

### The effectiveness of group existencetherapy on self-compassion and resilience of mothers with children with intellectual disability

**Behzad Taghipour. Ph.D student**

Ph.d student Psychology, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran.

**Roghayeh Barzegaran. M.A**

Ms student Psychology clinical, University of Azad Ardabil, Ardabil, Iran.

#### Abstract

The birth of a child with intellectual disability affectson mothers and place them under multiple stress. The purpose of the research was to examine the effectiveness of group existencetherapy on self-compassion and resilience mothers of childrenintellectual disability. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with control group the study universe included all mothers with children with intellectual disability who were referred to rehabilitating center in Ardabil city in the year of2017, 30 mothers were selected through the target sampling method and randomly were availability into two equal experimental and control groups. Experimental group experienced 8 weeks of Existence therapy, while control group were just followed. Self-compassion Questionnaire (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2013) and Resilience Questionnaire (connor& Davidson, 2003) were used in pre-test, post-test and follow up as the study instrument. Data were analyzed by descriptive indices and analysis of covariance. The result of comparing post-test of scores in two group showed that there were significant difference in self-compassion and resilience scores intervention group and the control group ( $p < 0.01$ ). Thus, can be said that of existential group psychotherapy increased self-compassion and resilience scores in mothers of children with intellectual disability.

**Keywords:** group existence therapy, self-compassion, resilience, mothers of children with intellectual disability.

### اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر خوددلسوزی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی

بهزاد تقی پور\*

گروه روان‌شناسی، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

رقیه برزگران

گروه روان‌شناسی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اردبیل، اردبیل، ایران.

#### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر خوددلسوزی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران کودک کم‌توان ذهنی بود که به مراکز توانبخشی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی طی ۸ هفته تحت درمان وجودی قرار گرفت و در این مدت بر گروه گواه مداخله انجام نگرفت. پرسشنامه خوددلسوزی (ریس، پومر، نف و ون‌جاست، ۲۰۱۱) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) به‌عنوان ابزار ارزشیابی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه، حاکی از این است که نمرات پس‌آزمون خوددلسوزی و تاب‌آوری گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $P < 0.01$ ). به این ترتیب می‌توان گفت که گروه‌درمانی وجودی موجب افزایش نمرات خوددلسوزی و تاب‌آوری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی خواهد شد.

**واژه‌های کلیدی:** گروه‌درمانی وجودی، خوددلسوزی، تاب‌آوری، مادران کودکان کم‌توان ذهنی.

\* نویسنده مسئول: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

پذیرش: ۹۷/۱۱/۱۶

وصول: ۹۶/۱۲/۰۹

مقدمه

میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات کم‌توان ذهنی نسبت به کودکان مادران سالم بیشتر است (هاستینگ، کوشوف، برون، وارد، اسپینوزا و ریمنگتون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵) که این ناامیدی و افسردگی با احساس ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی آشکار شده (اسنایدر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۰) و خوددلسوزی<sup>۱۸</sup> مادران این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خوددلسوزی شکل سالم خودپذیری است که دارای سه مؤلفه خود-مهربانی در مقابل خود-قضاوتی، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است که بر یکدیگر اثر متقابل دارند (نف<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳). مؤلفه خود-مهربانی در مقابل خود-قضاوتی بیان می‌کند، شخصی که خوددلسوزی بالایی دارد قادر است حتی هنگام رویارویی با ناکامی‌ها و بدبختی‌ها دیدگاهی متعادل و همراه با مهربانی نسبت به خود داشته و از اتخاذ رویکردی مبنی بر قضاوت نسبت به خود اجتناب کند. اشتراک انسانی در مقابل انزوا، به این معناست که هنگام تجربه شکست در زندگی به این امر آگاه باشیم که تمام انسان‌ها شکست می‌خورند و رنج را تجربه می‌کنند و این شرایط به‌عنوان بخشی از تجربه معمول بشری در زندگی تمام انسان‌ها رخ می‌دهد و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی به این معناست که افراد نسبت به احساس‌ها و هیجان‌های خود آگاه باشند و آن‌ها را به گونه‌ای مناسب در نظر گرفته و تجربه کنند، بدون اینکه از آن‌ها دوری کنند و یا به‌طور کامل تحت سیطره آن‌ها قرار بگیرند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که خوددلسوزی یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت روان است (اودو و برینکر<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۴).

مادران کودکان کم‌توان ذهنی علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت از کودک باید با مشکلات مربوط به هزینه‌های بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به دنیا آوردن فرزندی مشکل‌دار و

خانواده نظامی پویا است که افرادی با احساس تعلق و هویت منحصربه‌فرد برای ایجاد یک محیط امن آن را تشکیل داده‌اند. این نظام، افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می‌کند. وجود یک اختلال در خانواده عملکرد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاونانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). در اغلب خانواده‌ها به دنیا آمدن یک کودک باعث احساس شادکامی در خانواده می‌شود، اما به دنیا آمدن یک کودک دارای معلولیت، احساس دوگانه غم و شادی را به همراه دارد و عملکرد خانواده را به چالش می‌کشد (پلنت و ساندرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). وجود کودک مشکل‌دار و دارای تأخیر رشدی در خانواده، والدین را متحمل استرس‌های جسمانی و روانی می‌کند (اسجیو، بلومبرگ، ریس، ویسر و بویل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). به گونه‌ای که وجود چنین فرزندان باعث ایجاد افسردگی<sup>۴</sup>، اضطراب<sup>۵</sup>، ترس<sup>۶</sup>، انکار<sup>۷</sup>، پرخاشگری<sup>۸</sup>، خجالت<sup>۹</sup> و احساس گناه<sup>۱۰</sup> در کل خانواده می‌شود (هوور، اوتن، ریس و آنجل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). مجموعه این عوامل با هم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین این کودکان وارد می‌کند که زندگی شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مشکلات در خانواده بیشتر از همه مادر را در مقابل مشکلات مربوط به بهداشت روان آسیب‌پذیر می‌کند (مک‌کونسکی، تورسدل، چینچ، جاره و شوکری<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸). مراقبت از کودک با کم‌توانی ذهنی، مادر را در معرض انواع مختلفی از مخاطرات قرار می‌دهد (رحیمی، افراسیابی، رستم‌پور و قدوسی‌نیا، ۱۳۹۶). به‌طوری‌که این مادران سطح سلامت عمومی (بایراکلی و کانر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲) و رضایت زناشویی (دایسون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷) پایین‌تر و احساس شرم و خجالت بیشتری را گزارش کرده‌اند. دلیل احتمالی این امر آن است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (هاستینگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳).

1. Kavanagh
3. Schieve, Blumberg, Rice, Visser & Boyle
5. anxiety
7. Denial
9. Embarrassment
11. Huver, Otten, Vries & Engels
13. Bayrakli & Kaner
15. Hastings
17. Snyder
19. Neff

2. Plant & Sanders
4. Depression
6. Fear
8. Aggression
10. Feel guilty
12. McConkey, Truesdale, Chang, Jarrah & Shukri
14. Dyson
16. Kovshoff, Brown, Ward, Espinosa & Remington
18. Self-compassion
20. Odou & Brinker

کودک کنار بیایند. برنامه‌های مداخله، توانایی این مادران را افزایش داده و موجب کاهش استرس و ارتقای بهداشت روان آن‌ها و خانواده می‌شود (یدیریم، هاجیاسانوج، ایلار و قاراورد، ۲۰۱۳).

بنابراین از جمله مواردی که می‌تواند تضمین‌کننده سلامت روان این مادران باشد انجام مداخله‌های درمانی در جهت ارتقای تاب‌آوری و خوددلسوزی آن‌ها است. مداخله‌های گروهی می‌تواند سبب تحکیم روابط والدین و فرزندان بشود و خطرات پیشرفت مشکلات رفتاری و نتایج منفی در زندگی را کاهش دهد. علاوه بر این گروه‌درمانی تعامل والدین با فرزندان را افزایش داده و باعث ارتقای روابط خانوادگی و سلامت روان در آن‌ها می‌شود (بوردن، شالتز، هرمن و بروکز، ۲۰۱۰). یکی از این مداخلات گروهی مؤثر در بارور ساختن زندگی، گروه‌درمانی وجودی<sup>۹</sup> است. درمان وجودی رویکردی فلسفی درباره مردم و بودنشان داشته و به موضوعات مهم زندگی می‌پردازد. این شیوه از درمان بر خصلت اجتماعی وجود انسان تأکید می‌کند و هستی با دیگران را به شیوه مستقیم‌تر جزء بنیادی و پیش‌تاز وجود قلمداد می‌کند. درمان وجودی یکی از شیوه‌های مداخله است که در تحقیقات متعدد اثربخشی آن در کاهش بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، ارتقای کیفیت زندگی و بهداشت روان نشان داده شده است. این نوع از درمان ساختار مطلوبی را درباره ماهیت وجودی انسان، تنهایی<sup>۱۰</sup>، انزوا<sup>۱۱</sup>، اضطراب و ناامیدی<sup>۱۲</sup> مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه بیمار و درمانگر، رویارویی صادقانه و تغییر به‌عنوان یک عمل شجاعانه از طرف بیمار تأکید دارد (اونسون، اهولا، کنکت، لیندفورس، سارین و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). درمان وجودی در روان‌شناسی به‌عنوان وضعیتی مشابه برای تمام انسان‌ها بدون توجه کردن به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق مانند تنهایی، بی‌معنایی<sup>۱۴</sup>، مرگ<sup>۱۵</sup> و آزادی<sup>۱۶</sup> می‌پردازد (اودو، ملین یانسون و دنیلسون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱).

نگرش‌های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می‌تواند به تقلیل سلامت روان آنان منجر شده (هوور و همکاران، ۲۰۱۰) و تاب‌آوری<sup>۱</sup> آن‌ها را در مقابل مشکلات کاهش دهد. تاب‌آوری به معنای سازوکار ذاتی خوداصلاح‌گری انسان و یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار و مفهوم‌سازی است (تورمینا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). تاب‌آوری توانایی آموختن، سازمان‌دهی و سازگاری با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی روزانه است که به افراد کمک می‌کند تا از سلامتی، شادی و زندگی معنی‌دار در مقابل استرس‌های درونی و بیرونی دفاع کنند (تیده<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). تاب‌آوری به معنای توانایی ایستادن در برابر بحران یا چالش‌های مستمر و بازگشتن به حالت اول است و امروزه به یک مفهوم ارزشمند در فهم اینکه چرا برخی خانواده‌ها بر اثر ضربه روانی و ناگواری‌ها از هم می‌پاشند، درحالی‌که برخی خانواده‌ها، جان به در می‌برند و حتی قوی‌تر می‌شوند، تبدیل شده است (والش<sup>۴</sup>، ۱۳۹۱). پژوهش‌های اخیر در مورد تاب‌آوری عوامل مختلفی را نشان می‌دهد که از افراد در مقابل تأثیرات منفی موقعیت‌های زندگی محافظت می‌کند. اخیراً تاب‌آوری به‌عنوان یک مفهوم مهم در روان‌شناسی سلامت پدیدار شده و پژوهشگران به بیان و شفاف‌سازی این که چگونه افراد به‌صورت مطلوب به اتفاقات و شرایط دردناک زندگی پاسخ می‌دهند می‌پردازد (بنت، آدن، بروم، میتکل و رکیدن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). مادران کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل مشکلات مربوط به این کودکان در معرض تهدید تاب‌آوری قرار دارند. از این‌رو مدیریت کودک کم‌توان ذهنی، نباید فقط متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی مخصوصاً مادران این کودکان را هم که برای کودک غنی‌ترین منبع حمایتی هست در نظر گرفت (آلو، ایوی و لاکومب<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). به این دلیل مادران با کودک خاص با نیازهای ویژه و حتی مادران دارای کودکان در معرض خطر، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه

1. resilience

3. Thiede

5. Bennett, Aden, Broome, Mitchell &amp; Rigdon

7. Yidirim, Hacıhasanog, Ilar &amp; Karakurt

9. group existencetherapy

11. Isolation

13. Oensun, Ahola, Knekt, Lindfors &amp; Saarinen

15. Death

17. Udo, Melin-Johansson &amp; Danielson

2. Taormina

4. Walsh

6. Alao, Ayivi &amp; Lacombe

8. Borden, Schultz, Herman &amp; Brooks

10. Alone

12. Frustration

14. Meaningless

16. Freedom

پس‌آزمون با گروه کنترل و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود که به مراکز توانبخشی شهر اردبیل در تابستان سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. در روش نیمه‌آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (دلاور، ۱۳۹۱). به این دلیل از بین این جامعه تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل حداقل داشتن مدرک تحصیلی دیپلم، شاغل نبودن، رضایتمندی برای شرکت در جلسات گروهی و طرح درمان بود. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در گروه و وجود مشکلات رفتاری و اخلاقی در طول جلسات.

#### ابزار سنجش

۱. پرسشنامه فرم کوتاه خود-دلسوزی: مقیاس ۱۲ ماده‌ای خود-دلسوزی توسط ریس، پومر، نف و ون حاجت<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) تدوین شده و شامل ۶ خرده‌مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) است که ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت پنج‌رتبه‌ای (هرگز=۱، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴ و همیشه=۵) مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضمناً سؤال‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر در این ابزار میزان خود-دلسوزی بالا و نمره پایین، میزان خود-دلسوزی پایین شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد (اودو و برینکر، ۲۰۰۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش رجی، گشتیل و امان‌الهی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۵ و روایی همزمان آن با پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای خوددلسوزی ۰/۵۶ ( $p < ۰/۰۵$ ) گزارش شده است. در این پژوهش همسانی درونی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه

امتیاز درمان-وجودی نسبت به سایر رویکردهای درمانی، تمرکز این رویکرد بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی است و تأکید بر مسئولیت‌های شخصی، ارتقای آگاهی نسبت به موقعیت‌های کنونی و احساس تعهد نسبت به تصمیم‌گیری و عمل است. درمان‌وجودی به دنبال این است که به بیماران کمک کند، اگرچه نمی‌توانند برخی از رویدادهای ناخوشایند و رنج‌آور را در زندگی تغییر دهند، اما می‌توانند تحلیل و تفکر و برداشت خود نسبت به این حوادث را تغییر دهند (کوری، ۱۳۸۷).

نتایج تحقیق خدادادی، اعتمادی و علوی (۱۳۹۳) اثربخشی درمان وجودی را در بهبود سلامت روان گروه هدف نشان داد. نداد شرق، قلی‌پور و توپکانلویی (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان دادند که گروه‌درمانی وجودی می‌تواند به طور معنی‌داری در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد. قمی و خدادادی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که درمان وجودی به شیوه گروهی موجب افزایش امیدواری مادران می‌شود. برزنچه، عبدالهی، ارشادی و اصغری (۱۳۹۳) در تحقیقی اثربخشی معنادار گروه‌درمانی را بر رفتار مراقبین کودکان کم‌توان ذهنی نشان دادند.

بنابراین با توجه به این واقعیت که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در معرض تهدید تاب‌آوری و خوددلسوزی قرار دارند و از آنجا که کاهش مشکلات این مادران می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی و تعامل آن‌ها با این کودکان منجر شود و با توجه به اینکه در ایران تاکنون اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر تاب‌آوری و خوددلسوزی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کار نشده است، بر همین اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. گروه‌درمانی وجودی می‌تواند موجب ارتقای تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شود.

۲. گروه‌درمانی وجودی می‌تواند موجب ارتقای خوددلسوزی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شود.

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح این پژوهش به لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-

1. cory  
3. Odou & Brinker

2. Raes, Pommier, Neff & Van Gucht

رویکرد خود و تدوین مجموعه‌ای از اصول عملی نشان نمی‌دهند. این محدودیت در واقع نقطه قوت این رویکرد نیز هست. این درمان به‌عنوان یک چشم‌انداز ناهمگن، چندوجهی و نسبتاً مفهومی، مجموعه‌ای از شیوه‌های درمانی را به درمانگران پیشنهاد نمی‌کند، بلکه مجموعه‌ای از عقاید، امکانات و انتقادات را فراهم می‌کند که می‌تواند در قالب گسترده‌ای از روش‌های درمانی قرار داده شود (لباو، ۲۰۰۸). در این پژوهش مادران بر اساس پروتکل درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه درمان وجودی مدل فرانکل (۱۳۸۶) و می (۱۹۷۷) مورد مداخله قرار گرفتند. خلاصه‌ای از جلسات درمانی گروهی بر اساس این پروتکل درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها برای بررسی فرضیه پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

#### یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (میانگین و انحراف معیار) گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین تاب‌آوری و خوددلسوزی در پیش‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۳۴/۰۵ و ۲۴/۸۰ و در پس‌آزمون ۴۴/۴۶ و ۳۰/۴۰ است. همچنین میانگین تاب‌آوری و خوددلسوزی در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۳۲/۸۰ و ۲۵/۱۳ و در پس‌آزمون ۳۱/۴۰ و ۲۴/۲۶ است که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار درمان وجودی در میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش است. این در حالی است که تفاوت چندانی بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این‌رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس در گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد ( $\text{sig}=0/2$ ). از این‌رو

عبارت‌اند از: "وقتی اتفاق دردناکی رخ می‌دهد سعی می‌کنم دیدگاه و نظر متعادلی را از موقعیت داشته باشم". "سعی می‌کنم به شکست‌هایم به‌عنوان بخشی از شرایط زندگی انسانی نگاه کنم".

#### ۲. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این

پرسشنامه ۲۵ سؤالی توسط کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و در مقیاس پنج‌درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۹) مطلوب گزارش شده و روایی سازه آن نیز با استفاده از تحلیل عوامل، پنج عامل را به دست داده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس را در ایران محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل و اجزای گویه نیز ضرایبی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضرایب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش همسانی درونی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه: "حس می‌کنم بر زندگی‌ام کنترل دارم" و "چالش‌های زندگی را دوست دارم" است.

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

بعد از انتخاب مادران ابتدا پرسشنامه‌های خوددلسوزی و تاب‌آوری را برای به دست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون قبل از اجرای جلسه‌های گروه‌درمانی، بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به اجرا در آمد. سپس جلسات گروه‌درمانی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ جلسه بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد، این در حالی بود که شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، شرکت‌کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره‌های پس‌آزمون توسط پرسشنامه‌های مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یکی از مهم‌ترین تأکیده‌های درمان وجودی، منحصر به فرد بودن هر مراجع، درمانگر و هر ارتباط درمانی است. از این‌رو، درمانگران وجودی تمایلی برای به نظم درآوردن

پیش‌آزمون‌ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تأیید این فرضیه‌ها امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد، جدول سه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری را نشان می‌دهد.

فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون خوددلسوزی ( $F=2/11$ ,  $sig=0/55$ )، تاب‌آوری ( $F=2/33$ ,  $sig=18$ ) به دست آمده است و پس‌آزمون خوددلسوزی ( $F=1/12$ ,  $sig=0/36$ )، تاب‌آوری ( $F=1/98$ ,  $sig=29$ ) به دست آمده است که نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش مورد تأیید است. همچنین از سطح معناداری تعامل گروه و

### جدول ۱. خلاصه جلسات گروه‌درمانی وجودی

جلسه اول	در این جلسه، گروه با یکدیگر آشنا شدند، هدف از این جلسه آشنایی با قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان جلسه به‌عنوان تکلیف جلسه اول از اعضا خواسته شد تا خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	به چالش کشاندن پاسخ به سؤال من چه کسی هستم؟ سپس مفهوم خودآگاهی مورد بحث قرار گرفت. اعضا نظرهای خود را بیان کردند و از دیدگاه وجودی خودآگاهی بررسی شد و در انتهای جلسه تکلیفی متناسب با بحث به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای فن خط عمر توسط اعضا و گفت‌وگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط درمانگر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف؛ از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، رویارویی تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط درمانگر و مشارکت اعضا، خلاصه و جمع‌بندی جلسه، از اعضا خواسته شد تا اعلامیه فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن دلبستگی شدید دارند برای جلسه آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش‌برانگیز آزادی در انتخاب، توصیف ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط درمانگر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.
جلسه ششم	بررسی تکالیف داده شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و آیا تنهایی رنج‌آور است؟ و به چالش کشاندن آن‌ها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط درمانگر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف به اعضا.
جلسه هفتم و هشتم	مرور تکالیف ارائه شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می‌کنم؟ بحث درباره آن‌ها و ارائه بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی و جمع‌بندی مباحث جلسه.
جلسه نهم	گروه در مورد عواملی که می‌توانند بر افکار و احساسات فرد تأثیر داشته باشد، به گفت‌وگو نشستند. از روش تجسم‌سازی ذهنی استفاده شد، به این صورت که از اعضا گروه خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های که در آن موفق یا شکست خورده بودند را تجسم کرده و به این پرسش پاسخ دهند که در این حالت چه کسی را مسئول می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ و از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی نمره‌های تاب‌آوری و خوددلسوزی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مقیاس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	تاب‌آوری	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
	خوددلسوزی	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
کنترل	تاب‌آوری	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
	خوددلسوزی	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد

جدول ۳. تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمره‌های تاب‌آوری و خوددلسوزی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آماری
عضویت	تاب‌آوری	۷۲۵/۴۸	۱	۷۲۵/۴۸	۶۵/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱
گروهی	خوددلسوزی	۳۰۳/۱۱	۱	۳۰۳/۱۱	۶۳/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۷۰	۱
پیش‌آزمون	تاب‌آوری	۱۳۱/۹۰	۱	۱۳۱/۹۰	۱۱/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۲	۰/۹
	خوددلسوزی	۵۵/۶۶	۱	۵۵/۶۶	۱۱/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱	۰/۹

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با توجه به نتایج جدول ۳ تاب‌آوری ( $F=725/48$ ) و خوددلسوزی ( $F=303/11$ ) تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر ارتقای تاب‌آوری و خوددلسوزی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد تأیید است.

همیشه‌گی در زندگی وجود ندارد (ون دورزن، ۲۰۱۲). انسان‌ها زمانی به سلامت روانی دست پیدا می‌کنند که خود را در برابر شکست‌ها، ازدست دادن‌ها و جا ماندن از آرمان‌ها، مورد سرزنش و ملامت قرار ندهد و از خود در برابر تجربیات ناخوشایند محافظت کند. خوددلسوزی به معنی پذیرش عاطفی رخدادهاست که در درون ما رخ می‌دهد و نوعی درگیر شدن در فرایندهای ارزیابی خود (خواه مثبت و خواه منفی) است که بر احساسات مهرورزانه، درک و پذیرش خود و تشخیص احساس مشترک انسانی متمرکز است (گرمر، ۲۰۰۹). در گروه‌درمانی این فرصت به بیماران داده می‌شود تا با پذیرش این نکته که مشکلات از هر نوعی برای همه انسان‌ها وجود دارد و صرفاً مختص به آن‌ها نیست به نوعی اشتراک در مشکل رسیده و خود را تنها و منزوی در مشکل نمی‌بیند (کوری، ۱۳۸۷). از این رو پذیرش مشکل که از نگاه درمان‌وجودی از دلایل عدم بهداشت روان است، رسیده تا از این طریق بتوانند خود را بیشتر مشغول شادی‌هایشان کنند. درواقع گروه‌درمانی وجودی باعث ارتقای اشتراک انسانی (از مؤلفه‌های اصلی خوددلسوزی) در افراد می‌شود، به این معنا که این بینش را در گروه به مادران

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با توجه به نتایج جدول ۳ تاب‌آوری ( $F=725/48$ ) و خوددلسوزی ( $F=303/11$ ) تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر ارتقای تاب‌آوری و خوددلسوزی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد تأیید است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر خوددلسوزی و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. این مطالعه نشان داد که در میانگین خوددلسوزی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود داشته است که این امر بیانگر تأثیر درمان‌وجودی بر خوددلسوزی مادران کودک کم‌توان ذهنی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان‌وجودی، مراجعان خود را تشویق می‌کند با ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار می‌کردند، روبه‌رو شوند و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند و بپذیرند که شادی و نشاط در زندگی در صورتی محقق می‌شود که فرد بپذیرد که امنیت و نشاط پایدار و

دهند، اما می‌توانند روش‌های مقابله با آن را تغییر داده و از بی‌حوصلگی و عدم تحمل مشکلات زندگی به سمت تاب‌آوری و سازگاری با شرایط سخت حرکت کنند (کوری، ۱۳۸۷). انسان‌ها زمانی که با شرایط سخت زندگی روبه‌رو می‌شوند تاب‌آوری خود را که از مؤلفه‌های اصلی سازگاری با شرایط دشوار زندگی است از دست می‌دهند (تیده، ۲۰۱۶). همان‌طور که گفته شد یکی از اهداف گروه‌درمانی وجودی معنا دادن به اتفاقات دردناک زندگی است (اونسن و همکاران، ۲۰۱۵). در گروه‌درمانی این فرصت به مادران داده می‌شود که هرچند با شرایط اجتناب‌ناپذیر روبه‌رو است، اما این آزادی را دارند که افکارشان را نسبت به محدودیت و رنج تغییر داده، و بازنده شرایط دشوار نشوند و از این طریق دلیل و معنایی برای دردها و رنج‌هایشان پیدا کنند (فرانکل، ۱۳۸۶). با توجه به این موارد وقتی آن‌ها به این باور برسند، تاب‌آوری آن‌ها در خصوص رویداد ناگوار (داشتن کودک کم‌توان ذهنی) ارتقا پیدا کرده و به دنبال آن تغییرات مثبت در کیفیت زندگی و بهداشت روان این مادران به وجود می‌آید (یدیریم و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج نشان داد که گروه‌درمانی وجودی موجب ارتقای تاب‌آوری و خوددلسوزی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌شود. از آنجا که ارتقای تاب‌آوری و خوددلسوزی موجب ارتقای بهداشت روان و سبک زندگی و تحمل درد و رنج و سازگاری با شرایط دردناک زندگی می‌شود. بنابراین بجاست که به منظور ارتقای متغیرهای تاب‌آوری و خوددلسوزی مادران به صورت مستقیم و به صورت غیر مستقیم در روند بهبود فرزندپروری این مادران و ارتقای کیفیت نگهداری این کودکان از مداخلات گروه‌درمانی وجودی بر مراقبین کودکان کم‌توان ذهنی در خدمات درمانی و بهداشتی استفاده بهینه شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نداشتن برنامه‌های پیگیری به منظور دنبال کردن اثربخشی در طول زمان، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس خودگزارشی و محدودیت در تعمیم یافته‌ها بود.

#### منابع

امینی، س؛ و خشوعی، م. (۱۳۹۶). رابطه تاب‌آوری و شادکامی والدین با مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶): ۷-۲۶.

می‌دهد که رنج و درد جزئی اجتناب‌ناپذیر در زندگی تمامی انسان‌ها است، در گروه‌درمانی شرایطی برای این مادران فراهم می‌شود که رنج و درد خود را به‌عنوان بخش معمول زندگی در نظر بگیرند، در واقع گروه‌درمانی با تأکید بر ارتقای حس مشترک انسانی در شرایط سخت روانی باعث عدم انزوا و تنهایی در مادران می‌شود و این آگاهی را در مادران برجسته‌تر می‌کند که مادران دیگری غیر از خودشان نیز با مشکل دارا بودن کودک کم‌توان ذهنی درگیر بوده و با این نگاه از حالت اختصاصی بودن مشکل خود را خارج کرده و به یک حس مشترک دست پیدا می‌کنند (گرم، ۲۰۰۹). همچنین گروه‌درمانی با تمرکز بر آگاهی که یکی دیگر از مؤلفه‌های خوددلسوزی است (نف، ۲۰۰۳)، به بیماران این فرصت را می‌دهد که شرایط دردآور و افکار منفی را درک کرده و بدون آنکه از آن‌ها سرخورده شوند، معنای تازه به آن‌ها بدهند (کوری، ۱۳۸۷). وقتی مادران به واسطه این آگاهی به این بینش می‌رسند که درد و رنج ناشی از داشتن کودک کم‌توان ذهنی چیزی است که همه مادران دارای این کودکان آن را تجربه می‌کنند و فقط اختصاص به آن‌ها ندارد، کمتر در دام بیش‌هماندسازی و انزوا گرفتار شده و آن‌ها را بخشی از زندگی معمول در نظر می‌گیرند، هرچند که این آگاهی رنج‌آور باشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که گروه‌درمانی وجودی باعث ارتقای تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود. تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن، مقاومت و تحمل در شرایط سخت و ناگوار است که فرد نه فقط بر آن شرایط چیره می‌شود، بلکه طی آن قوی‌تر نیز می‌شود روان‌درمانی وجودی تلاش نمی‌کند تا درد و رنج انسان‌ها را از بین ببرد، از آنجا که زندگی انسان‌ها از لحاظ ماهیتی توأم با رنج است در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند، انسان‌ها واکنش‌های گوناگونی به شرایط دردناک در زندگی‌شان می‌دهند و هنگامی که با رویدادهایی روبه‌رو می‌شوند که بودن آن‌ها را تهدید می‌کند، مسائل وجودی‌شان برانگیخته می‌شود. داشتن کودک کم‌توان ذهنی، سلامت روان، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و تحمل مادران را کاهش می‌دهد (آلو و همکاران، ۲۰۱۲). در گروه‌درمانی وجودی به مادران این آگاهی داده می‌شود که هرچند نمی‌توانند شرایط واقعی زندگی را تغییر



- restaurant workers: research to practice adaptation and assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 223-236.
- Borden, L.A., Schultz, T.R., Herman, K.C., & Brooks, C.M. (2010). The incredible years parent training program: Promoting resilience through evidence-based prevention groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(3), 230-241.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 766-82.
- Dyson, L.L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning and social support. *AM Journal Mental Retard*, 102(3), 267-279.
- Germer, C.K. (2009). *The mindful path of self-compassion*. New York: Guilford Press. Available from: [Http://www.Guilford.com](http://www.Guilford.com).
- Hastings, R.P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 231-237.
- Hastings, R.O., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J., Espinosa, F.D., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Huver, R.M., Otten, R., De Vries, H., Engels, R.C. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal Adolescents*, 33(3), 359-402.
- Kavanagh, D.J. (2013). *Schizophrenia: An overview and practical handbook*, Springer.
- Lebow, J.L. (2008). *Twenty-first century psychotherapies: contemporary approaches to theory and practice*. Johan & sons.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (Rev. Ed). New York: Norton.
- McConkey, R., Truesdale, K.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. *IntJournal Nursing Stud*, 45(1), 65-74.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward on self. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Odou, N., Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13(4), 449-459.
- Oensun, M., Ahola, P., Knekt, P., Lindfors, O., Saarinen, P., Tolmunen, T., & et al. (2015). Baseline symptom severity predicts serotonin transporter change during Psychotherapy in patients with major depression. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 3, 111-116.
- Plant, K.M., & Sanders, M.R. (2007). Predictors caregiver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 109-124.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.d., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a
- برزنجه، ش؛ عبداللهی، ح؛ ارشادی، م؛ و اصغری، م. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش گروهی بر رفتار مراقبین از کودک کم‌توان ذهنی. *پرستاری کودکان*، ۲: ۱۹-۱۰.
- خدادادی‌سنگده، ج؛ اعتمادی، ا و علوی کاموسی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان دانشجویان. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۲)، ۱۱۹-۱۳۰.
- دلاور، ع. (۱۳۹۱). *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران انتشارات رشد.
- رجبی، غ؛ گشتیل، خ؛ و امان‌اللهی، ع. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خوددلسوزی و افسردگی با میانجی‌گری‌های نشخوار فکری و نگرانی در پرستاران زن متأهل. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۹(۹۹-۱۰۰)، ۱۰-۲۱.
- رحیمی، م؛ افراسیابی، ح؛ رستم‌پور، ط؛ و قدوسی‌نیا، ع. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم‌توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶): ۴۵-۷۰.
- فرانکل، و. (۱۳۸۶). *انسان در جست‌وجوی معنی*. ترجمه معارفی، اکبر. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- قمی، م؛ خدادادی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش امیدواری مادران دارای کودکان سرطانی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۳): ۱۴-۲۲.
- کوری، ج. (۱۳۸۷). *نظریه و کاربرد مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: ارسباران.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد*. رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نداف‌شرق، ه؛ قلی‌پور، م؛ توپکانلویی، ص. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر اختلال افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۶)، ۱۸۵-۱۹۵.
- والش، ف. (۱۳۹۱). *تقویت تاب‌آوری خانواده (ترجمه دهقانی، م. خواجه‌رسولی، م؛ و عباسی، م) تهران: دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶)*.
- Alao, M.J., Ayivi, B., & Lacombe, D. (2012). Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting. In: Tan U. Latest findings in intellectual and developmental disabilities research, Croatia: In Tech, 45-76.
- Bayrakli, H., & Kaner, S. (2012). Investigating the factors affecting resiliency in mothers of children with and without intellectual disability. *Journal of EducSci: Theory Pract*. 12(2), 936-943.
- Bennett, J., Aden, C.A., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, W.D. (2010). Team resilience for young

- short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Schieve L.A., Blumberg, S.J., Rice, C., Visser, S.N., & Boyle, C. (2007). The relationship between Autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119, 114-121.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic Press.
- Taormina, R.J. (2015). Adult personal resilience: A new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought*, 8(1): 35-46.
- Thiede, B. (2016). Resilience and development among ultra-poor households in rural Ethiopia, *Resilience*, 4(1): 1-13.
- Udo, C., Melin-Johansson, C.H., & Danielson, E. (2011). Existential issues Among Health Care Staff in Surgical cancer care Discussions in supervision sessions. *European Journal of oncology nursing*, 15, 447-453.
- Van Deurzen, E. (2012). *Existential counseling & Psychotherapy in practice*. Sage, 19, 30-46.
- Yidirim, A., Hacıhasanog, A., Ilar, R., Karakurt, P. (2013). Effects of a nursing intervention programs on the depression and perception of family functioning of mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 251-261.