژوهشی (کارپادات راجان، ۲۰۲۰؛ اولوفسن،

-
1. Intellectual disability
 2. Zhen Y, Maude P, Brotherson M
 3. Lunsy Y, Robinson S, Reid M, Palucka A
 4. Kareepadath Rajan S
 5. Gupta V.B

ریچاردسون^۱ (۲۰۰۶) چالش‌های روزمره‌ای که والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی با آن‌ها مواجه می‌شوند را نشان می‌دهند، اغلب این والدین در موقعیت‌های دشواری هستند، که قوای جسمی و روانی آن‌ها را به اضمحلال می‌برد و استرس زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند. این فشارهای روانی گاه از تولد کودک و یا قبل از آن و هم‌چنین در مرحله‌ی تشخیص ناتوانی کودک آغاز می‌شود و ممکن است با افزایش سن وی، بر میزان آن‌ها افزوده شود. هم‌چنین مک کنوی، تروسدل- کندی، چانگ، جاراح و همکاران^۲ (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیده‌اند که مادرانی که فرزندان کم‌توان ذهنی دارد، استرس زیادتر و مشکلات بیشتری را در روابط خانوادگی تجربه می‌کنند.

منظور از سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز کارکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های مؤثر، روابط رضایت‌بخش و مؤثر میان فردی، توانایی سازگاری با تغییرات و مقابله مؤثر و کارآمد با مشکلات و چالش‌های زندگی است (برجلی و ناصری نیا، ۱۳۹۸). سلامت روان در برگیرنده مدیریت احساس و رفتار، ارزیابی واقع بینانه از محدودیت‌های خود، رشد خودگردانی و ناوابستگی و توانایی فائق آمدن بر تنیدگی را نیز دربرگیرنده می‌باشد (مان درشید، رایف، فریمن، م کین نایت^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

درواقع سلامت روان، حالت عملکرد روانی موفق است که منتج به فعالیت‌های سازنده، روابط رضایت‌بخش و توانایی سازگاری با تغییرات و محدودیت‌ها و مقابله با پیشامدهای ناخوشایند می‌شود (کان و فاوست^۴، ۲۰۰۸). ریچاردسون و یاتس^۵ (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که داشتن کودک کم‌توان ذهنی و استرس ناشی از آن معمولاً تأثیر عمیقی بر سلامت روان و رضایت از زندگی والدین دارد.

بنابراین در چنین فضایی برای مقابله با پیامدهای ناشی از فشارهای زندگی باید به جستجوی راهکارهای مؤثرتری بود. در سال‌های اخیر روان‌شناسی تحت تأثیر جریان‌های مثبت‌گرا و مفاهیمی هم‌چون تاب‌آوری قرار گرفته است. یکی از راهبردهای مناسب برای

-
1. Oelofsen N, Richardson P
 2. Mc Conkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang, M.Y, Jarrah S
 3. Manderscheid R.W, Ryff C.D, Freeman E.J, Mcknight L.R,
 4. Kahn A.P, Fawcett J
 5. Richardson S, Yates T

کاهش استرس و ارتقای سلامت روان تاب‌آوری است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند توانش اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند. عوامل تاب‌آور باعث می‌شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش‌ها به‌عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جوید و از آن سربلند بیرون‌آید (ماستن^۱، ۲۰۱۸).

مفهوم تاب‌آوری بینش امیدوارکننده‌ای را جهت تسهیل رشد و پیشرفت فرد بعد از شرایط سخت ایجاد می‌کند (شفر، وان ویوجت و مونن^۲، ۲۰۲۰). تاب‌آوری در شرایط تنش‌زا می‌تواند سبب کاهش استرس و ناتوانی شود (تاکایاما، موریکاوا و بیلینیز^۳، ۲۰۱۹). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷). تاب‌آوری ترجمان رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در افراد است (صفاری‌نیا، ترخان، مهرآبادی، ۱۳۹۳). تاب‌آوری زمینه‌های یادگیری مهارت‌های رفتاری و شناختی به‌منظور چیرگی بر موقعیت‌های تنش‌آور به‌ویژه در مناسبات میان فردی را فراهم می‌کند (وینست^۴، ۲۰۰۷). تاب‌آوری برخی افراد و خانواده‌ها در مواجهه با پدیده‌های استرس‌زا نسبت به برخی دیگر بیشتر است (آکیاروک، کیووا، استور، پیتتر^۵ و همکاران؛ ۲۰۱۹). تاب‌آوری رابطه‌ی معناداری با سلامت روانی و بدنی دارد (گلداستین و بروکس^۶، ۲۰۰۵) بر این باورند که آموختن مهارت‌ها و شیوه‌های تفکر تاب‌آور، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و منجر به بالا رفتن سطح بهزیستی روانی و بدنی افراد می‌شود (ریویچ، شاته^۷؛

-
1. Masten S
 2. Scheffers F, Van Vugt E, Moonen X
 3. Takayama N, Morikawa T, Bielinis E
 4. Vincent E.C.
 5. Akearok G.H, Cueva K., Stoor J, petter A
 6. Goldstein S و Brooks R.B
 7. Reivich K, Shatte A

۲۰۰۲). پژوهش‌های مختلفی در ارتباط با موضوع تاب‌آوری در حوزه‌ی کودکان با نیازهای ویژه انجام شده است که در ذیل به چند مورد اشاره می‌شود.

کبودی، عباسی، حیدری شرف، دهقان و ضیاءپور (۲۰۱۸) در پژوهشی دریافتند که مادرانی که تحت آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بودند در مقایسه با گروه گواه سبک مقابله‌ی آن‌ها افزایش یافته و همچنین استرس والدینی آن‌ها کاهش یافته است. کاوه و کرامتی (۱۳۹۶) دریافتند که برنامه تاب‌آوری در کاهش استرس مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری اثر داشته است. هم‌چنین در پژوهش الماسی، حاتمی، شریفی، احمدی جویباری، کاویان نژاد و ابراهیم‌زاده (۱۳۹۵) نتایج نشان داده است که آموزش مهارت‌های مقابله منجر به افزایش معنادار سطح تاب‌آوری در مادران دارای فرزند معلول شده است. در پژوهش صادقی، سپهوندی و رضایی فر (۱۳۹۵) نتایج نشان داده است که آموزش تاب‌آوری خانواده بر افزایش سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر داشته است. هم‌چنین برنامه تاب‌آوری بر افزایش سطح تاب‌آوری تأثیر داشته است. در پژوهش ربیعی کناری، جدیدیان، سلگی (۱۳۹۳) که بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم انجام شده است، نتایج نشان داده است که آموزش تاب‌آوری روش مؤثری است که می‌تواند استرس مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم را کاهش دهد. شجاعی، به پژوه، شکوهی یکتا، غباری بناب (۱۳۹۲) دریافتند که آموزش مهارت‌های مرتبط با تاب‌آوری می‌تواند سلامت روان خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون را افزایش دهد. هم‌چنین در مطالعات خارجی پژوهش‌هایی از قبیل لیا، کامیش، اورتا، کومار^۱ و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که تاب‌آوری می‌تواند استرس و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم را کاهش دهد. در پژوهش پیر و هیلمن^۲ (۲۰۱۴) نتایج نشان داده است، خوش‌بینی و حمایت اجتماعی به‌عنوان عوامل تاب‌آور برای والدین دارای فرزند با ناتوانی هوشی است که می‌تواند منجر به کاهش استرس گردد. به عقیده ترنی^۳ (۲۰۱۵) مداخلات روان‌شناسی و جلسات آموزش گروهی باعث افزایش خوش‌بینی و

1. Lias K, Comish K, Aureta S, Kummar S

2. Peer J, Hillman S

3. Terni N

سطح بالای امید می‌شوند. یکی از مداخلاتی که می‌تواند به مادران در کنترل شرایط کمک کند، مداخلات مبتنی بر آموزش تاب‌آوری است. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده‌ای فعال و سازنده در محیط خویش است (ماستن و مون^۱، ۲۰۱۵). کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) بر این باورند، از آن‌رو که تاب‌آوری به‌عنوان معیاری برای مقابله با استرس قلمداد می‌شود؛ می‌تواند هدف مهمی در مداخله‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی باشد. بعضی از مهارت‌هایی که به افراد کمک می‌کنند تا تاب‌آوری خود را افزایش دهند آموختنی هستند (کوردیچ-هال، پیرسون^۳، ۲۰۰۵).

با توجه به اینکه استرس و ارزیابی آن نقش مهمی در تعیین مؤلفه‌های مختلف زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی والدین کودکان معلول به‌ویژه کم‌توانی ذهنی دارند، منطقی به نظر می‌رسد که برنامه‌های مداخله‌ای، تاب‌آوری در مقابل استرس را افزایش می‌دهند و راهبردهای مواجهه با آن را به فرد می‌آموزند و می‌توانند بر بهبود مؤلفه‌های مذکور تأثیر بسزایی داشته باشند. هرچند که در خارج از کشور، برخی از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر مداخله‌هایی در زمینه کاهش استرس مادران دارای فرزند با ناتوانی به‌خصوص درزمینه‌ی اتیسم پرداخته‌اند ولی در موضوع تأثیر آموزش برنامه تاب‌آوری در مقابل استرس و اثربخشی آن بر بهبود سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، خلاء تحقیقاتی مشهود بود و به‌ویژه این که در پژوهش‌های انجام گرفته درزمینه‌ی تاب‌آوری بیشتر جنبه توصیفی داشته و کار مداخله‌ای کمتری به چشم می‌خورد. مادرانی که فرزندانشان در مدرسه استثنایی میلاد مشغول به تحصیل بوده‌اند به لحاظ فرهنگی و اقتصادی در سطح متوسطی بوده و بسیار درگیر مسائل مربوط به معلولیت فرزندانشان بوده‌اند و در برخورد و هم‌کلام شدن با آنان، دغدغه‌ها و استرس‌های ناشی از داشتن چنین شرایطی کاملاً مشهود بود. هم‌چنین فقدان جلسات مشاوره و آموزش‌های تخصصی رایگان که مناسب با نیازها و خواسته‌ها و اولویت‌های این افراد باشد، بیشتر بر این مشکلات دامن می‌زد. از سوی دیگر

-
1. Masten A, Monn A. R
 2. Connor K.M, Davidson J.R
 3. Kordich-Hall D, Pearson J

به جهت شرایط شغلی پژوهشگران و حضور در مدرسه خلأ چنین آموزش‌هایی احساس شد. از این رو با توجه به اینکه در بین اعضاء خانواده، مادران نقش اساسی و کلیدی در نگهداری و تربیت فرزندان بر عهده‌دارند و بیشتر با مسئله‌ی معلولیت فرزندان درگیر هستند و حضور پیوسته آن‌ها همراه با فرزندان در مدارس پیامدهای نامطلوبی برای آن‌ها به همراه خواهد داشت، بنابراین به نظر می‌رسد تدوین و آموزش برنامه‌ی تاب‌آوری راهکار مناسبی در جهت افزایش سازگاری مادران و مدیریت استرس آنان باشد. لذا با توجه به آنچه ذکر گردید، هدف از پژوهش حاضر تدوین برنامه‌ی تاب‌آوری و اثربخشی آن بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند دختر کم‌توان ذهنی آموزش پذیر می‌باشد.

روش پژوهش

روش پژوهشی حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی بوده است. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را مادران دارای فرزند دختر کم‌توان ذهنی تشکیل می‌دادند که فرزندان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در مدارس دخترانه ابتدایی آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس یک گروه ۳۰ نفری از مادرانی (که در محدوده‌ی سنی ۳۵ تا ۵۱ سال و با مدرک تحصیلی حداقل سیکل و حداکثر فوق‌دیپلم بوده) که فرزند آن‌ها در مدرسه استثنایی میلاد مشغول به تحصیل بوده‌اند، انتخاب شدند. به‌طور تصادفی ۱۵ نفر از آن‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود مادران به این پژوهش دارا بودن فرزند دختر کم‌توان ذهنی (با داشتن تشخیص قطعی آموزش پذیر و در حال تحصیل در مدرسه استثنایی و هم‌چنین دانش‌آموزان با والدین خود زندگی نمایند). لازم به ذکر است داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای مادران جهت تکمیل پرسشنامه‌ها الزامی بود. ملاک‌های خروج عبارت از غیبت بیش از یک جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در گروه بوده است.

فرزندانشان در مدرسه استثنایی میلاد مشغول به تحصیل بوده، به لحاظ فرهنگی و اقتصادی در سطح متوسطی بوده و با کمبود امکانات و تسهیلات آموزشی مواجه بوده‌اند. در این مدرسه فقدان جلسات مشاوره و آموزش‌های تخصصی رایگان (که مناسب با نیازها و خواسته‌ها و اولویت‌های مادران باشد) مشهود بود. اجراکننده برنامه‌ی آموزشی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی و آموزگار استثنایی و دارای سابقه‌ی تدریس در پایه‌های مختلف تحصیلی در مدارس استثنایی (در مقطع ابتدایی) بوده و در زمان اجرای برنامه مذکور (سال تحصیلی ۹۷-۹۸) در سمت سرپرست آموزشی در مدرسه استثنایی دخترانه‌ی میلاد مشغول به فعالیت بوده است. پس از آشنایی با مادرانی که تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش داشته‌اند، در جلسه توجیهی در رابطه با هدف از تشکیل جلسات آموزشی و نحوه‌ی مشارکت و حضور آنان در برنامه توضیحاتی ارائه شد و جلسات درمانی به صورت رایگان و در سالن اجتماعات مدرسه اجرا گردید و زمان‌بندی شروع جلسات به شکلی در نظر گرفته شد تا رفت و آمد مضاعفی برای مادران ایجاد نگردد (زمانی که مادران فرزندانشان را برای حضور در مدرسه می‌آوردند در جلسات آموزش شرکت می‌نمودند) هم‌چنین به آن‌ها اطمینان داده شد، در صورت تمایل نتایج پژوهش به اطلاع آنان خواهد رسید.

در این پژوهش از دو پرسشنامه استرس والدین آبدین (PSI) و سلامت روان (GHQ) استفاده گردید.

پرسشنامه استرس والدین آبدین (PSI): از پرسشنامه‌ی فرم کوتاه استرس والدینی ۳۶ سؤالی که توسط آبدین (۱۹۸۳) تهیه شده و به منظور اندازه‌گیری استرس در روابط والد-فرزند می‌باشد، استفاده گردید. این مقیاس به منظور ارزیابی سه زیر مقیاس آشفتگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و استرس کلی طراحی شده است. ضریب پایایی استرس کلی در پژوهش کاوه و همکاران (۱۳۹۰) که از روش بازآزمایی بر روی ۵۳۰ نفر از مادران با فاصله‌ی زمانی ۶ ماه انجام شده، ۰/۸۴

به دست آمده است. شیرزادی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ پرسشنامه را بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ گزارش نمودند (شیرالی نیا، ایزدی و اصلانی؛ ۱۳۹۸). پرسشنامه سلامت روان (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و میلر، (۱۹۷۲) ارائه شده است. دارای ۲۸ سؤال و چهار مقیاس فرعی (علائم بدنی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی) و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. پاسخ به هر سؤال با یک طیف لیکرت از چهار گزینه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) است که نمره گذاری به صورت (خیلی کم=۰، کم=۱، زیاد=۲، خیلی زیاد=۳) نمره گذاری می‌شود. پایایی کلی این پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است. هم‌چنین پایایی درونی مؤلفه‌های پرسشنامه مذکور از طریق آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۷۳، اضطراب ۰/۷۷، نارساکنش وری اجتماعی ۰/۸۵ و افسردگی ۰/۸۶ به دست آمده است (صادقی، سپهوندی، رضایی فر، ۱۳۹۵). در ایران حساسیت این آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۸، ویژگی آن بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۳/۸، کارایی آن ۰/۷۶، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (حسن شاهی و احمدیان، ۱۳۸۳ به نقل از برجعلی و ناصری نیا، ۱۳۹۸).

برنامه آموزشی

به منظور تدوین برنامه آموزشی از یک سو پژوهش‌ها و برنامه‌های قبلی که در زمینه‌ی تاب‌آوری برای مخاطبان و گروه‌های مختلفی انجام پذیرفته بود و هم‌چنین مطالعات انجام شده در این زمینه که به شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری پرداخته‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. از سوی دیگر مروری بر پژوهش‌های موجود در زمینه‌ی مداخله‌های گروهی و کاهش استرس مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی صورت گرفت. اغلب مداخله‌های مربوط به مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در زمینه‌های مختلف، بر مواردی هم‌چون آموزش مهارت‌های کنار آمدن از طریق بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، تمرکز بر شناخت‌های تحریف‌شده ایجادکننده‌ی احساس گناه و خود سرزنشی و اصلاح آن‌ها، دلگرم سازی تأکید کرده‌اند (استنیهارد و دلیر، ۲۰۰۸؛ کوردیچ - هال و پیرسون، ۲۰۰۵؛ کاوه، علیزاده، دلاور، برجعلی؛ ۱۳۹۰؛ فتحی، ۱۳۸۶).

سعی گردید مواردی در برنامه گنجانده شود که قابلیت مداخله را داشته باشد و درعین‌حال تناسب آن با نیازها، مشکلات و استرس‌های خاص گروه مخاطب رعایت گردد. درنهایت محتوای متناسب برای انجام مداخله با مشورت و نظرخواهی از استادان و متخصصینی که در حیطه‌ی کم‌توان ذهنی و والدین آن‌ها صاحب‌نظر هستند، انتخاب شد. برنامه مداخلاتی بر اساس مدل کامپفر^۱ (۱۹۹۹) در زمینه‌ی عوامل درون فردی تاب‌آوری انتخاب گردید. این برنامه در قالب ۸ جلسه و به مدت یک ساعت تنظیم گردید و روش‌های گوناگونی جهت انجام مداخله در این پژوهش شامل سخنرانی، بحث گروهی، صحنه‌سازی و ایفای نقش، مشارکت مادران و انجام تکالیف در منزل بود. لازم به ذکر است که برنامه آموزشی تنظیم‌شده در رابطه با تاب‌آوری در سه بعد: آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور / عوامل حمایتی داخلی و خارجی / آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری خلاصه‌شده است. پس از تدوین برنامه درمانی از روش لاوشه برای تعیین روایی محتوایی آن استفاده شد. برنامه تنظیم‌شده جهت ارزیابی به پنج نفر از متخصصین در حوزه کودکان استثنایی ارائه گردید. نمره‌ی یک بر روایی محتوایی برنامه تدوین‌شده دلالت دارد. برای روایی تجربی میزان تغییرات در پس‌آزمون مورد ملاحظه قرار گرفت که یافته‌ها دراین ارتباط رضایت‌بخش بودند، بدین معنا که بیانگر بالابودن روایی تجربی برنامه نیز بود. در ارتباط با روایی سازه برنامه حاضر نیز می‌توان اذعان داشت که چون بر اساس پشتوانه نظری معتبری بنا شده است از روایی سازه مناسبی برخوردار می‌باشد. لازم به ذکر است برنامه مذکور در مدت ۸ جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت در هفته به گروه آزمایش، آموزش داده شد.

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	پیش‌آزمون و ارائه توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا	۱- معرفی پژوهشگر ۲- معرفی اعضا ۳- اجرای پیش‌آزمون	رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار
جلسه دوم	آشنایی با مفهوم تاب‌آوری:	❖ تعریف تاب‌آوری ❖ معرفی خصوصیات افراد تاب‌آور: ۱- شادی ۲- خردمندی و بینش ۳- شوخ‌طبعی ۴- همدلی ۵- قابلیت‌های ذهنی ۶- هدفمندی در زندگی ۷- ثبات قدم	شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و بیان راهکارهای استفاده شده در آن موقعیت‌ها
جلسه سوم	آشنایی با عوامل حمایتی داخلی	❖ مفهوم خوش‌بینی ❖ عزت‌نفس ❖ منبع کنترل	شناخت استعدادها و علایق در حوزه‌های مختلف (ورزشی، هنری، تحصیلی و غیره)
جلسه چهارم	آشنایی با عوامل حمایتی بیرونی	❖ سیستم حمایتی اجتماعی ۲- مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار	بیان تجاربی که در آن احساس تعلق و با ارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن را داشته‌اند و خواهند داشت.
جلسه پنجم	آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری:	❖ برقراری و حفظ ارتباط با دیگران ❖ چهارچوب دادن به استرس‌ها ❖ پذیرفتن تغییر	به کارگیری راهکارهای ارائه‌شده در جلسات در موقعیت‌های مختلف
جلسه ششم	ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری	❖ هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده ❖ عمل کردن	استفاده از تکنیک‌ها در جهت اهداف کوتاه‌مدت و تلاش برای عملیاتی کردن اهداف

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه‌ی هفتم	ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری	❖ خودآگاهی ❖ پرورش اعتمادبه‌نفس ❖ خود مراقبتی	بیان نقاط قوت و ضعف از دیدگاه خود و اطرافیان نزدیک و عوامل بازدارنده و تقویت‌کننده در جهت رشد
جلسه هشتم	پس‌آزمون و جمع‌بندی	❖ اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی ❖ دستاوردهای جلسات ❖ مرور جلسات قبل و بیان نظرات و بازخورد مادران در رابطه با جلسات ارائه‌شده	

یافته‌ها

در جداول ۱، ۲، ۳ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. در جدول ۴ نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها ذکر شده است. در پژوهش حاضر، آزمون مورد استفاده تحلیل کوواریانس می‌باشد که خلاصه نتایج آن در رابطه با متغیرهای پژوهش در جداول ۵، ۶، ۷ آورده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات آزمون استرس در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۲/۵۸	۰/۹۲	۲/۶۱	۰/۹۰
پس‌آزمون	۲/۲۷	۱/۰۶	۲/۹۷	۱/۰۶

نتایج جدول ۱ نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی بین میانگین‌های نمرات سطح استرس در دو گروه آزمایش (۲/۵۸) و گواه (۲/۶۱) وجود نداشته است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش (۲/۲۷) به نسبت گروه گواه (۲/۹۷) کاهش یافته است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت روان در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۸/۰۷	۳/۱۵	۸/۰۰	۲/۹۳
پس‌آزمون	۱۰/۶۷	۲/۹۹	۸/۰۷	۲/۴۶

همان‌طور که از جدول ۲ استنباط می‌شود میانگین نمرات پیش‌آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش (۸/۰۷) و گواه (۸/۰۰) تفاوتی با یکدیگر نداشته است. ولی میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت روان در گروه آزمایش (۱۰/۶۷) بیشتر از گروه گواه (۸/۰۷) می‌باشد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۳/۴۱	۱/۲۴	۳/۴۸	۱/۲۳
پس‌آزمون	۳/۷۹	۱/۲۵	۳/۳۲	۱/۳۰

نتایج جدول ۳ نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی بین میانگین‌های نمرات تاب‌آوری در دو گروه آزمایش (۳/۴۱) و گواه (۳/۴۸) وجود نداشته است، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش (۳/۷۹) به نسبت گروه گواه (۳/۳۲) افزایش یافته است.

جدول ۴: نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
استرس	۰/۰۵۹	۱	۲۸	۰/۷۳
سلامت روان	۱/۳۶	۱	۲۸	۰/۲۵

در جدول ۴ نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴ مشاهده می‌شود که تجانس واریانس‌های دو گروه بزرگ‌تر از $(\alpha = 0/05)$ برقرار است و فرض برابری واریانس‌ها تأیید می‌گردد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس می‌توان از تحلیل کوواریانس جهت تحلیل فرضیه‌های تحقیق استفاده کرد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات سطح استرس در دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری
پیش‌آزمون	۵۰/۵۵	۱	۵۰/۵۵	۶۰۱/۲۱	۰/۰۰۰
واریانس بین گروهی	۳/۰۰۸	۱	۳/۰۰۸	۳۵/۷۶	۰/۰۰۰
واریانس درون‌گروهی	۳/۹۲	۲۷	۰/۰۸۴		
کل	۲۹۰/۰۳	۳۰			

با توجه به نتایج جدول ۵ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون سطح استرس در دو گروه آزمایش و گواه بعد از ثابت نگه‌داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون سطح استرس معنادار بوده است $(P=0/000)$ و $F(1, 27) = 35/76$. در نتیجه میانگین نمرات پس‌آزمون سطح استرس در گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه‌داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون سطح استرس تفاوت معنادار وجود داشته است. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه نشان داد که میانگین سطح استرس در گروه آزمایش $(2/27)$ پایین‌تر از گروه گواه $(2/97)$ بوده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات سلامت روان در دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری (p)
پیش‌آزمون	۹/۳۹۹	۱	۹/۳۹۹	۱/۲۶۳	۰/۲۷۱
واریانس بین گروهی	۵۰/۱۹۹	۱	۵۰/۱۹۹	۶/۷۴۸	۰/۰۱۵
واریانس درون‌گروهی	۲۰۰/۸۶۷	۲۷	۷/۴۴		
مجموع	۲۸۹۳	۳۰			

بر اساس داده‌های جدول ۶، مشخص گردید که به دلیل این که در متغیر بین گروهی سطح معناداری برابر (۰/۰۱۵) بوده و این مقدار کوچک‌تر از سطح معناداری ملاک یعنی ۰/۰۵ بوده است و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده (۶/۷۴) بیش از مقدار جدول (۴/۲۱) با درجه آزادی (۲۷، ۱) می‌باشد، بنابراین پژوهش مبتنی بر تأثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان تأیید شد و این‌طور نتیجه‌گیری می‌گردد که بین میانگین نمرات سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته و با توجه به مقایسه میانگین‌ها در دو گروه، تأثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند دختر کم‌توان ذهنی بوده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد، یافته اول مبنی بر تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس مادران تأیید و این‌طور نتیجه‌گیری می‌گردد که بین میانگین نمرات استرس در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهشی با ۹۹٪ اطمینان تأیید گردید. نتایج به دست آمده در این یافته با نتایج پژوهش‌های لیا و همکاران (۲۰۱۸)؛ کبودی و همکاران (۲۰۱۸)؛ پیر و هیلمن (۲۰۱۴)؛ گوپتا (۲۰۰۷)؛ الماسی و همکاران (۱۳۹۵)؛

ربیعی کناری و همکاران (۱۳۹۳)؛ شجاعی و همکاران (۱۳۹۲)؛ کاوه و کرامتی (۱۳۹۶)؛ کاوه و همکاران (۱۳۹۰)؛ استینهارد و دولیبر (۲۰۰۸)، نونه و هستینگر^۱ (۲۰۰۹)، همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در اکثر موارد، مادران به دلیل درگیر شدن در مسائل مختلف مراقبتی، بهداشتی و آموزشی فرزند معلولشان، نه تنها خود را فراموش می‌کنند؛ بلکه از دیگر اعضای خانواده نیز غافل می‌شوند. آموزش تاب‌آوری به آن‌ها کمک می‌کند تا به ویژگی‌ها و توانمندی‌های فردی خود آگاهی یابند و هم‌چنین بر هدفمندی و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهدافشان و توجه به تمام ابعاد زندگی تأکید می‌نمایند. مادران را به توجه و تقویت عوامل درون فردی در راستای برخورد سازگارانه با شرایط و موقعیت‌های چالش‌برانگیز زندگی سوق داده و موجب کاهش تنش‌های آنان می‌گردد.

افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش بینانه، پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد؛ بنابراین تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد (حسینی قمی، سلیمی بجزستانی؛ ۱۳۹۱).

هم‌چنین یافته‌ی دیگر پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان تأیید می‌گردد. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های حاصل شده در پژوهش‌های آکیاروک و همکاران (۲۰۱۹)، لیا و همکاران (۲۰۱۸)؛ صادقی و همکاران (۱۳۹۵)؛ شجاعی و همکاران (۱۳۹۲)؛ نونه و هستینگر (۲۰۰۹)؛ برتون، پاکینهام و براون^۲ (۲۰۰۹) همخوانی دارد. هم‌چنین در راستای یافته‌های فارلین و کارول^۳ (۲۰۰۰) است که دریافتند؛ تاب‌آوری درمانی باعث افزایش سلامت روان می‌شود؛ اما با نتایج پژوهش کاوه و همکاران (۱۳۹۰)،

1. Noone S.J, Hastings R.P

2. Burton N.W, Pakenham k.I, brown w.j

3. Farlane M,K Carol L

اسکھیل^۱ (۲۰۰۱) ناهمخوان است. تناقض یافته‌های مذکور ممکن است در نوع ابزار استفاده‌شده در این پژوهش‌ها باشد. در پژوهش کاوه و همکاران جهت بررسی سلامت روان، از پرسشنامه‌ی سلامت خانواده که سؤالات کلی در رابطه با سلامت جسمانی و روانی دارد؛ استفاده شده است.

تاب‌آوری، پیش‌بینی کننده سلامت روان است. افراد تاب آور قادرند تا در برخورد با مسائل از راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی به‌خوبی استفاده نمایند و کمتر دچار نگرانی و اضطراب شوند و در رویارویی با شرایط سخت آرامش خود را حفظ نمایند. به نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری منجر به ایجاد تغییر در نظام باورهای مادران می‌گردد. این باورها به آنان کمک می‌کند تا با موقعیت‌های زندگی سازگار شوند و به زندگی خود معنا بخشند و در الگوهای تعاملی خود تعادل ایجاد کنند. برنامه آموزش تاب‌آوری، مایه افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خود رهبری و کاهش عواطف منفی، تنیدگی، افسردگی می‌شود. افراد تاب آور، اغلب با ایجاد هیجانات مثبت پس از رویارویی با عوامل فشارزا، به حالت طبیعی باز می‌گردند. به نظر می‌رسد شرکت افراد در این برنامه‌ها موجب می‌شود آن‌ها روحیه شوخ‌طبعی خود را حتی در شرایط ناگوار حفظ نمایند و در موقعیت‌های دشوار و سخت از دیگران کمک بگیرند، شجاعت کامل بودن را داشته باشند، توانایی پذیرش کمبودها و کاستی‌های خود را داشته باشند و کوشش نمایند با نظارت و مدیریت افکار، احساسات و اعمال خود را کنترل کنند (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران در این برنامه با روش‌های صحیح برقراری ارتباط آشنا شده و به اهمیت نقش حمایت اجتماعی در کمک به کنترل شرایط آگاهی می‌یابند. حمایت اجتماعی و دریافت کمک و حمایت از جانب دیگران به مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آرامش می‌بخشد و همین امر در کاهش تنیدگی و افزایش سلامت روان آن‌ها مؤثر است (ماستن و مون، ۲۰۱۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، عدم پیگیری، انتخاب نمونه‌ای از مادران اشاره نمود که می‌تواند در تعمیم نتایج محدودیت ایجاد نماید. در پایان پیشنهاد می‌شود که مشاوران و متخصصانی که در حیطه‌ی توانمندسازی والدین کودکان کم‌توان ذهنی در ارتباط هستند، از برنامه‌های مداخلاتی در جهت ایجاد و افزایش تاب‌آوری والدین در سطح مدارس و به‌خصوص در مناطق آموزشی که با کمبود امکانات و مشاورین و نیروی انسانی متخصص مواجه می‌باشند و هم‌چنین ساکنین این مناطق از استطاعت مالی کافی جهت بهره‌مندی از کلاس‌های مشاوره‌ای و آموزشی برخوردار نیستند، استفاده نمایند. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان از روش تصادفی برای انتخاب افراد نمونه استفاده گردد و برای مطالعه‌ی دوام و ثبات درمان، زمانی نیز جهت پیگیری در نظر گرفته شود و پدران نیز در برنامه درمانی مشارکت نمایند تا تأثیر آموزش تاب‌آوری بر هر دو والد سنجیده شود.

منابع

- برجعی، محمود؛ ناصری نیا، سجاد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبایی. سال دهم. شماره ۴، ۱۳۳-۱۵۴.
- بهرامی، فاطمه؛ زاهدی، یونس. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبایی. سال نهم. شماره ۵، ۱۸۹-۱۷۱.
- حسینی قمی، طاهره؛ سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران. فصلنامه‌ی روانشناسی سلامت. شماره ۴.
- ربیعی کناری، فاطمه، جدیدیان، علی. سلگی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۳. شماره ۴.
- شجاعی، ستاره؛ به پژوه، احمد؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون. مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۱، شماره ۵.
- شیر الی نیا، خدیجه؛ ایزدی، معصومه؛ اصلانی، خالد. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای استرس فرزند پروری، کیفیت رابطه مادر - کودک و سلامت روان مادر در رابطه بین فرزند پروری ذهن آگاهانه و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبایی. سال دهم. شماره ۳۸، ۱۴۶-۱۳۵.
- صادقی، مسعود؛ سپهوندی، محمد علی؛ رضایی فر، نسرین. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. مجله علمی پژوهشی مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۶، ۱(۲۱) ۷۸-۵۷.

صفاری نیا، مجید؛ ترخان، مرتضی؛ مهرآبادی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مصون‌سازی در مقابل تنیدگی بر فرسودگی شغلی و تاب‌آوری کارکنان دانشگاه. مجله مطالعات روان‌شناختی؛ ۱۰(۴)، ۷۱-۵۳.

فتحی، راضیه. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش آموزشی خود شجاعت دهی شوان کر بر سلامت روانی و رضایت زناشویی والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی خفیف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

کاوه، منیژه و کرامتی، هادی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. مجله‌ی علمی پژوهشی ناتوانی‌های یادگیری. دوره ۶، شماره ۳، ۹۱-۶۹.

کاوه، منیژه؛ علیزاده، حمید؛ دلاو، علی؛ برجعلی، علی. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. فصلنامه‌ی ایرانی کودکان استثنایی. سال یازدهم، شماره‌ی ۲. ۱۴۰-۱۱۹.

الماسی، افشین، حاتمی، فوزیه، شریفی، اعظم؛ احمدی جویباری، تورج، کاویان نژاد، رسول، ابراهیم زاده، فرزاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره ۲۱، شماره ۲.

مش، اریک جی. ولف، دیوید، ای ولف. (۱۳۹۶). روان‌شناسی مرضی کودک؛ اختلال‌های رفتاری - هیجانی دوران کودکی و نوجوانی. ترجمه‌ی شریفی درآمدی، پرویز؛ عزیزیان، افسانه؛ مرادی؛ حسین. چاپ ششم، تهران: ویرایش.

Akearok, Gwen Healey. , Cueva, Katie. , Stoor, Jon Petter. A. Larsen, Christina, V, L. Rink, Elizabeth. Kanayurak, Nicole. Emelyanova, Anastasia & Hiratsuka, Vanessa Y. (2019). *Exploring the term Resilience in Arctic Health and well-being using a sharing circle as a community – centered approach: Insights from a conference workshop*. Journal of Social sciences, 8, 45.

- Burton, nicolaw. , Pakenham, Kenneth, I. , brown, Wendy, j. (2009). *Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the ready program*. BMC public health. 23, 9. 427.
- Connor, K. M. Davidson, J. R. T. (2003). *Spirituality, resilience and anger in survivors of violent trauma: A community survey*. Journal of traumatic stress, 16(5)487-94.
- Farlane, M. K. & Carol, L. (2000). *Resilience therapy: A group intervention program to promote the psychological wellness of adolescents at risk*. Unpublished doctoral Dissertation, University of South Africa.
- Goldstein, S& Brooks, R. B(2005). *Handbook of resilience in children*. New York, NY:Springer Science, Business Media. Inc.
- Gupta, v. b. (2007). *Comparison of parenting stress in different developmental disabilities*. Journal of developmental and physical disabilities, 19-417-425.
- Kaboudi, Marziyeh. Abbasi, Parvin. Heidari Sharaf, Parisa. Dehghan, Fatemeh. (2018). *The effect of resilience training on the condition of style of coping and parental stress in mothers of children with leukemia*. Intj pediater, vol 6. N3.
- Kahn, A. P&Fawceet. J. (2008). *The encyclopedia of mental health*. 3th. New York: facts on file INC.
- Kareepadath Rajan, Santhosh. (2020). *Role of stress and age in resilience among parents of the children with intellectual disability*. Developmental Challenges and Societal Issues for Individuals with Intellectual Disabilities.
- Kordich-Hall, D & Pearson, J. (2005). *Resilience, giving children the skills to bounce back*. Journal of education and health, 23(1), 12-15.
- Kumpfer, L. K. (1999). *Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework*. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), Resilience and development: Positive life adaptations (179-224). New York: Academic/Plenum.
- Lias, Kartini. Comish, Kim. Aureta. S. Kummar. Sang, Miriam, Park, AH& Golden, Caren. (2018). *Parenting stress and resilience in parents of children with Autism Spectrum disorder (ASD) in southeast Asia: A systematic review*. Frontiers in psychology. 2018, 9:280. Apr 9.
- Lunsky, Y. , Robinson, S. , Reid, M. , & Palucka, A. (2015). *Development of a Mindfulness-Based Coping with Stress Group for Parents of Adolescents and Adults with Developmental Disabilities*. Mindfulness Journal, 57-71.

- Manderscheid, R. W. Ryff, C. D. Freeman, E. J. Mcknight, L. R. Dhingra, S&Strine, T. W(2010). *Peer Reviewed:evolving definitions of mental illness and wellness*. Preventing chronic disease, 7(1).
- Masten, A. , & Monn, A. R. (2015). *Child and family resilience: A call forintegrating science, practice, and training*. Family Relations, 64, 5-21.
- Maston, Ann, S. (2018). *Resilience theory and research on children and families:past, present and promise*. Journal of family theory & review. volume 10, Issue 1. 12-31.
- Mc Conkey, R. , Truesdale-Kennedy, M. , Chang, M. Y. , Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). *The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study*. International Journal of Nursing Studies, 45, 65-74.
- Noone, S. J. & Hastings, R. p(2009). *Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: pilot evaluation of an acceptance – based intervention*. Journal of intellectual disabilities, 13(1):43-51.
- Oelofsen, n Richardson, p. (2006). *sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability*. Journal of intellecttual developmental disability, 31(6), 1-12.
- Peer, Justin. W & Hillman, Stephan. B(2014). *Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities:a review of key factors and recommendations for practitioners*. Journal of policy and practice in intellectual disabilities. Volume 11, Issue 2.
- Reivich, K. &Shatte, A(2002). *The resilience factor:7 essential skills for overcoming life inevitable obstacles*. Broadway books. 56(4). 445-453.
- Richardson, S, Yates, T(2014). *Siblings in foster care: A relational path to resilience for emancipated foster youth*. children and youth services review 47(2014)378-388.
- Scheffers, S. , Van Vugt, E, Moonen, X. (2020). *Resilience in the face of adversity in adulths with an intellectual disability:A literature review*. Journal of applied research in intellectual disability. 00:1-11.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, Coping with an Extended Stay Outdoor Education Program, and Adolescent Mental Health*. Canberra: University of Canberra: Dissertation for the degree of Honurs.
- Steinhard T. M. & Dolbier, C. (2008). *Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomology*. journal of American college health, 56(4), 445 – 453.
- Takayama N, Morikawa T, Bielinis E. (2019). *Relation between psychological restorativeness and lifestyle, quality of life, resilience,*

- and stress-coping in forest settings*. International journal of environmental research and public health. 2019 Jan;16(8):1456. doi: 10.
- Terni, P. (8103). *Solution-Focus: Bringing Positive Psychology into the Conversation*. International Journal of Solution-Focused Practices, 5(0), 2-06.
- Vincent, E. C. (2007). *Gender differences in protective factors associated with educational, emotional and dual domain resilience*. proQuest.
- Zheng, Y. Maude, p. Brotherson, M(2015). *Foundations for self-determination perceived and promoted by families of young children with disabilities in china*. Education and training in Autism and developmental disabilities. 50:109-122.

