

اثربخشی آموزش تاب آوری بر شادکامی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شهرستان قروه

نساء مریمی و حمزه احمدیان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد سنندج، سنندج، ایران
نویسنده مسئول: دکتر حمزه احمدیان

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر شادکامی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شهرستان قروه در سال ۱۳۹۴ می باشد. این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند معلول ذهنی تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان قروه در سال ۱۳۹۴ می باشد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش عبارتست از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۲۰۰۲). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس و آزمون مانکوا انجام پذیرفت، نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که آموزش تاب آوری بر شادکامی مادران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. بنابراین می توان گفت آموزش تاب آوری در جهت افزایش شادکامی مؤثر می باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش تاب آوری، شادکامی، معلول ذهنی

۱- مقدمه

در عصر حاضر مشکل بیماری ها و معلولیت ها از جمله عقب ماندگی ذهنی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است. خانواده های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندان بار عاطفی سنگینی را بر دوش می کشند (ادیب سرشکی، ۱۳۸۴). آگاه شدن از وجود هر گونه مشکل، تأخیر رشدی یا متفاوت بودن کودک ضربه ای بسیار سخت به والدین وارد می کند. والدین زمانی که متوجه ناتوانی فرزندشان می شوند با هیجانات شدیدی روبه رو می گردند. شارپلی بیستکا^۱ و همکاران (۱۹۹۷) بیان می کنند که مادران معمولاً به خاطر نقش ویژه شان در تولد و مراقبت از یک کودک معلول فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران تجربه می کنند. پدرها معمولاً به اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمی سازند، در حالی که مادران طیف گسترده ای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند (رافعی، ۱۳۸۶).

بیان مسئله

قبول عقب ماندگی کودک، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه برای مراقبت از او، سرخوردگی آرزوها و امیدها و تعدیلی که والدین باید در انتظارات خود برای آینده کودک ایجاد کنند، تحمل صحبت های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن موضوع، خدشه دار شدن رابطه کودک و والدین در اثر جدایی از افراد همسال، مشکلاتی که در ارتباط با خواهر و برادر او ایجاد می گردد، مشکلات آموزشی و گاهی وابستگی دراز مدت عاطفی و اقتصادی کودک عقب مانده، مشکلاتی هستند که والدین در نگهداری و تربیت کودک عقب مانده با آن کم و بیش مواجهند و همگی موجب آمدن فشار و استرس روی والدین علی الخصوص مادر گشته و احتمالاً آرامش خانوادگی را بهم می زنند. (داور منش، ۱۳۷۶). از آنجا که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن، امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد تأثیر می گذارد. در این میان، سلامت مادرانی که مجبورند معمولاً در خانه به کودک خود رسیدگی کنند، بیشتر در معرض آسیب است. اعضای خانواده به ویژه مادران، طیف شدیدی از هیجانات، در پاسخ به تشخیص عقب ماندگی ذهنی کودک نشان می دهند از قبیل: انکار^۲، شوک، غم و اندوه، احساس گناه، خجالت و شرمندگی، افسردگی^۳ و پذیرش و ترس (پیلوسا^۴، ۲۰۰۶). مدارک زیادی در دست است که نشان می دهد تولد فرزند معلول، مشابه متغیری بحران زا و فشار آفرین، اختلال رفتاری و شخصیتی والدین و به ویژه مادران را در پی دارد (کوهسالی، میرزمانی، کریملو، ۱۳۸۷). یکی از مسائلی که روانشناسان از دو دهه اخیر به مطالعه آن روی آورده اند شادکامی و شادزیستی و عوامل تأثیر گذار و مرتبط با آن است (آرگیل، ۱۹۸۷، آیسنک، ۱۹۹۰، میرز، ۱۹۹۳، چنج و فرنگهام، ۲۰۰۳، به نقل از شیخ زاده قولنجی، ۱۳۸۹). بررسی ها نشان داده اند مادران دارای کودک ناتوان در مقایسه با مادران کودکان سالم سطح شادکامی کمتری دارند (آیزنهاور، باکر و بلاچر^۵، ۲۰۰۵). در این میان، تاب آوری یکی از این مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت است (لاتاروچیچی، ۲۰۰۰، مستن، ۲۰۰۱؛ به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). "تاب آوری" در واقع فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز، علی رغم شرایط چالش برانگیز و تهدید کننده است (گارمزی و ماستن^۶، ۱۹۹۱). تاب آوری به این مسئله می پردازد که فرد علی رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (سلیمی بجستانی، ۱۳۸۸). در واقع، تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل می شود و علی رغم رویارویی فرد با تهدید های جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می سازد. تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب آور مشارکت کننده، فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب آوری قابلیت فرد

1 - Shaply Bistika

2. Denial

3. Depression

4. Pilusa

5. Eisenhower, baker & Blacher

6. resilience

7. Garmezy & Masten

در برابر برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز می باشد(کانر و دیویدسون^۸، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان می دهد که آموزش باعث می شود تا مادران گروه مورد مطالعه نسبت به گروه شاهد از شیوه مقابله ای مشکل مدار بیشتر استفاده کنند و از شیوه های مقابله ای کمتر مفید و غیر مؤثر کمتر استفاده نمایند. این شیوه های مقابله ای مشکل مدار به عنوان سازگارترین شیوه های مقابله ای بوده و با سلامت روانی ارتباط مثبتی دارد(علاقیند، ۱۳۸۹). از سوی دیگر برخی پژوهش ها نشان داده اند که احساس یکپارچگی و تاب آوری در والدین کودکان دارای شرایط خاص مانند کم توان ذهنی، از والدین کودکان عادی پایین تر است و نیازمند مداخله هایی در این زمینه هستند(گروهولت، استیگام، نوردهاجن و کهلر، ۲۰۰۳). بنابراین مساله اصلی این پژوهش این است که آیا مداخله هایی مبتنی بر آموزش تاب آوری موجب بالا بردن شادکامی مادران دارای فرزند معلول می شود؟

هدف تحقیق

تعیین میزان اثربخشی آموزش تاب آوری بر شادکامی مادران دارای فرزند معلول ذهنی

فرضیه تحقیق

آموزش تاب آوری بر افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

پیشینه پژوهش

پژوهش های انجام شده داخلی

-در پژوهشی که توسط کهریزی در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان بررسی رابطه تاب آوری با عملکرد تحصیلی و رضایت از زندگی بر روی دانش آموزان دختر ۱۷-۱۵ ساله شهر کرمانشاه انجام شد، نتایج نشان داد که بین تاب آوری و عملکرد تحصیلی دانش آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و بین میزان تاب آوری و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

- صالحی و همکاران(۱۳۹۰). در پژوهشی سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم مادران کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۱ سال به تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ مادر کودک مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و ۵۰ مادر کودک سالم) مقایسه کردند. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی مادران وجود دارد. و بین استفاده از سبکهای مقابله ای بحران در مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان سالم بیشتر از واکنش مسئله مدار و مادران کودکان معلول بیشتر از واکنش هیجان مدار و اجتنابی استفاده می کنند. همچنین، ارتباط معناداری بین شیوه مقابله مسئله مدار با شادکامی و سلامت عمومی بدست آمد، بدین معنی که با افزایش مقابله مسئله مدار، سلامت عمومی و شادکامی افزایش می یابد.

- خلعتبری و بهاری(۱۳۸۹) مطالعه ای را در راستای تعیین ارتباط بین تاب آوری و رضایت از زندگی انجام دادند. نتایج نشان داد که بین تاب آوری و رضایت از زندگی رابطه مثبت وجود دارد. بین مردان و زنان از نظر رضایت از زندگی تفاوت وجود دارد. بین زنان و مردان از نظر تاب آوری تفاوتی وجود ندارد.

- نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران نشان داد که تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنادار دارند. بر این اساس می توان گفت که سازه های تاب آوری و سخت کوشی می توانند تغییرات مربوط به موفقیت ورزشی و سلامت روانی را در ورزشکاران پیش بینی کنند.

- در تحقیقاتی که توسط شیخ زاده قولنجی در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان اثربخشی آموزش تاب آوری گروهی بر شادکامی و سلامت عمومی بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی انجام شد نتایج نشان داد که تاب آوری نوجوانان به واسطه تغییر مؤلفه

⁸.Conner & Davidson

های هیجانی، اجتماعی و شناختی افزایش یافته بود. همچنین شادکامی و سلامت عمومی افزایش معناداری داشت. بنابراین به نظر می رسد آموزش تاب آوری برای مدیریت مؤلفه های سلامت عمومی و شادکامی دارای اثربخشی است.

- تحقیقاتی که توسط شجاعی و همکاران در سال ۱۳۹۲ با عنوان اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت، بر روی خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون انجام شد، نتایج نشان می دهد که تاب آوری خواهران و برادران کودکان با کم توانی ذهنی با مشکلات سلامت روانی آنها از جمله اضطراب و افسردگی همبستگی منفی دارد.

۲-۸-۲- پژوهش های انجام شده خارجی

- در پژوهشی که تالی هیمان^۹ در سال ۲۰۰۲ با عنوان تاب آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمی انجام داده بود، نتیجه گرفت که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند، زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می کنند.

- در پژوهشی که انا الریکسون، جان والاندرو فردبایسنی در سال ۲۰۰۵ انجام دادند به این نتایج دست یافتند که تاب آوری متغیری است که می تواند کیفیت زندگی در نوجوانان با معلولیت حرکتی را افزایش دهد.

- فویبورگ^{۱۰}، هجمدال^{۱۱}، روسنوینگ^{۱۲}، اسلاکسن^{۱۳} و فلاتن^{۱۴} (۲۰۰۶) در پژوهش خود با عنوان «نقش واسطه ای تاب آوری در ارتباط با ترس و اضطراب» نشان دادند که تاب آوری با ابعاد مختلف سلامت و رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی دار دارد.

- گلیدین و همکاران^{۱۵} (۲۰۰۶) در تحقیق خود که به بررسی شخصیت و راهبرد های مقابله ای و بهزیستی بر روی نقش والدین (مادر و پدر) و جایگاه والدین (واقعی و غیر واقعی) پرداختند، نشان دادند که مادران بیشتر از راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی و پدران بیشتر از راهبرد ارزیابی مجدد مثبت استفاده می کنند و نتایج حاکی از این بود که بین روان رنجور خویی و راهبرد مقابله هیجان مدار و اجتنابی رابطه معنا داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که والدین خواننده ها (غیر واقعی) در مقایسه با والدین واقعی بیشتر از راهبرد رویارویی استفاده می کنند.

- هامارات^{۱۶}، تامپسان^{۱۷}، زابروکی^{۱۸} و مسنی^{۱۹} (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان پیش بینی کننده های رضایت از زندگی در جوانان و بزرگسالان نشان دادند که تاب آوری از عوامل موثر بر افزایش سطح سلامت روان و در نتیجه رضایت از زندگی است.

- دوندی وانی و ابود^{۲۰} (۲۰۰۵) نشان داده اند که میزان سلامت روان و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی در مقایسه با گروه بهنجار به طور معناداری کمتر است.

- ویدهایا و راجو^{۲۱} (۲۰۰۵) تفاوت های بین خانواده های دارای فرزند معلول و دارای فرزند سالم را مطالعه کردند نتایج تحقیق نشان داد که والدین دارای کودک معلول رضایت کمتر از زندگی زناشویی، حمایت های اجتماعی کمتر و احساس شادکامی کمتری را گزارش دادند.

9. Tali Heiman

10 - Friborg

11 - Hjemdal

12 - Martinussen

13 - Aslaksen

14 - Flaten

15 - Glidin & Billings & jobe

16 - Hamarat

17 - Thimpson

18 - Zabrocky

19 - Matheny

20 - Duvdevany & Abboud

جامعه پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند معلول ذهنی تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان قروه در سال ۱۳۹۴ می باشد.

حجم نمونه و روش نمونه گیری

نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر می باشد که به روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه، کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) گماشته شدند.

با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین مادرانی که دارای فرزند معلول و تحت پوشش اداره بهزیستی هستند تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. ملاکهای ورود به پژوهش (مادران کودکان معلول ذهنی، ساکن شهر قروه، سن و تحصیلات) می باشد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی: پرسش نامه شادکامی آکسفورد^{۲۲} را هیلز و آرجیل (۲۰۰۲) تهیه کرده اند. این پرسشنامه ۲۹ سؤال دارد دارد و آزمودنی به صورت چهار درجه ای به این سؤال ها پاسخ می دهد. آرجیل ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی (بعد از ۷ هفته) این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۸ گزارش کرده است. ضریب اعتبار همزمان مقیاس شادکامی با نمره های عاطفه مثبت، افسردگی و عاطفه منفی، به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۵۷ و ۰/۵۲- همبستگی دارد ($p < 0/01$). در پژوهش حقیقی، خوش کنش و شکر کن (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی مقیاس شادکامی با مقیاس عزت نفس ۰/۶۴، مقیاس خوشبینی ۰/۵۱ و مقیاس سلامت عمومی ۰/۵۶ به دست آمد ($P < 0/01$).

روش گردآوری داده ها

روش پژوهش، روش آزمایشی، به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. در روش کمی (آینده نگر) از نمونه گیری در دسترس استفاده شده و بر اساس هدف این پژوهش کاربردی است که به صورت مداخله ای تجربه ای داده ها گردآوری شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل کوواریانس و تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

آزمون فرضیه پژوهش

آموزش تاب آوری بر افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

جدول (۱): آزمون شاخص لون

F	Df1	Df2	sig
۲/۵۷۱	۱	۲۸	۰/۱۲۰

اولین پیش فرض استفاده از تحلیل کواریانس، تحقق برابری و همگنی واریانس خطای گروههای مورد مطالعه است. برای بررسی این پیش فرض از آزمون لون استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۱ درج شده است. همانگونه که نتایج این آزمون نشان میدهد خطای واریانس گروههای مورد مطالعه همگن و برابر است زیرا F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست.

21 - Vidhya Ravindranadan and Raju

22. Axford Happiness Inventory

جدول (۲): همگنی شیب رگرسیون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری Sig
گروه	۳۹۴/۰۹۷	۱	۳۹۴/۰۹۷	۱۴/۴۴۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۱۴۱۰/۰۵۵	۱	۱۴۱۰/۰۵۵	۵۱/۶۶۷	۰/۰۰۱
گروه × پیش آزمون شادکامی	۱۶/۸۳۸	۱	۱۶/۸۳۸	۰/۶۱۷	۰/۴۳۹

دومین پیش فرض استفاده از روش کوواریانس همگنی شیبهای رگرسیون است. این پیش فرض در جدول ۲ مورد تحلیل قرار گرفته است. نتایج این تحلیل نشان میدهد که همگنی شیبهای رگرسیون تحقق یافته است و F محاسبه شده (۰/۶۱۷) در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست. با توجه به این که پیش فرضهای روش تحلیل کوواریانس درباره فرضیه ما تحقق یافته است، در ادامه به بررسی و تحلیل فرضیه تحقیق با استفاده از این روش میپردازیم.

جدول (۳): تأثیر آموزش تاب آوری بر افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری Sig
عدد ثابت	۳۱۶۵/۲۶۱	۳	۱۰۵۵/۰۸۷	۳۸/۶۶۸	۰/۰۰۱
گروه	۳۹۴/۰۹۷	۱	۳۹۴/۰۹۷	۱۴/۴۴۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۱۴۱۰/۰۵۵	۱	۱۴۱۰/۰۵۵	۵۱/۶۶۷	۰/۰۰۱
خطا	۷۰۹/۴۳۹	۲۶	۲۷/۲۸۶		
کل	۲۵۹۰۷	۳۰			

با توجه به جدول ۳ ملاحظه میشود که آموزش تاب آوری موجب افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول گروه آزمایش شده است، زیرا ($F=14/433$ ، $Sig=0/001$) محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است. سطح معنی داری بیانگر این است که میانگین گروههای آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند.

جدول (۴) میانگین های نمرات تعدیل شده دو گروه در تحلیل کوواریانس

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	%۹۵ اطمینان	
			کران بالا	کران پایین
آزمایش	۳۴/۸۹۱	۱/۳۴۹	۳۷/۶۶۴	۳۲/۱۱۸
کنترل	۱۹/۲۷۰	۱/۳۴۹	۲۲/۰۴۳	۱۶/۴۹۷

همانطوری که جدول ۴ نشان می دهد میانگین های تعدیل شده گروههای آزمایش بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

بحث و بررسی نتایج مربوط به فرضیه پژوهش

فرضیه تحقیق که آموزش تاب آوری بر افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول تأثیر دارد مورد آزمون قرار گرفت. نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل این فرضیه در جدول ۳ آمده است. همان طور که در اطلاعات مربوط به تحلیل این فرضیه با توجه به آزمون کوواریانس آمده است آموزش تاب آوری موجب افزایش شادکامی مادران دارای فرزند معلول گروه آزمایش شده است. نتایج مربوط به این فرضیه با پژوهش های شیخ زاده قولنجی (۱۳۸۹)، صالحی و همکاران (۱۳۹۰) و دوندیوانی و ابود (۲۰۰۵) همسویی دارد.

همچنین نتایج این فرضیه با پژوهش های هایز و جوزف (۲۰۰۳)، دوندی و همکاران (۲۰۰۵)، ویدهایا و راجو (۲۰۰۵) همسو می

باشد.

به نظر می‌رسد تاب‌آوری باعث ایجاد عوامل محافظتی می‌شود که هم از جنبه روانی و هم از جنبه اجتماعی باعث شادکامی مادران نسبت به وقایع می‌شود و در نتیجه حالت تسلط بر محیط افزایش می‌یابد و به بهبود عملکرد و بهداشت روانی مثبت در آینده می‌انجامد.

یافته‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری می‌تواند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. در این پژوهش همبستگی متغیرها نشان‌دهنده آن است که با افزایش میزان تاب‌آوری، میزان شادکامی افزایش می‌یابد که این امر در حالت عادی و خنثی نمی‌تواند به خودی خود با افزایش شادکامی و امید در زندگی در این مادران همراه باشد. در سال‌های اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا با شعرتوجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان مورد توجه حوزه‌های مختلف روان‌شناسی قرار گرفته است. این رویکرد هدف‌نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را فراهم می‌کند. از این روی عواملی که موجبات تطابق هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را سبب گردند بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند. در این میان تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای مخصوصاً در حوزه‌های روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسی خانواده و بهداشت سلامت روانی به خود اختصاص داده است. از سویی دیگر این خود مشکلات نیستند که انسان‌ها را ناراحت می‌کنند بلکه نگرش مردم به مشکلات است که آنها را بیمار می‌کند. بر همین اساس می‌توان به انسان‌های هوشمند آموخت که گرفتار غم و ناامیدی نشوند. باورها و عقاید و فرضیه‌های اشتباه خود را بشناسند و آنها را تغییر دهند زیرا انسان‌ها می‌توانند با تربیت کردن و نظم بخشیدن افکارشان زندگی را مملو از کامروایی، شادکامی، خلاقیت و از لحاظ هیجانی رضایت بخش نمایند که در این پژوهش آموزش تاب‌آوری توانست به درستی این توان را در مادران دارای فرزند معلول ایجاد کند.

بحث و نتیجه‌گیری

تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که به مانند نوعی واکنش‌ناهی عمل می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و نگاه آنها به مشکلات به گونه‌ای است که در نظر آنها مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد می‌باشد رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد. فرد راهبردهای مقابله‌ای 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. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان را افزایش داده و میزان رضایت مندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد.

در این پژوهش نیز اثربخشی آموزش‌های مربوط به تاب‌آوری به خوبی توانست در تایید مطالعات قبلی نشان دهد که این آموزش بجز در موارد خاص و محدودی می‌تواند موجب بهبود حیطة‌های مختلفی از بهداشت روانی مادران دارای فرزند معلول شود.

منابع

منابع فارسی

- آرجیل، مایکل. (۲۰۰۱). روانشناسی شادی. ترجمه مهرداد کلانتری و همکاران (۱۳۸۳). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- آیزنک، م. (بی‌تا). همیشه شاد باشید. ترجمه ز. چلونگر (۱۳۷۸). تهران: نسل نو اندیش.
- احمدی، خدابخش؛ حدادی، غلامرضا؛ اخوی، زهرا و انیسی، جعفر (۱۳۹۱). عملکرد خانواده‌های دارای فرزند معلول. مجله علوم رفتاری. ۴(۴): ۳۳۱-۳۳۷.

- صالحی، مهدیه؛ کوشکی، شیرین و حق دوست، نرگس. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم، *مجله تحقیقات روانشناختی*، شماره ۹، ص ۱-۱۲.
- پاژنده، فرزانه؛ شرقی صومعه، نرگس؛ کرمینوری، رضا و علوی مجد، حمید (۱۳۸۳). بررسی رابطه ناباروری با بهزیستی و رضایتمندی از ازدواج، *فصلنامه پژوهنده*، شماره ۹ (۴۲)، ص ۳۶۰-۳۵۵.
- پورجلال - م ک. آموزش به خانواده های کودکان استثنایی. تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی تهران، ۱۳۷۸؛ ۱۰.
- جوکار، بهرام و سپهری، صفورا. (۱۳۸۵). *رابطه شادی و شیوه‌های گزینش*. مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا دوره ۲، شماره ۳ و ۴، ۱۳۸-۱۲۵.
- حسینی قمی، ط. سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۱). *رابطه بین جهت گیری مذهبی و تاب آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری شناسی و دین*. *مجله روان*، سال چهارم، شماره سوم، ۶۹-۸۱.
- حیدری، ح (۱۳۹۱). *بررسی مشکلات خانواده مبتلا به عقب ماندگی ذهنی*، پایان نامه منتشر نشده دانشگاه آزاد اسلامی همدان.
- داور منش، سقری و براتی، عبدالله. (۱۳۸۵). *بررسی عامل فرهنگی در پذیرش کودکان خاص*. انتشارات اسفندیار، بهار.
- دیویسون، نیل، کرینگ. (۲۰۰۳). *آسیب شناسی روانی*. مترجم مهدی دهستانی (۱۳۸۵). جلد اول.
- ذوالفقاری، فضیله؛ محمدخانی، پروانه و عباس پور، شهباز (۱۳۷۶). *بررسی راههای مقابله کارآمدی شخصی تصویری و نگرش به رویدادهای زندگی در دو گروه نرووتیک و بهنجار ایرانی*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*.
- رافعی، طلعت. (۱۳۸۶). *اتیسم/ارزیابی و درمان*. تهران: دانژه.
- ریو، جان مارشال. (۱۳۸۶). *انگیزش و هیجان*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۹۹۶). تهران: ویرایش.
- سازمان ملل متحده. (۲۰۰۹). *مجمع عمومی سازمان ملل متحد کنوانسیون حقوق معلولین*، مصوب ۱۳ دسامبر
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). *تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی*، *فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روانی، تاب آوری و امیدواری دانشجویان دانشکده روان شناسی علامه طباطبایی*، چاپ نشده.
- سلیگمن، مارتین. (۲۰۰۴). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۶). (ج ۱)، تهران: ساوالان.
- سلیگمن، مارتین. (۲۰۰۴). *شادمانی درونی*. ترجمه تبریزی، کریمی و نیلوفری (۱۳۸۸). تهران: نشر دایره.
- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۸۵) *روانشناسی کودکان عقب مانده ذهنی*. چاپ سوم انتشارات فرهنگ وارشاد اسلامی.
- شاملو، سعید، *آسیب شناسی روانی*، انتشارات جهر، ۱۳۷۹.
- شولتز، دی. و شولتز، اس. دی. (۲۰۰۴). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۱). تهران: ویرایش.
- شجاعی، ستاره؛ به پژوه، احمد؛ شکوهی یکتا، محسن و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱)، *پیش بینی نشانه های سلامت روانی بر اساس تاب آوری در خواهران و برادران نوجوان با کم توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰*، *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۲ (۶)، ۴۶-۲۱.
- شجاعی، ستاره؛ به پژوه احمد؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۱۳۹۲، شماره ۱۱ (۵)، ص ۴۴۷-۴۳۶
- شیخ زاده قولنجی، ف. (۱۳۸۹). *اثربخشی آموزش تاب آوری گروهی بر شادکامی و سلامت عمومی دانش آموزان دختر دبیرستانی*، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران، چاپ نشده.
- شیخی، م؛ هومن، ح.ع؛ احدی، ح؛ سپاه منصور، م. (۱۳۹۰). *مشخصه های روان سنجی مقیاس رضایت از زندگی*. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره ۵ (۱۹)، ص ۲۹-۱۷.

- غضنفری، فیروزه (۱۳۸۵) بهزیستی درونی از دیدگاه بین فرهنگی، *مجله روانشناسی، سال دهم، شماره ۴، ص ۴۲۱-۴۰۶* -کار، آلان. (۲۰۰۴). *روانشناسی مثبت*. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند با همکاری باقر ثنائی (۱۳۸۵). تهران: سخن.
- کوهسالی، م؛ میرزمانی، سید محمود (۱۳۸۵)، *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۱ و ۲، ص ۴۶-۵۱*
- کوهسالی، معصومه؛ میرزمانی، سید محمود؛ کریملو، مسعود؛ میرزمانی، منیره سادات (۱۳۸۷). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *مجله علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۲، ص ۱۷۲-۱۶۵*
- کهریزی، مریم (۱۳۸۹). *بررسی رابطه تاب آوری با عملکرد تحصیلی و رضایت از زندگی دانش آموزان دختر ۱۷-۱۵ ساله شهر کرمانشاه*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*. تهران: ارسباران.
- قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷؛ علی نیا، دوستی، دهشیری و حیدری، ۱۳۸۷، دلاور، علی (۱۳۸۵). *روش های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- مرادی اصیل، اصلان. (۱۳۹۰). *شیوع اختلالات روانی در کودکان مبتلا به اختلالات رشدی*، پایان نامه منتشر نشده دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات.
- مرادی، مریم. جعفری، ابراهیم. عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۴). *شادمانی و شخصیت: بررسی مروری*. تازه های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۲، ص ۷۱-۶۰.
- میرخانی -ح- مبانئی توانبخشی. چاپ دوم. تهران: انتشارات علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۸؛ ۱۰.
- میکائیلی منیع (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روان شناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم ۳۳ و ۳۴، ص ۲۴-۱۵*.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۵). *کودکان استثنايي*؛ انتشارات سمت. تهران. ایران
- نادری، ف، حیدری، ع، ر، و مشعل پور، م. (۱۳۸۷). *رابطه بین انعطاف پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خود کارآمدی و رضایت شغلی در کارکنان شهرداری اهواز*. یافته های نو در روانشناسی، ۳(۹)، ص ۱۷۶-۱۵۷.

منابع انگلیسی

- Au, A.; Li, P.; Chan, J.; Lui, C.; Ng, P.; Kwok, A.; & Leung, (2002). Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy.
- Alavi Kh. Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 124-35
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5)*; 2013 .
- Aminzadeh A, Hatamzade N, Mirkhani SM, Kazemnejad A. Evaluate effectiveness of home based training service of CBR program which have been offered to physically disabled people and their families. *J Rehabil* 2011; 18(5): 37-44
- Braithwaite J, Mont D, (2009). Disability and Poverty. *J Disable Res.* 3(3); 219-32.
- Boyers , E. , Kenya, R. U., Charles, S. C., & Hendrick, C. (2004). Big five personality and relationship construct material adjustment. Available at: www.scinedirect.com
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., Blacher, J. (2005). preschool children with intellectual disability, syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of intellectual disability.* 49, 657-671.
- Fruhwald S, Löffler H, Eher R. Relationship between depression, anxiety and quality of life: A study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Journal of Psychopathology.* 2001; 34: 50-56.
- Flaherty, Erelly M. & Masters, Glidden, I. (2000). Positive adjustment in parents rearing with Down syndrome. *Early Education & Development*, 11(4), 407-422.-

- Fruhwald S, Loffler H, Eher R. Relationship between depression, anxiety and quality of life: A study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Journal of Psychopathology*. 2001; 34: 50-56.
- Goldberg DP, Hillier VE. A scaled version of General Health Questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. 1979;9: 131-145.
- Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *Int J Psychol*. 2002.37(5).pp: 297-308.
- Gitterman A, Germain CB. *The life model of social work practice*. 3rd ed. New York: Columbia University press; 2008.
- Glidden LM, Schoolcraft SA. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 47:250-63.
- Glidin, L.M., Billings, F.J., Jobe, M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 12, 942-962.
- Karimi H, Hemmati Sabet A, Haghighi M, Ahmadpanah M, Mohammad Beigy H. Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners. *J Res Behav Sci* 2013; 11(2): 129-38.
- Kumpfer KL. The concept of hardiness: A brief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24:588-590
- Keranoul, A. E. (1997). Practitioner review: Psychological treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Lesley, P. Jacqueline, S. Mollie, G. (2008). Psychological well-being of parents of children with ataxia who attended the training and support programme: A 12-month follow-up. *Complementary therapies in clinical practice* 14, 152-157.
- Mac Grath, H (2000). The bounce back, resilience program: a pilot study. paper presented at the American educational research association annual conference, New Orleans, April 24-28.
- Marsha Mailick Seltzer, Jan Greenberg, Frank J. (2004). Accommodative coping and well being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American journal of orthopsychiatry*. 74, 2, 187-195.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. parental self-blame and guilt. *American Journal on Mental Retardation*. 97, 665-672
- Lahour M. (2009). Classification in Mental Retardation.. " *Adolescence*, 31(122) : 423-431.-
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; 71: 543-562.
- Lopez, S. J., & McKnight, C. (2002). Moving in a positive direction: Toward increasing the utility of positive youth development efforts. *Prevention and Treatment*, 5, [Http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050019c.htm](http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050019c.htm)
- Mash.e ja wofif. D. a abnormal child psychology Albany broox. Boston: mologyaw hillco 1999: 349.
- Moradi, A; Kalantari M. (2006). The Impact of life skills training of psychological profile of women. *J Rec Exept Child*. 19(1): 559-79.
- Payfer, Wera, L. (1953). Toward a middle-range theory of resilience. *Journal of Advances in nursing science*, 19(3), 1-13
- Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007 Feb; 10(1):131-6.
- Mc Cullagh, E; Brigstocke, G; Donaldson, N; & Kalra, L (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Journal of American Heart Association*. 36, 2181-2186.
- Nancy, W. judy, R. jane, K. youngae, I. kiristy, I. (2002) Across cultural family resiliency in hemodialysis patients, *journal of trans cultural nursing*. 13, 134-157.
- Neenan, M. (2009). Developing resilience: A cognitive – behavioural approach. *Developmental psychopathology* (vol. 1, pp: 261-294).
- 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.
- Palahn H, Nasr-Esfahani M, Barahani M d. [investigated the epidemiology of mental disorders in the city of Kashan]. *Journal of Thought and Behavior*. 1994; 2: 27-19. (In Persian).
- Rief, W, Hennings A., Riemer, S. & Euteneuer, F. Psychological differences between depression and somatization. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 68(5). 495-502

- Rahimi A, Shamsayi F, Zarabian M, Sadehi M. The effectiveness of drug therapy, cognitive therapy and combination of drug and cognitive therapy in depressed people. *Journal of Hamedan University of medical sciences*. 2008; 15(1). 16-21. [Persian].
- Robbins BD. What is the good life? Positivism and Renaissance of Humanistic Psychology. *Journal of Humanistic Psychologist*. 2008;36:96-112
- Riss, M. (1992). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1999. 21:119-144.
- Ryff CD, Singer B. Psychological wellbeing meaning measurement, and implications for psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*. 1996; 65: 14-23
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4) , 719-727.
- Ryff, C.D., Singer B.H. & Love G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 359,1383-1394.
- Rodriave, James R., Morgan, Sam B. & Geffken, Gary R. (2002). Psychological adaptation of father of child with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of autism & Developmental Disorders*, 22(2), 249-263.
- Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry behavior and science 1clinical psychiatry*, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins 2007.
- Pour sardar F, Abbas pour Z, Abdizarrin S, Sangari A. the effect of resiliency on -mental health and life satisfaction: A psychological pattern of wellbeing. *Journal of Lorestan University of medical sciences*. 2012: 14(1). 81-89. [Persian]
- Samani SI, Jokar BA, Sahragard NA. [Resiliency, mental health and life satisfaction]. *Journal of psychiatric and clinical psychology Iran*. 1387;13: 295-290. (In Persian).
- Sanders, L. B. Assessing and managing women with depression: A midwifery perspective. *Special continuing education issue-primary health care for women*. 2006: 51(4).185-192.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *The handbook of positive psychology*. New: Oxford University Press
- Sartorius, N., Leff, J., Lopez, J., Ibor, L., Maj, M., Okasha, A. (2005). *Family & Mental Disorders: From Burden to improvment*. Wiley, Chichester, UK.
- Silliman B. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Journal ActaPaediatrica Supplement*. 1997; 422:103-105.
- Seligman, M. (1999). The prevention of depression and anxiety. prevention andtreatment. 2. Article & Available on the word wide web.
- Tali Heiman (2002). Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations1 *Journal of Developmental and physical Disabilities*, Vol. 14, No.2. June.
- Tsaousis, I., Nikolaou, I., Nikolaos, S., & Judge, T. (2007). Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well being and physical and psychological health? *Personality and individual differences*, 42, 1444-1452.
- Vaise MJ. Teaching resilience skills to children who have been exposed to domestic violent an explanatory qualitative study Phd Thesis. Alhambra, California: Alliant International university; 2000.
- Vidhya Ravindranadan and Raju, S. (2007). Adjustment and Attitude of Parents of Children with Mental Retardation. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. , Vol. 33, No.1, 137-141.
- Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American- Journal of Orthopsychiatry*. 2001; 71: 290- 297.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, (71) : 290_29.
- Wolff S. The concept of resilience. *Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry*. 1995; 29: 565-574.
- World Health Organization. (1980). *Mental health for adolescents*. Geneva: The Institute.
- World Health Organization. (2006). *Mental health for adolescents*. Geneva: The Institute.
- World Health Organization. (2015). *Mental health for adolescents 15CID*. Geneva: The Institute.
- Yi. Jp, Vitaliano. PP, Smith. Re, Yi. Jc, Weingerk. (2008). The role of resilience on Psychological adjustment and physical health in patients with diabetes, *Br J health psychological*, 13(pt2), 311-256