

تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

The effect of family resilience training on mental health of mothers whose children mind retarded

Masoud Sadeghi

Mohammadali Sepahvandi

Nasrin Rezaeifar

مسعود صادقی*

محمد علی سپهوندی**

نسرين رضايي فر***

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of family resiliency training on mental health of mothers whose children was suffered from mental disability in Susa city. This experimental study was pretest-posttest with a control group. Statistical society of this study was mothers who referred to rehabilitation center in the city of Susa in 2015-2016. The sample consisted of 30 mothers who were selected among volunteers and randomly assigned to experimental and control groups. Mothers in experimental group participated in 9 resiliency training center. At the end, both groups were assessed by posttest. Measurement instrument was Goldberg mental health questionnaire. The results showed that compared with the control group, family resiliency education, mental health and its three dimensions: anxiety, physical dysfunction reduced depression but it had no significant impact in reducing social dysfunction. The results of covariance analysis showed that family resilience training has an impact on the mental health of mothers ($p < 0/05$) and can improve their mental health.

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر شوش بود. این پژوهش شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مادران مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی شهر شوش در سال ۹۴-۹۵ بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از این مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که از میان افراد داوطلب و در دسترس گزینش و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. مادران در گروه آزمایش برای زمانی برابر ۹ جلسه تحت آموزش تاب‌آوری خانواده قرار گرفتند. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ بود. برآمدها نشان داد که در هم‌سنجی با گروه گواه، آموزش تاب‌آوری خانواده، سلامت روانی و سه بعد از آن (اضطراب، اختلال در کارکرد بدنی و افسردگی) را کاهش داد ولی تأثیر قابل‌توجهی در کاهش اختلال در کارکرد اجتماعی نداشت. برآمدهای تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش تاب‌آوری خانواده بر افزایش سلامت روانی این مادران تأثیر دارد ($P < 0/05$) و می‌تواند سلامت روانی آن‌ها را بهبود بخشد.

Keywords: family resiliency, mental health, women with mental disability children

واژگان کلیدی: تاب‌آوری خانواده، سلامت روانی، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

مقدمه

کم توانی ذهنی^۱ یکی از کلان‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است. کم توانی ذهنی اختلال ناهمگن و مادام‌العمر که بیشتر با مشکلات مشخص مربوط به کارکرد مغز و یا حواس همراه و دربرگیرنده اختلالات ژنتیکی است که شناخت و رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زابلو تسکی، بلک^۲، ۲۰۱۵) و یک اختلال شایع است که نزدیک به ۳ درصد جمعیت دنیا را مبتلا می‌کند. نگرش سیستمی درباره خانواده چنین بیان می‌کند که تغییر در یک بخش از سیستم خانواده، همه سیستم را متأثر خواهد ساخت و ارتباط درونی سیستم خانواده طوری به هم گره خورده است که تغییر در یک قسمت مایه تغییر غیرقابل اجتناب در همه سیستم می‌شود (مرندی و همکاران، ۱۳۸۷).

پدر و مادر، اغلب به فرزندان کم توان ذهنی خود، حتی بعد از اینکه کودک به سن بزرگ‌سالی می‌رسد پشتیبانی‌های مداوم ارائه می‌دهند؛ سرانجام همواره پدر و مادر با چالش‌های بسیاری در رویارویی با مراقبت طولانی‌مدت از کودک کم توان ذهنی خود روبرو هستند؛ این چالش شاید سلامت و رفاه پدر و مادر را تحت تأثیر قرار دهد (سانگ، میلیک، گرین برگ، رایف و لاجمن^۳، ۲۰۱۵). وجود کودک مشکل‌دار افزون بر تنیدگی‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری‌های بدنی مانند درد و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در خانواده‌ها به‌خصوص مادران افزایش می‌دهد (آرنود^۴، وایت کانینگ^۵، میشل سون، پارکینسون و تاین^۶، ۲۰۰۸؛ معتمدی، سید نور، نوری و آفقه^۷، ۱۳۸۳). میزان آسیب‌پذیری خانواده در برابر این ضایعه گاه به‌اندازه‌ای است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶)؛ به طوری که به محض آگاهی پدر و مادر از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به ناامیدی مبدل می‌گردد و مشکلات پدر و مادر آغاز می‌شود (پیسولا^۷، ۲۰۰۲). وجود کودک کم توان ذهنی، سازش-

1. mental retardation

2. Zablotsky, Black

3. Song, Mailick, Greenberg, Ryff, Lachman

4. Arnaud

5. White. Koning

6. Michelsen, Parkinson & Thyen

7. Pesula

یافتگی و سلامت بدنی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (سالوویتا، ایتالینا و لنینون^۱، ۲۰۰۳؛ گوپتا و سینگل^۲، ۲۰۰۰). مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی شاید به‌وسیله مشکلات کودکان در هم شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف‌ها و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند (اوگستون، پائولو، ویرجینیا، مکینتاش و مایرز^۳، ۲۰۱۱). احساساتی مانند گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت برآمده از بهنجار نبودن کودک می‌تواند مایه گوشه‌گیری مادر و نبود علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن حرمت خود و احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن حرمت خود پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). اعضای خانواده به‌ویژه مادران، طیف شدیدی از هیجانات در پاسخ به تشخیص کم‌توانی ذهنی کودک نشان می‌دهند همچون انکار، شوک، غم و اندوه، احساس گناه، خجالت و شرمندگی، افسردگی، دلسردی و پذیرش و ترس (پیلوسا، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد یکی از عواملی که سبب می‌شود این مادران با مشکلات زندگی بهتر کنار بیایند، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند، در روابط خانوادگی احساس امنیت کنند و از پیشرفت‌های کمی که فرزند کم‌توان ذهنی آن‌ها دارد راضی باشند، افزایش تاب‌آوری^۴ در آنان است (کربلائی شیری فرد، ۱۳۸۵).

ورنر^۵ از جمله نخستین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب‌آوری استفاده کرد. اصطلاح تاب‌آوری به‌مثابه یک مؤلفه شخصیتی در اواخر سده بیستم بر پایه پژوهش‌هایی که در زمینه فرآیندهای عالی کارآمد بر مهار و هدایت فرآیندهای شناختی انجام شد، پا به میدان پژوهش‌های روان‌شناختی گذاشت (لمی و گزل^۶، ۲۰۰۱). به‌بیان‌دیگر تاب‌آوری ترجمان رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در افراد است (صفاری نیا، ترخان، مهرآبادی، ۱۳۹۳).

1. Salovita, Italinna & Leinonen

2. Guptam & Singhl

3. Ogeston, Paula Mackintosh, Virginia & Myers

4. reciliency

5. Werner

6. Lemay & Ghazal

در طول دو دهه گذشته رشته‌های مربوط به درمان مشکلات خانواده توجه خود را از کاستی‌ها و کمبودهای خانواده به توانمندی‌های خانواده معطوف داشته‌اند (والش، ۲۰۰۲). در شرایط آسیب‌زا به‌خصوص آسیب‌های عودکننده پیچیده و پیش‌رونده، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان شاید از هم گسیخته شوند. همچنان که این امر با زندگی در جنگ یا نواحی پرتعارض تجربه شده است؛ بنابراین، توجه به تأثیرپذیری خانواده از آسیب‌های عمده، در هر رویکرد درمانی ضروری است (والش، ۲۰۰۷). در برابر مدل‌های عملی متمرکز بر کمبود و نقصان، رویکردهای تاب‌آوری، آمادگی و توان خانواده را برای رویارویی با چالش‌ها به کار می‌گیرند (والش، ۲۰۰۶). والش که از نظریه‌پردازان بزرگ تاب‌آوری خانواده به شمار می‌رود، سه فرایند کلیدی الگوهای سازمانی (انسجام و انعطاف‌پذیری در خانواده)، نظام‌های باور (ارزش‌ها، عقاید، نگرش‌های غالب در خانواده) و فرایندهای ارتباطی (فرایند انتقال باورها، تبادل اطلاعات در میان اعضا) را برای تاب‌آوری خانواده یادآوری می‌کند. در واقع پژوهش‌های خانواده، امروزه بیشتر در راستای این پرسمان است که چگونه کسانی در برخورد با عوامل تنیدگی زا، توان رویارویی و مقاومت را دارند و چگونه خانواده بر این توانایی پایه‌ای افراد اثر می‌گذارد (کشتکاران، ۱۳۸۸). واژه تاب‌آوری خانواده، به فرایندهای انطباقی و مقابله‌ای خانواده به‌عنوان یک واحد کارکردی اشاره دارد. دیدگاه سیستم‌ها، به ما کمک می‌کند تا بفهمیم فرایندهای خانوادگی چگونه واسطه فشار روانی می‌شوند و می‌توانند خانواده‌ها و اعضای آن‌ها را قادر سازند تا بر بحران‌ها غلبه کنند و سختی‌های طولانی مدت را پشت سر گذارند (والش، ۲۰۱۱).

تاب‌آوری توانایی فرد در برابر برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی در برابر شرایط مخاطره‌آمیز است (کانرو دیوید سون^۱، ۲۰۰۳). بنا به گفته‌ی یونانو (۲۰۰۴)، راه‌های به دست آوردن تاب‌آوری دربرگیرنده: داشتن سرسختی، خود افزایشی، رویارویی سرکوب‌گرا، داشتن خلق‌وخو و احساسات مثبت است. همچنین وینسنت^۲ (۲۰۰۷) معتقد است تاب‌آوری زمینه‌های یادگیری مهارت‌های رفتاری و شناختی به‌منظور چیرگی بر موقعیت‌های تنش‌آور به‌ویژه در

^۱. Cannor & Davidson

^۲. Vincent

مناسبات میان فردی را فراهم می‌کند. برآیند پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های ناخواسته و بازگشت به وضعیت دلخواه از راه سطوح عواطف مثبت و تقویت حرمت خود و رویارویی با تجربه‌های منفی استفاده کند (رحیمیان و اصغر نژاد، ۲۰۰۰؛ مدی، خوشابا، پرسیکو، لو، هاروی و همکاران^۱، ۲۰۰۲).

ولف (۲۰۰۱)، در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روانی؛ بر ویژگی‌های بنیادی افراد تاب‌آور که سلامت روانی را ارتقا می‌بخشد، مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد. تاب‌آوری توانایی پایداری فرد در برابر شرایط دشوار و غلبه بر آن با حفظ سلامت روانی، شوخ‌طبعی و بهزیستی است (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶).

درواقع تاب‌آوری رابطه‌ی معنی‌داری با سلامت روانی^۲ و بدنی دارد (گلداستین و بروکس، ۲۰۰۵). مفهوم سلامت روانی عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین‌نسلی و خودشکوفایی، توانایی‌های نهفته فکری، هیجانی و غیره (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۱). تعاریف جدید از سلامت روانی دربرگیرنده مدیریت احساس و رفتار، ارزیابی واقع‌بینانه از محدودیت‌های خود، رشد خودگردانی و ناوابستگی و توانایی فائق آمدن بر تنیدگی را نیز دربرگیرنده می‌شود (مان درشید، رایف، فریمن، مکین نایت، دینگرا، استرین^۳، ۲۰۱۰). ریویچ و شاته^۴ (۲۰۰۲) نیز بر این باورند که آموختن مهارت‌ها و شیوه‌های تفکر تاب‌آور، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و مایه بالا رفتن سطح بهزیستی روانی و بدنی افراد می‌شود. همچنین کاوش‌های بونانا و مانسینی^۵ (۲۰۱۲)؛ بارتون، ایستاد، هید و برویک^۶، (۲۰۱۲)، درباره اثر بخشی تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی افراد نشان دادند که تاب‌آوری به‌عنوان یک فرایند پویای روان‌شناختی،

1. Maddi, Khoshaba, Persico, Lue & Harvey

2. mental health

3. Manderscheid, Ryff, Freeman, Mckinight, Dhingra & Strine

4. Reivich, Shatté

5. Bonanno & Mancini

6. Bartone, Hystad, Eid & Brevik

پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های گوناگون زندگی به‌خصوص مواقع بحرانی تحت تأثیر قرار داده و با مهار عواطف، هیجان‌ها و احساسات زمینه‌های کارکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها فراهم کرده است. همسو با پژوهش‌های بالا، لی، سادوم و زام ورسکی^۱ (۲۰۱۳) و تول، سانگ و جردانز^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش‌های خود نشان دادند، کودکان و نوجوانانی که در موقعیت اضطراب‌انگیز، تاب‌آوری بالاتری داشتند، در هم‌سنجی با کودکان و نوجوانان دارای تاب‌آوری پایین‌تر، برای نشان‌دادن رفتارهای متناسب با موقعیت و تعادل روان‌شناختی بیش‌تر، دارای سلامت روانی بالاتری بودند. همچنین در پژوهش حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۱) که در زمینه اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تنیدگی مادران دارای فرزند مبتلابه سرطان انجام شد برآمدها نشان داد؛ مادرانی که تحت آموزش معین قرار داشته‌اند، پیشرفت بهتری داشته‌اند. امروزه همه کشورهای جهان به آموزش مادران برای رویارویی با مشکلات برآمده از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی در همه زمینه‌ها توجه ویژه‌ای دارند، از این‌رو بخش قابل توجهی از امکانات خود را برای این امر اختصاص می‌دهند. بر پایه پژوهش‌های انجام‌شده، پژوهشی که در رابطه با اثربخشی تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی باشد یافت نشده است، بنابراین با توجه به نیاز این دسته از مادران به افزایش سلامت روانی جهت رویارویی با مشکلات و چالش‌های برآمده از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی بایستگی انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه‌تجربی است و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. آزمودنی‌ها از میان افراد در دسترس (و به‌صورت داوطلبانه) گزینش و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. متغیر مستقل، آموزش تاب‌آوری خانواده بود که در ۹ جلسه تدوین و تنظیم شده و به گروه آزمایش، آموزش داده شد. در گروه گواه هیچ‌گونه متغیر

1. Lee, Sudom & Zamorski

2. Tol, Song & Jordans

مستقلی بکار بسته نشد. متغیر وابسته در این طرح، سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. هر دو گروه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون ارزیابی شدند. داده‌ها با آمار توصیفی؛ جداول، میانگین و انحراف معیار، توصیف و با روش تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه و نمونه

جامعه در این پژوهش، زنان مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی شهر شوش در سال ۹۵-۹۴ بود. نمونه پژوهش، ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بودند که به‌صورت در دسترس و داوطلبانه گزینش شدند. برای انجام این کار، نخست اطلاعیه در مراکز توان‌بخشی شهر شوش برای آگاهی یافتن مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و علاقه‌مند به شرکت در دوره آموزشی، نصب شد و پس از روشن‌گری درباره اهداف آموزشی، از مادران خواهان، ثبت‌نام به عمل آمد. پس از ثبت‌نام، مادران دارای شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر)، جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱. پرسش‌نامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۲) از ابزارهای غربالگری شناخته‌شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود (یعقوبی، نصرافسانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴). این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. الف: علائم بدنی ب: علائم اضطرابی ج: کارکرد اجتماعی د: علائم افسردگی. این پرسشنامه دارای جمله‌های ساده‌ای پیرامون وضعیت روانی فرد است که با چهار گزینه خیر (۰)، خیلی کم (۱ نمره)، کم (۲ نمره) و زیاد (۳ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳ حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۸۲٪ را گزارش نمودند. پایایی فرم ۲۸ پرسشی این پرسش‌نامه به دست پالاهنگ، نصر اصفهانی و براهنی (۱۳۷۵) ۹۱٪ محاسبه شده است و با بهترین نقطه برش این پرسش‌نامه

1. general Health Questionnaire- 28 (GHQ-28)

(۲۳)، حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند. ضریب پایایی باز آزمایشی و آلفای کرون باخ در بررسی یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) برابر ۰/۸۸ به دست آمد.

مداخله

خلاصه جلسات آموزش تاب آوری خانواده به صورت زیر است:

جلسه نخست. معارفه پژوهشگر با مادران فرزند کم توان ذهنی و به کار بستن پیش آزمون.

جلسه دوم. آشنایی با عوامل تغییر و انعطاف پذیری خانواده، معنا دهی به سختی، عادی سازی، حس انسجام.

جلسه سوم. آشنایی با عوامل حمایتی درونی افزایش تاب آوری در افراد؛ شهامت و دلگرمی، غنیمت شمردن فرصت‌ها، تسلط بر احتمالات.

جلسه چهارم. آشنایی با عوامل حمایتی بیرونی در بالا بردن تاب آوری خانواده؛ معنویت، دگرگونی، انعطاف پذیری.

جلسه پنجم. حمایت اعضای خانواده از هم و نیز داشتن احترام و ارتباط متقابل در مواقع بحرانی؛ حمایت متقابل و همکاری، احترام به نیازها.

جلسه ششم. ابراز احساسات آشکار در خانواده و تعاملات مثبت؛ همدلی متقابل، تعاملات خوشایند.

جلسه هفتم. مسیرهای رسیدن به هدف تاب آوری و چگونگی پیشگیری از مشکلات و بحران‌ها، درس گرفتن از شکست.

جلسه هشتم. آشنایی با الگوهای ضربه گیر و چگونگی حل تعارضات در خانواده، حمایت و تعهد متقابل در خانواده، حل تعارض.

جلسه نهم. جمع بندی و به پایان رساندن آموزش‌های داده شده در زمینه تاب آوری خانواده و پس آزمون

یافته‌ها

در جدول (۱) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها به فراخور مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت روانی آزمودنی‌ها به فراخور مرحله و

عضویت گروهی

| گروه‌ها | متغیر | n | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-------------|--------------------------|----|-----------|-------|----------|-------|
| | | | SD | M | SD | M |
| گروه آزمایش | سلامت روانی | ۱۵ | ۵/۸۷ | ۳۷/۸ | ۴/۳۹ | ۲۸/۹۳ |
| | اضطراب | ۱۵ | ۱/۸۵ | ۹ | ۱/۵۷ | ۵/۷۳ |
| | کارکرد بدنی | ۱۵ | ۱/۸۵ | ۱۰ | ۱/۹۷ | ۶/۲۰ |
| | اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۵ | ۱/۰۵ | ۸/۴ | ۱/۸۴ | ۸/۸۶ |
| | افسردگی | ۱۵ | ۱/۶۸ | ۱۰ | ۱/۲۰ | ۸/۲۰ |
| گروه گواه | سلامت روانی | ۱۵ | ۵/۶۲ | ۳۸/۲۰ | ۶/۱۲ | ۳۹/۴۰ |
| | اضطراب | ۱۵ | ۲/۱۳ | ۹/۴۰ | ۲/۶۳ | ۱۰/۶۷ |
| | کارکرد بدنی | ۱۵ | ۱/۷۹ | ۷/۹۳ | ۳/۲۷ | ۱۰/۸ |
| | اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۵ | ۲/۸۷ | ۸/۶۰ | ۲/۰۹ | ۸/۴۶ |
| | افسردگی | ۱۵ | ۲/۷۱ | ۱۲/۲۶ | ۱/۶۸ | ۱۰/۴۶ |

همان‌طور که جدول (۱) نشان می‌دهد، میانگین نمرات سلامت روانی، اضطراب، علائم بدنی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۷/۸، ۹، ۱۰، ۸/۴ و ۱۰ است که پس از انجام آموزش تاب‌آوری این اندازه‌ها (به‌جز اختلال در کارکرد اجتماعی) کاهش یافته است و به ترتیب برابر با ۲۸/۹۳، ۵/۷۳، ۶/۲۰، ۸/۸۶ و ۸/۲۰ است. همچنین در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۸/۲۰، ۹/۴۰، ۷/۹۳، ۸/۶۰ و ۱۲/۲۶ است و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۳۹/۴۰، ۱۰/۶۷، ۱۰/۸، ۸/۴۶ و ۱۰/۴۶ است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. به‌کارگیری آزمون F به‌عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها دربرگیرنده: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها ۳. توزیع بهنجار نمرات متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته ۵. تساوی یا تناسب اندازه نمونه‌ها ۶. همگنی شیب رگرسیون است (مولوی، ۱۳۸۶) که این پیش‌فرض‌ها در پژوهش حاضر برآورد

شده است. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون ام باکس استفاده شد که در قالب جدول (۲) مشاهده می‌شود.

جدول ۲. آزمون ام باکس برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته

| عوامل | M, box | مقدار F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-------------|--------|---------|--------------|--------------|---------------|
| آماره آزمون | ۱۷/۴۰ | ۱/۴۷ | ۱۰ | ۳۷۴/۲۰ | ۰/۱۴ |

با توجه به سطح معنی داری مشاهده شده، واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارد؛ بنابراین می‌توان از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده کرد. برآمدهای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، در جدول (۳) ارائه گردیده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله پس آزمون

| آزمون | اثر | درجه آزادی خطا | F | سطح معنی داری |
|--------------------|------|----------------|-------|---------------|
| پیلایی | ۰/۶۹ | ۲۱ | ۲۵/۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| گروه | ۰/۱۷ | ۲۱ | ۲۵/۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| هتلینگ | ۴/۸۶ | ۲۱ | ۲۵/۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۴/۸۶ | ۲۱ | ۲۵/۵۵ | ۰/۰۰۱ |

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش آزمون و دیگر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر شوش تأثیر دارد و میان ابعاد سلامت روانی مادران گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد. به‌منظور آشکار ساختن اینکه در کدام‌یک از ابعاد سلامت روانی تفاوت معنی داری میان گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که برآمدهای آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴. برآمدهای تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های سلامت روانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون

| منبع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر | توان آماری |
|------------|-----------------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|------------|
| پیش‌آزمون | کارکرد بدنی | ۱۲/۹۳ | ۱ | ۱۲/۹۳ | ۲/۲۰ | ۰/۱۵ | ۰/۰۸ | ۰/۱۵ |
| | اضطراب | ۲/۰۳ | ۱ | ۲/۰۳ | ۰/۴۲ | ۰/۵۸ | ۰/۰۱ | ۰/۴۲ |
| | اختلال کل‌کرد اجتماعی | ۰/۰۹ | ۱ | ۰/۰۹ | ۰/۰۲ | ۰/۹۷ | ۰/۰۱ | ۰/۸۷ |
| | افسردگی | ۱۰/۴۲ | ۱ | ۱۰/۴۲ | ۶/۶۵ | ۰/۹۲ | ۰/۲ | ۰/۰۱ |
| گروه | کارکرد بدنی | ۲۰۶/۶۴ | ۱ | ۲۰۶/۶۴ | ۳۵/۱۴ | ۰/۹۹ | ۰/۵۹ | ۰/۰۱ |
| | اضطراب | ۱۰۴/۷۲ | ۱ | ۱۰۴/۷۲ | ۹/۴۴ | ۰/۹۹ | ۰/۲۸ | ۰/۰۰۵ |
| | اختلال کل‌کرد اجتماعی | ۰/۳۲ | ۱ | ۰/۳۲ | ۰/۰۹ | ۰/۱۷ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۷ |
| | افسردگی | ۱۴/۷۹ | ۱ | ۱۴/۷۹ | ۲۱/۸۹ | ۰/۹۱ | ۰/۷۴ | ۰/۰۱ |
| اختلا | کارکرد بدنی | ۱۴۱/۱ | ۲۴ | ۵/۸۸ | | | | |
| | اضطراب | ۸۷/۲۶ | ۲۴ | ۳/۶۳ | | | | |
| | اختلال کل‌کرد اجتماعی | ۲۷/۵۸ | ۲۴ | ۱/۵۶ | | | | |
| | افسردگی | ۱۱۴/۷۳ | ۲۴ | ۴/۷۸ | | | | |

با توجه به برآمدهای جدول (۴)، با کنترل نمرات پیش‌آزمون میان گروه‌های آزمایش و گواه در بعد علائم بدنی مادران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/001$) و ($F=35/14$). پس آموزش تاب‌آوری خانواده مایه کاهش ۵۹ درصدی بعد علائم بدنی در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون میان گروه‌های آزمایش و گواه در بعد اضطراب مادران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/005$) و ($F=9/44$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری خانواده مایه کاهش ۲۸ درصدی بعد اضطراب در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون میان گروه‌های آزمایش و گواه در بعد اختلال در کارکرد اجتماعی مادران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P=0/07$ و $F=0/09$). پس با توجه به نتایج بالا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری خانواده مایه کاهش اختلال در کارکرد اجتماعی مادران در مرحله پس‌آزمون نشده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون میان گروه‌های آزمایش و گواه در بعد افسردگی مادران در مرحله پس‌آزمون

تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=21/89$ و $P=0/001$). با توجه به نتایج بالا می توان نتیجه گرفت که آموزش تاب آوری خانواده مایه کاهش ۷۴ درصدی افسردگی مادران در مرحله پس آزمون شده است.

بحث و نتیجه گیری

بر پایه یافته های این پژوهش، آموزش تاب آوری خانواده بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی کارآمد بوده و این شیوه آموزشی مایه بهبود سلامت روانی این مادران شده است. هرچند در سال های پسین، مفهوم تاب آوری خانواده برای بسیاری از گستره های مرتبط با سلامت، جذاب بوده است و روند رو به افزایش پژوهش های بیشمار در این زمینه، این را نشان می دهد (جلیلی نیکو، خرامین، قاسمی جوبنه، محمدعلی پور، ۱۳۹۴)؛ ولی با توجه به بررسی پژوهش های انجام گرفته در داخل و بیرون از کشور، پژوهشی که اثربخشی آموزش تاب آوری خانواده را بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بررسی نماید، یافت نشد؛ از این رو نتایج این پژوهش با پژوهش هایی که متغیرهای مشابه دارند مورد هم سنجی قرار می گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه پژوهش استوار بر تأثیر آموزش تاب آوری خانواده بر افزایش سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، تأیید و این طور نتیجه گیری می گردد که میان میانگین نمرات سلامت روانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهشی با ۹۹٪ اطمینان تأیید گردید. این یافته ها با پژوهش باچانان و برینک (۱۹۹۸)، قولنچی، ترخان، گلچین، زارع (۱۳۹۳)، پرینس امبوری (۲۰۰۸)، دوستی، پورمحمدی رضای تجریشی، غباری بناب (۱۳۹۳)، احمدی و شریفی در آمدی (۱۳۹۳)، کارلتون، گوبرت، میاموتو، آندرید، هیشینوما^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، ریویچ و شاته (۲۰۰۲)، گاتجار (۲۰۰۷) که دریافته اند کسانی که از تاب آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روانی بالاتری دارند، همسو است. همچنین کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، دوستی، پور محمدرضایی، غباری بناب (۱۳۹۲) عزیزاده (۱۳۹۰)، شجاعی (۱۳۹۱) به این نتیجه دست یافته اند برنامه های مداخله ای تاب آوری مایه افزایش بهزیستی روانی می شود. با این حال، پژوهش اسکھیل (۲۰۰۱) با یافته پژوهش حاضر ناهم سوست. وی به این نتیجه دست یافت که شرکت در برنامه آموزش تاب آوری مایه کاهش ناراحتی های روان شناختی در افراد نمی شود.

¹. Carlton, Goebert, Miyamoto, Andrade, Hishinuma,

مفهوم تاب‌آوری خانواده به معنای توانایی خانواده برای رویارویی با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای دوباره و کسب تعادل پس از بحران است و دربرگیرنده مؤلفه‌های ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم‌انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی آفرینش معنا برای سختی است (سادات حسینی، حسین چاری، ۱۳۹۲). همان‌طور که کاوه (۱۳۸۹) اظهار داشته است از عناصر برجسته آموزش تاب‌آوری ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه، درک ارزش خود و اجتناب از خودآزاری و خود تخریب‌گری و به‌کارگیری شیوه تفکر خوش‌بینانه به‌جای شیوه تفکر بدبینانه و دلگرم‌سازی هستند با توجه به برآمدهایی که از این پژوهش به‌دست آمده بر پایه اینکه آموزش تاب‌آوری مایه افزایش سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود این نتایج با پژوهش کاوه همسوست.

در تحلیل نتایج این پژوهش که چگونه تاب‌آوری خانواده مایه افزایش سلامت روانی در افراد می‌شود می‌توان گفت که تاب‌آوری مایه ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شود و به این شیوه کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد (کاوه، ۱۳۹۰). در واقع همبستگی معنی‌داری میان سلامت روانی و تاب‌آوری وجود دارد و می‌توان گفت که تاب‌آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روانی کارآمد می‌باشد (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، ۱۳۸۷). سرانجام فرآیند تاب‌آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت روانی حفظ می‌شود (ماستن، ۲۰۰۱). تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی مایه افزایش سازگاری افراد با شرایط گوناگون می‌گردد. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روانی را افزایش داده و میزان رضایت‌مندی از زندگی را نیز افزایش می‌دهد (حسینی قمی و همکاران، ۱۳۸۹). آموزش تاب‌آوری مایه می‌شود در نظام باورهای این مادران تغییراتی پدید آید. این باورها به آن‌ها کمک می‌کند تا با موقعیت‌های زندگی سازگار شوند و خود را بیشتر بپذیرند، به زندگی خود معنا بخشند و در الگوهای تعاملی خود تعادل ایجاد کنند (هستینگز، ۲۰۰۳). یکی دیگر از دلایل احتمالی اثربخشی آموزش تاب‌آوری، روابط مثبت با دیگران، ایجاد راهبردهای رویارویی و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد و آموزش دلگرم‌سازی خود و دیگران است. همچنین، با توجه به اینکه اجتناب از بدگمانی و قضاوت زودهنگام درباره دیگران،

خوش اخلاقی، سخن خوشایند و رهاسازی ذهن از موضوع‌های بی‌اهمیت، بخشی از عناصر آموزش تاب‌آوری هستند، به نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری بر روابط مثبت با دیگران اثربخش باشد (دوستی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین بسیاری دیگر از پژوهشگران میان تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه‌ای معنی‌دار و منفی را گزارش کرده‌اند و چنین بیان می‌دارند که این سازه می‌تواند به‌عنوان عامل میانجی میان سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با بالا بردن تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل تیدگی‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه نمایند (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش دیگری استینهارد و دولیبر^۱ (۲۰۰۸) دریافتند که برنامه افزایش تاب‌آوری، مایه افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتمادبه‌نفس و خود رهبری و کاهش عواطف منفی، تنیدگی و افسردگی می‌شود. افرادی که دارای تاب‌آوری هستند، اغلب با ایجاد هیجانات مثبت پس از رویارویی با عوامل فشارزا، به حالت طبیعی بازمی‌گردند. به نظر می‌رسد شرکت افراد در این برنامه مایه می‌شود، آن‌ها روحیه شوخ‌طبعی خود را حتی در شرایط ناگوار حفظ کنند، در شرایط دشوار و سختی از دیگران کمک بگیرند، شجاعت ناکامل بودن را داشته باشند، توانایی پذیرش کمبودها و کاستی‌های خود را داشته باشند و کوشش کنند با نظارت و مدیریت افکار، احساسات و اعمال خود را کنترل کنند (دوستی، پورمحمدی، تجربی، غباری بناب، ۱۳۹۳).

میزان کاهش اضطراب در مادران گروه آزمایش در هم‌سنجی با گروه گواه نشان‌گر آن است که آموزش تاب‌آوری خانواده در کاهش اضطراب این مادران کارآمد بوده است. این یافته‌ها نیز با یافته‌های برنس، فیلو، آنستی و ویندسر (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه تاب‌آوری مایه کاهش اضطراب و فشار روانی افراد می‌شود، همسو است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های مؤمنی و همکاران (۱۳۹۴)، اشتین هارت (۲۰۰۸)، نونه (۲۰۰۹)، محمدی، آقاجانی، زهتاب‌ور (۱۳۹۰)، هماهنگ و همسو است سازوکار و ساختار تاب‌آوری در کاهش اضطراب به این صورت است که مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری مانند اعتمادبه‌نفس، خوش‌بینی، شایستگی شخصی، اعتماد به‌غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در

1. Steinhart & Dolbier

شرایط تنیدگی را مانند یک ضدضربه (حائل) عمل می‌کنند و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهند (مارکوویتز، سورتن، آرنتز، پترز، ۲۰۱۵).

در این پژوهش میزان کاهش نشانه‌های بدنی در مادران گروه آزمایش در هم‌سنجی با گروه گواه نشان داد که آموزش تاب‌آوری خانواده در کاهش نشانه‌های بدنی این مادران کارآمد بوده است. چنانچه جادکینز (۲۰۰۴)، بیسلی، تامپسون و دیویدسون (۲۰۰۳) نشان دادند که تاب‌آوری به‌طور مثبت با سلامت بدنی و نشانه‌های بدنی در ارتباط است. استین‌هارد و دولیبر (۲۰۰۸)، در پژوهشی اثربخشی تاب‌آوری را در میان افراد آمریکایی آفریقایی‌تبار مبتلابه دیابت نوع ۲ را بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که نشانه‌های بدنی و سلامت بدنی این افراد پس از مداخله آموزش تاب‌آوری افزایش یافته بود و همچنین وزن، میزان کلسترول و فشارخون این افراد نیز بهبود یافته بود.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری خانواده بر کاهش علائم افسردگی در این مادران کارآمد بوده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پرز-لوپز و فرناندز و فرناندز (۲۰۱۳) مبنی بر ارتباط تاب‌آوری پایین با نمرات بالای افسردگی و همچنین همسو با نتایج پژوهش پوران، امیری‌منش و اصلانی (۱۳۹۲) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت چون تاب‌آوری یک فرایند محافظت‌کننده است احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (آرگینتون و ویلسون، ۲۰۰۰).

در این پژوهش عدم تغییر در میزان اختلال در کارکرد اجتماعی مادرانی که آموزش تاب‌آوری خانواده را دریافت کردند، در هم‌سنجی با مادرانی که چنین آموزشی را دریافت نکردند، حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری خانواده در کاهش اختلال در کارکرد اجتماعی مادران کارساز نبوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش اسکھیل^۲ (۲۰۰۱) همسوست. اسکھیل در پژوهش خود که به‌کارگیری یک برنامه آموزش در ارتباط با تاب‌آوری برای نوجوانان پرداخت به این نتیجه دست یافت که برخلاف فرضیه پژوهش، شرکت در برنامه گفته‌شده در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی نوجوانان تأثیر نداشته است. یکی از دلایل قابل تأمل در رد این فرضیه، شاید این باشد که نگرانی و مراقبت

^۱. Markovitz, Schrooten, Arntz, Peters

^۲. Skehill

از فرزندان از وظایف برجسته مادران انگاشته می‌شود؛ بنابراین نگرانی و دغدغه‌های آنان در ارتباط با فرزندانشان مایه شده است آن‌ها را از توجه به دیگر جنبه‌های زندگی و استفاده از فرصت‌های اجتماعی بازدارد (حسینی قمی، ابراهیمی، علوم، ۱۳۸۹). تبیین دیگر در این رابطه می‌تواند این باشد که از برای گسترده بودن مشکلات برآمده از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، کارکرد اجتماعی به میزان فراوانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

از دید والش (۲۰۱۱)، خانواده‌ها باید برای داشتن کارکرد دلخواه در هنگام رویارویی با سختی، یک ساختار انعطاف‌پذیر داشته باشند و باید بتوانند با خواسته‌های محیطی و رشدی متغیر سازگار شوند. هم معمول (قابل‌انتظار و قابل‌پیش‌بینی) و هم غیرمعمول (نامعمول، بی‌موقع یا غیرمنتظره). تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل محافظتی به‌مانند گونه‌ای مایه‌کوبی عمل می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا از راهبردهای مقابله‌ای کارسازی در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و نگاه آن‌ها به مشکلات به گونه‌ای است که در نظر آن‌ها مشکلات به‌عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد است. افراد تاب‌آور بدون اینکه سلامت روانی‌شان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند، همچنین به نظر می‌رسد در برخی موارد با وجود تجارب سختشان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده‌اند (واف، فردریک سون و تیلور، ۲۰۰۸)؛ بنابراین تاب‌آوری به‌عنوان یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، از راهبردهای رویارویی کارآمد در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش تاب‌آوری خانواده در زمینه بالا بردن سلامت روانی مادران فرزند کم‌توان ذهنی، از سوی سازمان‌های زی‌ربط و مسئولان در فهرست خدمات ارائه‌شده به آن‌ها قرار گیرد. همچنین می‌توانند با برگزاری دوره‌های آموزشی و چگونگی افزایش تاب‌آوری در آن‌ها، مایه افزایش سلامت روانی در آن‌ها بنا به شرایط ویژه‌ای که دارند، شوند. این پژوهش در شوش انجام‌شده و باید در تعمیم‌یافته‌ها احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در این راستا در مقاطع و شهرهای دیگر انجام شود.

پیشنهادهای پژوهشی. نخست، اثربخشی این شیوه آموزشی در مادران سنین پایین‌تر و بیرون از طیف سنی ۶۰-۳۰ سال موردبررسی قرار گیرد و نتایج با هم مقایسه شوند و دوم، از دیگر شیوه‌های آموزشی در بهبود سلامت روانی و هم‌سنجی آن‌ها با نتایج این پژوهش استفاده گردد.

منابع

- احمدی؛ رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳)، بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روانی افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶(۴).
- آریاپوران، سعید؛ امیری منش، مرضیه؛ اصلانی، جلال (۱۳۹۲). شیوع علائم افسردگی در زنان مطلقه: نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی گذشت حمایت اجتماعی و تاب‌آوری. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۳).
- آزادی، س و آزاد، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و اینترگر دانشگاه شهر ایلام. *مجله طب جانباز*، ۳(۱۲)، ۵۸-۴۸.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). *تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی*. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۶(۲۴): ۳۸۳-۳۷۳.
- جلیلی نیکو، سعید؛ خرامین، شیرعلی؛ قاسمی جوینه، رضا؛ محمدعلی‌پور، زینب. (۱۳۹۴). نقش تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۴(۲۰).
- حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تنیدگی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. *مجله روان‌شناسی سلامت*، شماره ۴، ۱۰۹-۹۷.
- حسینی قمی، طاهره، ابراهیمی قوام، صغرا، علوی، زهره، (۱۳۸۹). اثر اثربخشی آموزش تاب‌آوری براسترس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱(۱).
- دوستی، مرضیه؛ پورمحمدی رضای تجربی، معصومه؛ غباری بناب (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱(۴۱).
- رحیمیان بوگر، اسحق؛ اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روانی در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. شماره ۸ و ۷۰-۶۲.
- سادات حسینی، ف؛ حسین چاری، م. (۱۳۹۲). بررسی مدارک مربوط به روایی و پایایی. مقیاس انعطاف‌پذیری خانواده مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده؛ ۳(۲): ۲۰۶-۱۸۱.

- شجاعی، س. (۱۳۹۱). طراحی برنامه‌های افزایش تاب‌آوری و بررسی اثربخشی آن بر تاب‌آوری و سلامت روانی خواهران و برادران با نشانگان داون. پایان‌نامه دوره دکترای رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- شجاعی، س.، به پژوه، ا.، شکوهی یکتا، م؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر پایه تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱. مجله روان‌شناسی افراد استثنایی، ۲(۶)، ۴۶-۲۱.
- شیخ‌زاده قولنجی، فرشته؛ ترخان، مرتضی، گلچین، ندا؛ زارع (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۰(۴)، ۷۱-۵۳.
- صفاری نیا، معجد، ترخان، مرتضی و مهرآبادی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مصون‌سازی در مقابل تنیدگی بر فرسودگی شغلی و تاب‌آوری کارکنان دانشگاه. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۰(۱)، ۱۰۸-۸۹.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۰). تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال‌های رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود. طرح پژوهشی پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.
- کاوه، م (۱۳۸۹). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر تنیدگی و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی پدرومادر دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. پایان‌نامه دوره دکترای رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی
- کاوه، م.، علیزاده، ح.، ع؛ و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر تنیدگی و تأثیر آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی پدرومادر دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.
- کشتکاران، طاهره (۱۳۸۸). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. دانشگاه آزاد واحد خوراسگان، شماره ۳۹، ۲۱-۵.
- کربلایی شیری فرد، ر. (۱۳۸۵). ساخت و هنجاریابی پرسشنامه‌ای برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی خانواده‌هایی با فرزند کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته سنجش و اندازه‌گیری. دانشگاه علامه. پایان‌نامه چاپ‌نشده. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

محمدی، ابوالفضل؛ آفاجانی، میترا؛ زهتاب ور، غلامحسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۲، ۱۴۲-۱۳۶

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

مرندی، علی اکبری، م. (۱۳۸۷) ملاحظات اقتصادی و سرطان در جمهوری اسلامی ایران. اولین کنگره

مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.

مؤمنی، خدا مراد؛ علیخانی، مصطفی (۱۳۹۲). رابطه کارکرد خانواده، تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری با تنیدگی، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۲).

میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری با رضایت زناشویی و سلامت روانی در پدر و مادر با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱): ۱۳۷-۱۲۰.

نریمانی، محمد؛ آقا محمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۳ و ۳۴ و ۲۴-۱۵.

Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., & McManus, V. (2008). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*, 121(1), 54-64.

Arrington, E. G., & Wilson, M. N. (2000). A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 221-230.

Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*, 177(5), 517-524.

Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74.

Buchanan, A., and Brinke, J.T. (1998). *Recovery from emotional and behavioral problems*. NHS Executive, Anglia, and Oxford: University of Oxford.

Burns, R. A., Fellow, P., Anstey, K.J., Windsor, T. D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and

- anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand*.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G.K., & et al. (2006). Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 291-308.
- 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), 76-82.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). Resilience in children.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-35.
- Gutjahr, A. R. (2007). *Child resilience program: An intervention for children of chronically mentally ill parents*. PhD Thesis, School of Psychology, Spalding University, Louisville, Kentucky.
- Hastings, R. P. (2003). Child behaviour 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.
- Judkins, S. K. (2001). *Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education*. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of occupational health psychology*, 18(3), 327.
- Lemay, R., & Ghazal, H. (2001). Resilience and positive psychology: finding hope. *Child and Family*, 5(1), 10-21.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Lu, J., Harvey, R., & Bleecker, F. (2002). The personality construct of hardiness: II. Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 36(1), 72-85.
- 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).
- Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology* 2015.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Motamedi, S. H., Seyednour, R., Noorikhajavi, M., & Afghah, S. (2007). A study in depression levels among mothers of disabled children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 5(5), 3-7.

- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double- Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1(2), 35-
- 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), 43-53.
- Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Pérez-López, F. R., Pérez-Roncero, G., Fernández-Iñarrea, J., Fernández-Alonso, A. M., Chedraui, P., Llaneza, P., & MARIA (MenopAuse RISK Assessment) Research Group. (2014). Resilience, depressed mood, and menopausal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*, 21(2), 159-164.
- Pisula, E. (2007). A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with Down's syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 274-278.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating resiliency theory for assessment and application in schools. *Canadian*
- Reivich, K. & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor: Seven Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles*. New York: Broadway Books.
- Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. Broadway Books. 56 (4), 445-453.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 300-312.
- Pisula, E. (2006). A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with Down's syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 274-278.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, coping with an extended stays outdoor education program, and adolescence mental health*. Unpublished Honours thesis, University of Canberra.
- Song, J., Mailick, M.R., Greenberg, J.S., Ryff, C.D., Lachman, M.E. (2015). Cognitive aging in parents of children with disabilities. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social*
- Steinhardt M, Dolbier C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health*; 56(4):445-53.
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low- and middle-

- income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 445-460.
- Vincent, E. C. (2007). *Gender differences in protective factors associated with educational, emotional and dual domain resilience*. ProQuest.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2009). *Spiritual Resource in Family therapy*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*; Vol. 51, No. 2.
- Waugh. C.E. Fredrickson. B.L. Taylor, S.F. (2008). Adapting to listings and arrows: Individual
- Wolf W. (2001). Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*, 3, 29-31.
- Zablotsky, Benjamin. Black., Lindsey I J., Matthew., Schieve, Laura A and. Blumberg, Stephen J(2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistics Reports n Number 87 n November 13*. Page 2.

Archive of SID