

Development of a Resilience Fostering Program against Stress and Its Impact on Quality of Life Components in Parents of Children with Mild Intellectual Disability

تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف

Manijeh Kaveh, Ph.D.,¹ Hamid Alizadeh, Ph.D.,²
Ali Delavar,³ Ph.D., Ahmad Borjali, Ph.D.,⁴

دکتر منیژه کاوه،^۱ دکتر حمید علیزاده،^۲
دکتر علی دلاور،^۳ دکتر احمد برجلی^۴

Received: 29.2.10 Revised: 31.1.11 Accepted: 16.4.10

دریافت: ۸۸/۱۲/۳، تجدیدنظر: ۸۹/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۰/۴/۲۰

Abstract

Objective: Present research was conducted to develop a resilience fostering program, and examining its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. **Method:** A semi-experimental design with pretest-post test and one group repeated measure was applied. Thirty four parents from 16 district of Tehran were recruited and assigned for experimental and control groups randomly. Norem, Malia & Garrison Family Health Status Inventory, Diener Satisfaction with Life Scale and Furman Parent Child Relationship Questionnaire were utilized to evaluate parental health, life satisfaction, and parent-child relationship respectively. Covariance analysis revealed that training developed resilience program could change parent-child interaction components. On the other hand, no significant difference was observed between the two groups about parental health. Satisfaction of life was enhanced in posttest, but did not change in the follow up stage. **Conclusion:** Accordingly, this study concluded that the resilience program could promote quality of life in parents of children with mild intellectual disability. **Discussion:** Improvement in parent-child relationship and life satisfaction maybe due to decreased parental stress and change in schema and attitude toward disability and improvement in skills and their behavior.

Key words: Intellectual disability, Resilience, Parents, Quality of life, Stress

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تدوین و تهیه برنامه افزایش تاب‌آوری و مطالعه اثربخشی آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد. **روش:** تحقیق، نیمه آزمایشی با دو طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و طرح یک گروهی با اندازه‌گیری مکرر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌ای با حجم ۳۴ نفر از دو مدرسه منطقه ۱۶ انتخاب شد که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده عبارت‌اند از: پرسشنامه‌های وضعیت سلامت خانواده ((نورم، مالیا و گاریسون))، روابط والد-فرزند ((فورمن)) و رضایت زندگی ((دینر)) که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری مورد استفاده قرار گرفتند. **یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نشان دادند که میزان تغییرپذیری مؤلفه‌های روابط والد-فرزند، والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفتند، از والدینی تحت این آموزش قرار نگرفتند، بیشتر بود. ولی بین میزان سلامت گروه کنترل و آزمایش، تفاوتی مشاهده نشد. رضایت از زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر بود ولی در آزمون پیگیری تفاوتی نداشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج مبین این بود که برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین، اثرگذار است. بهبود روابط والد-فرزند و افزایش رضایت از زندگی ممکن است ناشی از کاهش استرس والدینی، تغییر طرحواره‌ها و نگرش‌های والدین به ناتوانی و همچنین بهبود مهارت‌ها و رفتارها در والدین باشد.

واژه‌های کلیدی: کم‌توانی ذهنی، تاب‌آوری، والدین، کیفیت زندگی، استرس

1- **Corresponding Author:** Assistant Professor University of Shahre Kord
2- Associate Pefesor of Alame Tabatabaee University
3- Pefesor of Alame Tabatabaee University
4- Associa Pefesor of Alame Tabatabaee University

۱- نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه شهر کرد
۲- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده رابط: alizadeh@atu.ac.ir)
۳- استاد دانشگاه علامه طباطبائی
۴- استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

گستره وسیعی از ادبیات پژوهشی حکایت از این واقعیت دارد که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به سایر والدین، استرس بیشتری را تحمل می‌کنند (سینگر، اتریچ و آلدانا، ۲۰۰۷؛ مک کنوکی، تروسدال-کندی، چنج، جارا، شوکری، ۲۰۰۸). این استرس ممکن است ناشی از نگرانی درباره چگونگی کنار آمدن کودک با مشکلات آینده، مشکلات رفتاری و سطح ناتوانی کودک، تغییر در روابط خانوادگی، هزینه‌های اقتصادی سنگین، رویاهای بر باد رفته، رفتارهای ترحم‌آمیز دیگران، نگرش منفی جامعه، کمبود اطلاعات، محدودیت دسترسی به خدمات و امکانات و تعارضات مربوط به داشتن فرزند دیگری باشد (ویتر، ۲۰۰۳؛ بلو، مک نیلز، شور و اوستین، ۲۰۰۶). مجموعه این عوامل باهم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین این کودکان وارد می‌آورد که زندگی شخصی و خانوادگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خانواده‌های بسیاری با مشکلات ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی درگیرند. براساس آمارهای مختلف بین‌المللی، حدود ۲/۵ درصد از کل کودکان و دانش‌آموزان، دارای کم‌توانی ذهنی هستند و براساس جمعیت ۲۰ میلیونی دانش‌آموزان، آمار آنها در کشور ما حدود ۵۰۰۰۰۰ نفر پیش‌بینی می‌شود (افروز، ۱۳۷۹).

در خانواده‌هایی که سعی در مراقبت از کودکان کم‌توان ذهنی یا ناتوانیهای دیگر می‌کنند، یکی از موضوعات قابل توجه، کیفیت زندگی^۱ والدین و سایر اعضای خانواده است. در بسیاری از موارد، مراقبت از کودک دارای کم‌توانی ذهنی، باعث بهبود کیفیت زندگی او می‌شود، ولی ممکن است کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده و به‌ویژه عضو مراقب^۲ را کاهش دهد (پارکر، ۱۹۹۰).

داشتن کودک کم‌توان ذهنی و استرس ناشی از آن، معمولاً تأثیر عمیقی بر رضایت از زندگی والدین و روابط خانوادگی آنها دارد (استراچان، ۲۰۰۵؛ مک

کنوکی و همکاران، ۲۰۰۸). به‌طور کلی، استرس ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین، تأثیرگذار است. کیفیت زندگی، سازه‌ای است که از آن، تعاریف مختلفی شده است؛ از جمله گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳ (۱۹۹۳) اشاره کرده که کیفیت زندگی سازه‌ای چندبعدی شامل ارزیابی حداقل سه بعد اصلی یعنی بهزیستی هیجانی، وضعیت جسمانی و کارکرد اجتماعی است. در این پژوهش، همانند مطالعه میچل (۲۰۰۶) کیفیت زندگی به‌مثابه کارکرد اجتماعی، هیجانی- روان‌شناختی و جسمانی در نظر گرفته شده است.

از سوی دیگر، برخی از پژوهشها نشان داده‌اند که احساس یکپارچگی و تاب‌آوری^۴ در والدین کودکان دارای شرایط خاص، مانند کم‌توانی ذهنی، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است (گروهولث، استیگام، نوردهاجن و کهلر، ۲۰۰۳؛ و نیازمند مداخله‌هایی در این زمینه هستند.

برخی پژوهشها به این نتیجه رسیده‌اند که تاب‌آوری، سرسختی روانی و سازگاری برخی افراد و خانواده‌ها در مواجهه با پدیده‌های استرس‌زا نسبت به برخی دیگر، بیشتر است. در سالهای اخیر «حرکت روان‌شناسی مثبت» (مانند سلیگمن و سکینزنت میهالی، ۲۰۰۰) بر مطالعه نقش قابلیت‌ها و تواناییهای بشر مخصوصاً در زمینه‌های بالینی، تأکید کرده است. «تاب‌آوری در واقع فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده است» (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۱، پژوهشهای جدیدتر در حیطه پیامدهای داشتن فرزند با ناتوانی نیز از این جریانهای مثبت در روان‌شناسی بی‌بهره نمانده‌اند و جهت‌گیریهای تحقیقاتی اخیر، از مفهوم استرس به سازگاری مثبت تغییر یافته‌اند.

اگرچه تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، ولی انسانها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند

مهارت را که مستقیماً با تاب‌آوری در ارتباط هستند، مورد تأکید قرار دادند که از جمله این مهارت‌ها می‌توان به تنظیم هیجانی، کنترل تکانه‌ها، تحلیل علل مشکل و سبک‌های تفکر، حفظ خوش‌بینی واقع‌بینانه، خودکارآمدی و همدلی با دیگران، اشاره کرد. همچنین فریدمن (۲۰۰۳) در برنامه دیگری که مربوط به افزایش تاب‌آوری است، موضوعاتی مانند آموزش در زمینه تاب‌آوری و درک تاب‌آوری مثبت و منفی، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی، آموزش خودکارآمدی، درک ارزش حمایت‌های اجتماعی و کسب آن، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، درک ارزش خوش‌بینی و کسب مهارت‌هایی برای افزایش آن و کسب مهارت‌هایی برای افزایش شادکامی را محور مداخله خود قرار داده است.

همچنین استنسما، هیجر و استالن (۲۰۰۷) دریافتند که آموزش تاب‌آوری استفاده از راهبردهای کنار آمدن موثر مانند راهبردهای فعال، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم‌سازی و افکار مثبت را در بین افراد افزایش و راهبردهای کنار آمدن منفی مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد و باعث کاهش افسردگی می‌شود. در پژوهش دیگری استینهارد و دولیبر (۲۰۰۸) دریافتند که برنامه افزایش تاب‌آوری، باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای موثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خودرهبی، و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می‌شود.

نونه و هستینگز (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی دریافتند که ایجاد تاب‌آوری از طریق ایجاد پذیرش روان‌شناختی، باعث کاهش استرس کاری و افزایش سلامت روانی کارکنان و معلمانی که با افراد دارای کم‌توانی ذهنی در تعامل بودند، می‌شود. سلیمی بجستانی (۱۳۸۸)، دریافتند که مداخلاتی که براساس مشاوره آدلری صورت گرفته، باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود.

و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواریها تغییر داد؛ به طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط، غلبه کنند (کوردیچ- هال و پیرسون، ۲۰۰۵؛ کورهونن، ۲۰۰۷).

تاب‌آوری ریشه در برخی از نظریه‌های روان‌شناسی دارد. توجه فریود به توانایی انسان جهت تفوق بر شرایط ناگوار (ماستن و کوسورث، ۱۹۹۵)، مفهوم دلبستگی بالبی، مدل «تاب‌آوری من»^۵ بلاک^۶ و سازوکارهای دفاعی وایلان^۷ (مگینس، ۲۰۰۷)، مفاهیمی مانند علاقه اجتماعی، اشتباه‌های اساسی، شجاعت ناکامل بودن و دلگرم‌سازی در نظریه آدلر و همکار او، درایکورس^۸ (کارنز و کارنز، ۱۹۹۸؛ میلرن و بارت-کروس، ۲۰۰۲؛ والش، ۲۰۰۶؛ ایوانز، ۲۰۰۷)، جایگاه انتظارات خودکارآمدی در تعیین رفتارهای انطباقی و میزان تلاش و مقاومت فرد در مواجهه با موانع و شرایط ناگوار در نظریه بندورا (بندورا، ۱۹۹۷)، نقش نظام باورها و نگرشهای فرد از نظر الیس و بک (لایتسی، ۲۰۰۶)، همچنین نقش ارزیابیهای شناختی در کنار آمدن فرد از دیدگاه لازاروس و فولکمن (لازاروس، ۱۹۹۳)، دیدگاه روشهای بوم‌شناختی برونفن برنر و روشی که عوامل و لایه‌های مختلف بر فرد و به‌ویژه کودک تأثیر می‌گذارند (لوتار، سی چتی و بکر، ۲۰۰۰)، سبک تفکر و تبیین افراد از دیدگاه سلیگمن (سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهم، ۱۹۹۵) و در نهایت، نقش معنا دادن به زندگی برای باقی‌ماندن در شرایط ناگوار براساس نظر فرانکل (کوری، ۲۰۰۵، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵) نقطه پیوند این نظریه‌ها با مفهوم تاب‌آوری است.

درباره موضوع تاب‌آوری پژوهش‌های چندی صورت گرفته است؛ برای نمونه اسکهل (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافت که شرکت در برنامه تاب‌آوری در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی نوجوانان، تأثیری نداشت. رایویچ و شاته (۲۰۰۲) در یکی از برنامه‌های افزایش تاب‌آوری، چند

آزمایش و کنترل ۱۷ نفر بود. ۱۸ نفر این ۳۴ نفر را مادران و ۱۶ نفر آنها را پدران تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری تصادفی با جایگزینی تصادفی است. در ابتدا فهرست مدارس دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی خفیف در مقطع ابتدایی منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران و آمار آنها تهیه شد. این منطقه دارای یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه در مقطع ابتدایی و مجموعاً ۱۳۰ دانش‌آموز بود. با مراجعه به مدارس مذکور و انجام اقدامات ابتدایی، تعداد ۵۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و دعوت به همکاری شدند؛ سپس اعضای انتخاب‌شده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، جایگزین شدند. لازم به ذکر است که به این علت که افت آزمودنیها در نتایج تحقیق، اثر منفی بر جای نگذارد، تعداد بیشتری از آزمودنیها دعوت به همکاری شدند و در نهایت، تعداد نمونه در دو گروه کنترل و آزمایش به ۳۴ نفر رسیدند.

روش تحقیق مورد نظر در پژوهش حاضر، روش نیمه آزمایشی با دو طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و طرح یک گروهی با اندازه‌گیری مکرر بود.

ابزار

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت‌اند از: مقیاس وضعیت سلامت خانواده^۹ (نورم، مالیا و گاریسون^{۱۰}، ۱۹۸۸)، پرسشنامه ۴۰ سوالی روابط والد-فرزند^{۱۱} (فورمن^{۱۲}، ۲۰۰۱)، مقیاس رضایت از زندگی (دینر^{۱۳}، ۱۹۸۵).

مقیاس وضعیت سلامت خانواده، پرسشنامه‌ای ۱۶ سوالی است که نورم، مالیا و گاریسون (۱۹۸۸) آن را تهیه کرده‌اند و سلامت جسمانی و روانی اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب پایایی پرسشنامه سلامت خانواده نورم، مالیا و گاریسون در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل

با توجه به اینکه استرس و ارزیابی آن، نقش مهمی در تعیین مؤلفه‌های مختلف زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی کیفیت زندگی والدین کودکان معلول و به‌ویژه دارای کم‌توانی ذهنی دارند، منطقی به نظر می‌رسد که برنامه‌های مداخله‌ای که تاب‌آوری در مقابل استرس را افزایش می‌دهند و راهبردهای مواجهه با آن را به فرد می‌آموزند، در بهبود مؤلفه‌های مذکور، تأثیر بسزایی داشته باشند.

هرچند که در خارج از کشور، برخی از پژوهشها به بررسی تأثیر مداخله‌هایی در زمینه کاهش استرس والدین دارای فرزند با ناتوانی پرداخته‌اند ولی در موضوع تأثیر آموزش برنامه تاب‌آوری در مقابل استرس و اثربخشی آن بر بهبود مؤلفه‌های زیستی، اجتماعی و روانی کیفیت زندگی این والدین، خلأ تحقیقاتی مشهود بود و به‌ویژه این که در پژوهشهای انجام گرفته در مورد سرسختی روانی و تاب‌آوری این خانواده‌ها اکثراً جنبه توصیفی داشتند و کار مداخله‌ای کمتری به چشم می‌خورد.

در پژوهش حاضر، برنامه تاب‌آوری در مقابل استرس برای والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی خفیف منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ تدوین شد و تأثیر آموزش این برنامه بر مؤلفه‌های زیستی، اجتماعی و هیجانی- روان‌شناختی کیفیت زندگی همانند سلامت، روابط والد-فرزند و رضایت از زندگی مورد سنجش قرار گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی خفیف شاغل به تحصیل در پایه اول تا پنجم مقطع دبستان منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ بودند که تعداد آنها ۱۳۰ نفر بود.

شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۴ نفر بودند. حجم نمونه در این پژوهش در هر یک از گروههای

بعد از نمونه‌گیری و انتخاب افراد مورد نظر، جمع‌آوری اطلاعات در چند مرحله صورت گرفت. در ابتدا والدین برای شرکت در جلسه معارفه و آشنایی با فرایند پژوهش دعوت شدند و از کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، جهت مشارکت در پژوهش، رضایت‌نامه اخذ شد؛ سپس به اجرای پرسشنامه‌ها و برگزاری پیش‌آزمون در زمینه رضایت از زندگی، روابط والد-فرزند و سلامت پرداخته شد. پس از آن یکی از گروهها به‌طور تصادفی به عنوان گروه آزمایش به صورت گروهی در معرض آموزش برنامه تاب‌آوری که از قبل، تدوین شده بود، قرار گرفت و برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت؛ زیرا ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش استرس و افزایش سطح حمایت اجتماعی و در نهایت، افزایش تاب‌آوری داشته باشد؛ زیرا جمع شدن افراد در گروه و تعامل با افرادی که مشکلات مشابه با آنها دارند و آگاه شدن از منابع موجود و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش سطح حمایت اجتماعی، مؤثر خواهد بود.

برنامه به‌وسیله پژوهشگر اجرا شد و پدران و مادران به صورت مشترک در گروه واحدی تحت آموزش قرار گرفتند. در نهایت، از دو گروه مذکور پس‌آزمونی در زمینه‌های مذکور به عمل آمد؛ سپس به منظور سنجش آثار طولانی‌مدت آموزش و دوره مذکور پیگیری با فاصله زمانی یک ماهه صورت گرفت و آزمودنیهای مذکور مجدداً یک ماه بعد، مورد آزمون قرار گرفتند.

به منظور تحلیل آماری داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس مورد استفاده قرار گرفت (دلور، ۱۳۸۴).

برنامه آموزشی

با توجه به طبیعت پیچیده تاب‌آوری و علی‌رغم بحثهای نظری فراوان، شواهد اندکی درباره جریان تاب‌آوری و اینکه چگونه آن را در افراد پرورش دهیم، به‌دست آمده است (ولین، ولین و ویزورک، ۱۹۹۹). در

۰/۹۳ به‌دست آمد. به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان آزمون سلامت خانواده، بین نمرات این آزمون با نمرات آزمون سلامت عمومی، همبستگی گرفته شد و ضریب همبستگی حاصل معادل ۰/۷۱ به دست آمد. پرسشنامه ۴۰ سوالی روابط والد-فرزند را فوراً تهیه کرده که دارای ۱۹ خرده‌مقیاس است و پنج عامل گرمی^{۱۴}، ابراز قدرت^{۱۵}، گرمای انضباطی^{۱۶}، روابط فردی^{۱۷} و احساس مالکیت^{۱۸} را می‌سنجد. این پنج عامل از بین ۱۹ خرده‌مقیاس از طریق تحلیل عاملی به دست آمده‌اند. برخی از عاملها سه سؤال و برخی دو سؤال دارند. در پژوهش حاضر، فرم والد این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۲ به‌دست آمد.

به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان پرسشنامه روابط والد-فرزند فوراً، بین برخی از عاملهای این پرسشنامه و عاملهای معادل آن، در پرسشنامه روابط والد-فرزند رابینسون همبستگی گرفته شد. ضریب همبستگی مشاهده‌شده بین نمرات نمرات عامل گرمی پرسشنامه روابط ولی-فرزند فوراً با عامل پیوند پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری رابینسون برابر با ۰/۹۶، بین نمرات عامل تنظیمی (استدلال/القاء) پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری رابینسون با نمرات عامل گرمای انضباطی پرسشنامه روابط ولی-فرزند فوراً برابر با ۰/۹۳ و بین نمرات عامل ابراز قدرت پرسشنامه روابط ولی-فرزند فوراً با عاملهای اجبار بدنی و خشونت کلامی پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری رابینسون برابر با ۰/۹۳ بود.

مقیاس رضایت از زندگی نیز ابزاری ۵ سوالی است که دینر (۱۹۸۵) تهیه کرده است (پاوت، دینر، کولوپین و ساندویک، ۱۹۹۱). ضریب همبستگی ۰/۸۲ و ضریب آلفای ۰/۸۷ را برای این مقیاس گزارش کرده است. ضریب پایایی پرسشنامه رضایت از زندگی دینر در این پژوهش، با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ به‌دست آمد.

(چادویک، موم سیلوویک و روسیتر، استامبل و تایلور، ۲۰۰۱؛ فلدمن و ورنر، ۲۰۰۲)؛ دلگرم‌سازی (فتحی، ۱۳۸۶) تأکید کرده‌اند.

هر یک از این برنامه‌های افزایش تاب‌آوری بسته به مخاطبان خود بر مهارتها و موارد خاصی، تأکید داشته‌اند که از جمله آنها می‌توان به مواردی مانند مداخله‌های شناختی- رفتاری و عقلانی- هیجانی، حمایت اجتماعی، آموزش مهارتهای بین فردی، کنار آمدن و حل مسئله، آشنایی با تاب‌آوری، افزایش اعتماد به نفس، خود کارآمدی و خود ارزشی، افزایش خوش‌بینی و نگرش مثبت، امید، شادکامی و دلگرم‌سازی، مدیریت و آگاهی هیجانی و کنترل تکانه‌ها، همدلی و علاقه اجتماعی، معنادرمانی و معنا دادن به مشکلات و گرفتاریها، معنویت، مذهب و توکل، منبع کنترل درونی و احساس کنترل بر موقعیتها و استفاده از شوخی و طنز در واکنش به دشواریها و مداخله‌هایی در زمینه سبک دلبستگی و غیره اشاره کرد (راتر، ۱۹۸۷؛ مدی، ۱۹۸۷؛ مرازک و مرازک، ۱۹۸۷؛ ماستن و همکاران، ۱۹۸۸؛ بیردسلی، ۱۹۹۰؛ ویمن، کان، ورک و کرلی، ۱۹۹۱؛ دان، ۱۹۹۴؛ بروکس، ۱۹۹۴؛ کولگیت، ۱۹۹۶؛ سلیگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهام، ۱۹۹۵؛ کومپاس، هیندن، گرهارت، ۱۹۹۵؛ انگلند-گلدن و همکاران، ۱۹۹۶؛ تیرنی و لاوله، ۱۹۹۷؛ جانسون، ۱۹۹۸؛ رو، ۱۹۹۹؛ سگال، ۱۹۸۶ به نقل از مک گراث، ۲۰۰۰؛ فرانکل، ۱۹۶۳ به نقل از جنینگز، ۲۰۰۲؛ فریدمن، ۲۰۰۳؛ وایت، ۲۰۰۴؛ کوردیچ-هال و پیرسون، ۲۰۰۵؛ آلورد و گرادوس، ۲۰۰۵؛ جادکینز، رید و فورلو، ۲۰۰۶؛ بیر، ۲۰۰۶؛ کینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ نیکلز، پولمن، لوی و بکهوس، ۲۰۰۷؛ هارت، بلینسکو و توماس، ۲۰۰۷؛ استینهارد و دولبیر، ۲۰۰۸؛ نونه و هستینگز، ۲۰۰۹؛ زاوس نیوسکی، بکت و سورسکی، ۲۰۰۹؛ پاینده، ۱۳۸۴).

سعی شد که از بین حیطه‌های مذکور، مواردی انتخاب شوند که قابلیت مداخله را داشته باشند و در

مورد موضوع خاص تاب‌آوری والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی، این مسئله، بیشتر مشهود است.

هورتون و والاندر (۲۰۰۱) و بروکس (۱۹۹۴) بر این باورند که عوامل درون‌فردی مانند عقاید فردی، نگرشها و سبک رفتار فرد تأثیر عوامل خطرآفرینی مانند انواع ناتوانی، استرس و دشواری ناشی از مراقبت از کودک دارای ناتوانی را در والدین، کاهش می‌دهند. کانترل (۲۰۰۷) این‌گونه بیان می‌دارد که عوامل درون‌فردی تاب‌آوری که باعث کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی والدین با کودک دارای ناتوانی و کم‌توانی ذهنی می‌شود، در پژوهشها، مورد بی‌توجهی قرار گرفته‌اند.

در پژوهش حاضر، به منظور تدوین برنامه تاب‌آوری، از یک سو پژوهشها و برنامه‌های افزایش تاب‌آوری قبلی که برای مخاطبان و گروههای مختلفی انجام پذیرفته بود، و مطالعات انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری که به شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری پرداخته‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند و همچنین از سوی دیگر، مروری بر پژوهشهای موجود در زمینه مداخله‌های گروهی و همچنین مدیریت و کاهش استرس والدین دارای کم‌توانی ذهنی، صورت گرفت. این نکته استنباط شد که اغلب مداخله‌های مربوط به والدین دارای کودک با کم‌توانی ذهنی در زمینه‌های مختلف، بر مواردی مانند آموزش مهارتهای کنار آمدن از طریق بازسازی شناختی، آموزش مهارتهای حل مسئله، آموزش مهارتهای بین فردی (گامون و رز، ۱۹۹۱)؛ تمرکز بر باورهای غیرمنطقی، به چالش کشیدن آنها و جانشین کردن این افکار با باورهای منطقی (گریویس، ۱۹۷۷)؛ آموزش مهارتهای زندگی با استفاده از شیوه‌های درمان شناختی - رفتاری (کریکهام و اسچالینگ، ۱۹۹۰)؛ تمرکز بر شناختهای تحریف‌شده ایجاد کننده احساس گناه و خود سرزنشی و اصلاح آنها (نیکسون و سینگر، ۱۹۹۳)؛ خود نظارتی، تنش‌زدایی و بازسازی شناختی (سینگر، اروین و هاوکینس، ۱۹۸۸)؛ آموزشهای رفتاری والدین

۲۰۰۴؛ بیر، ۲۰۰۶؛ استنسا، هیجر و استالن، ۲۰۰۷؛ استینهارد و دولیبر، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه اکثر پژوهشهای انجام شده مذکور به ویژه برنامه‌هایی که برای والدین اجرا شده بودند، محدوده زمانی بین ۱۲ تا ۱۵ جلسه داشتند و با توجه به محتوای انتخاب شده، این برنامه، در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و روشهای گوناگون مداخله در این پژوهش، شامل سخنرانی، بحث گروهی، مدل‌سازی به‌وسیله پژوهشگر، صحنه‌سازی و تمرینهای ایفای نقش، مشارکت والدین و انجام تکالیف در منزل بود که این تکالیف و نحوه انجام آنها از سوی پژوهشگر بررسی شد.

اجرای برنامه

الف) اجرای آزمایشی

پس از تدوین برنامه و قبل از اجرای اصلی آن، برنامه آموزشی تدوین شده در ۱۰ جلسه به صورت آزمایشی به منظور دریافت پس‌خوراند از والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر گروهی از آنان اجرا شد. اساسی‌ترین علت اجرای آزمایشی برنامه آموزشی، کسب تسلط بیشتر بر روشهای مورد استفاده و اصلاح و تکمیل برنامه آموزشی بود. از تغییراتی که پس از اجرای آزمایشی برنامه صورت گرفت، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

رفع سوء تفاهات، خرافات و تصورات کلیشه‌ای رایج درباره کم‌توانی ذهنی که به جلسه دوم برنامه اضافه شد. کوششهایی در جهت توقف فرایند مقصریابی به برنامه افزوده شد. چون والدین گاهی یا خود را در معلولیت فرزندشان مقصر می‌دانستند که باعث ایجاد احساس گناه در آنها می‌شد و فکر می‌کردند معلولیت فرزندشان جزای کارهای ناپسند گذشته‌شان است و یا همسر خود و بستگان او را مقصر می‌دانستند که باعث ایجاد کدورت و ناراحتی در بین آنان می‌شد. قسمتی تحت عنوان افکار منفی در مورد کودک، خویشتن و دیگران و همچنین جانشین‌سازی آنها با افکار مثبت به برنامه افزوده شد. همچنین تأکید بیشتری بر نقش معنایی که

عین حال تناسب آن با نیازها، مشکلات و استرسهای خاص گروه مخاطب برنامه آموزشی یعنی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی رعایت شود. در نهایت، محتوای متناسب برای انجام مداخله برای افزایش تاب‌آوری والدین با مشورت و نظرخواهی از استادان و متخصصینی که در حیطه کم‌توانی ذهنی و والدین آنها صاحب نظر هستند، انتخاب شدند.

عوامل درون‌فردی تاب‌آوری که قبلاً ذکر شد در مورد والدین دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی مورد غفلت قرار گرفته‌اند، از نظر کامپفر (۱۹۹۹) شامل عوامل معنوی، رفتاری، شناختی، هیجانی، فیزیکی هستند. با توجه به برنامه‌های افزایش تاب‌آوری موجود قبلی و مطالعات انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری و براساس مدل کامپفر (۱۹۹۹) در زمینه عوامل درون‌فردی تاب‌آوری در حیطه معنوی، آموزش معناخواهی و جست‌وجوی معنا؛ در حیطه شناختی، آموزش بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه با استفاده از روش درمان شناختی- رفتاری بک و عناصری از نظریه آدلر، درمان عقلانی- هیجانی الیس و سبکهای تبیینی سلیگمن؛ در حیطه هیجانی، آموزش دلگرم‌سازی شوان‌کر (۱۹۹۱) و در حیطه رفتاری، آموزش مهارتهای کنارآمدن به عنوان اجزای برنامه افزایش تاب‌آوری، در این پژوهش انتخاب شدند.

به منظور برنامه‌ریزی تعداد جلسات و زمان‌بندی برنامه نیز مرور بر مداخله‌های گروهی انجام‌شده بر والدین دارای کودک با کم‌توانی ذهنی، نشان داد که به‌طور معمول، دامنه زمانی آنها از نظر تعداد جلسات بین ۵ تا بیش از ۲۰ جلسه است سینگر، اروین و هاوکینس، ۱۹۸۸؛ سینگر، اروین، هاوکینس و کولی^{۱۹}، ۱۹۸۹؛ گامون و رز، ۱۹۹۱؛ کریکهام، ۱۹۹۳؛ نیکسون و سینگر، ۱۹۹۳؛ چادویک و همکاران، ۲۰۰۱؛ تونگ و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله‌های انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری که تحت بررسی قرار گرفتند نیز دامنه زمانی بین ۴ تا ۲۶ جلسه داشتند (نیل و دیاس، ۲۰۰۱؛ رایویچ و شاته، ۲۰۰۲؛ وایت،

کم‌توانی ذهنی می‌تواند برای خانواده‌ها و والدین داشته باشد، صورت گرفت.

ج) مرحله پیگیری

به منظور بررسی تأثیرات بلندمدت‌تر برنامه، از والدین شرکت‌کننده در پژوهش یک ماه بعد از اجرای برنامه خواسته شد که مجدد در جلسه دیگری شرکت کنند و آزمونهای وضعیت سلامت خانواده، پرسشنامه روابط والد-فرزند، مقیاس رضایت از زندگی دوباره اجرا و نظر والدین در ارتباط با میزان اثربخشی برنامه سنجیده شد. به این ترتیب نتیجه اجرای برنامه در فاصله زمانی طولانی‌تری مورد بررسی قرار گرفت.

ب) اجرای نهایی

پس از آن برنامه آموزشی تدوین‌شده برای والدین دارای کودک با کم‌توانی ذهنی گروه آزمایش در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد که خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ موجود است. برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

جدول ۱- جلسات برنامه افزایش تاب‌آوری

ترتیب جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه اول	معرفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه
جلسه دوم	آشنایی با استرس و استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با کم‌توانی ذهنی و مفهوم تاب‌آوری
جلسه سوم	آشنایی با راهبردهای کنار آمدن و مقابله با استرس و تأکید بر نقش آنها در تاب‌آوری
جلسه چهارم	بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه (۱)
جلسه پنجم	بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و تاب‌آوری و آشنایی با خطاهای شناختی
جلسه ششم	بازسازی شناختی و ... (۲) آشنایی با نقش تفاوت‌های فردی در ادراک، تأکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی‌ها
جلسه هفتم	بازسازی شناختی و ... (۳) چالش با خودگوییهای منفی و جایگزینی آنها با خودگویی‌های مثبت و سازنده
جلسه هشتم	بازسازی شناختی و ... (۴) آشنایی با سبکهای تفکر و تأکید بر نقش تفکر خوش‌بینانه در تاب‌آوری
جلسه نهم	آموزش دلگرم‌سازی (۱): معرفی دلگرم‌سازی، دلسرده‌سازی و تأکید بر هدفمندی رفتارها
جلسه دهم	آموزش دلگرم‌سازی (۲): تمرین دلگرم‌ساختن دیگران
جلسه یازدهم	آموزش دلگرم‌سازی (۳): تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش مثبت نسبت به آنها
جلسه دوازدهم	آموزش دلگرم‌سازی (۴): نشان دادن تأثیر منفی غیبت کردن و دلسرده‌سازی بر روابط فرد با دیگران
جلسه سیزدهم	آموزش دلگرم‌سازی (۵): آشنایی با روش خود دلگرم‌سازی
جلسه چهاردهم	جستجوی معنا، معنا خواهی (۱): معرفی رویکرد معنا درمانی و آشنایی با تجارب فرانکل
جلسه پانزدهم	جستجوی معنا، معنا خواهی (۲): تأکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکلات غیر قابل تغییر
جلسه پانزدهم	جمع‌بندی، مرور و نتیجه‌گیری

یافته‌ها

بودند که ۱۷ نفر آنها در گروه آزمایش و ۱۷ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفته بودند. ۱۸ نفر این ۳۴ نفر را مادران و ۱۶ نفر آنها را پدران تشکیل می‌دادند و در محدوده سنی ۲۷ تا ۶۱ سال قرار داشتند. میانگین سن مادران ۳۹/۱۶ و میانگین سن پدران ۴۲/۹۷ بود.

در ابتدا آماره‌های توصیفی مربوط به تعداد، سن و سطح تحصیلات والدین، آورده می‌شود. سپس به سؤالیهای پژوهش بر حسب جداول آمار توصیفی و استنباطی، پاسخ داده می‌شود. کل والدین شرکت‌کننده در این پژوهش ۳۴ نفر

تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند، بیشتر است.

این فرضیه مربوط به پرسشنامه روابط والد-فرزند فورمن (۲۰۰۱) است، این پرسشنامه دارای پنج عامل یا خرده‌مقیاس گرمی، ابراز قدرت، روابط فردی، گرمای انضباطی و احساس مالکیت است؛ بنابراین هر عامل یا خرده‌مقیاس به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرند. در ابتدا جداول و نمودار مربوط به یافته‌های توصیفی و استنباطی این عوامل آورده می‌شود؛ سپس به توضیحات مربوط به آنها پرداخته می‌شود.

در مجموع میانگین سن والدین شرکت‌کننده در این پژوهش ۴۲/۹۷ بود.

همچنین ۵ نفر معادل ۱۴/۷ درصد از والدین بی‌سواد، ۵ نفر معادل ۱۴/۷ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۶ نفر معادل ۱۷/۶ درصد راهنمایی، ۳ نفر معادل ۸/۸ دارای تحصیلات دبیرستانی، ۱۱ نفر معادل ۳۲/۴ دیپلم، ۲ نفر معادل ۵/۹ درصد فوق دیپلم و ۲ نفر معادل ۵/۹ درصد دارای لیسانس بودند.

فرضیه ۱: میزان تغییرپذیری هر یک از مؤلفه‌های روابط والد-فرزند والدینی که تحت آموزش برنامه

جدول ۲- میانگین مؤلفه‌های روابط والد-فرزند به تفکیک گروه (در پس آزمون) در رابطه والدین دارای فرزند با کم توانی ذهنی به تفکیک گروه

آماره	تعداد افراد	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد پیش آزمون	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد پس آزمون
عامل گرمی					
آزمایش	۱۷	۱۵/۹۴	۲/۶۳	۱۹	۱/۸۳
کنترل	۱۷	۱۵/۰۵	۲/۰۴	۱۵/۴۱	۲/۶۴
کل افراد	۳۴	۱۵/۵۰	۲/۳۶	۱۷/۲	۲/۸۸
عامل ابراز قدرت					
آزمایش	۱۷	۳۹/۹۴	۴/۶	۲۸/۶۴	۲/۶۴
کنترل	۱۷	۳۸	۷/۸	۳۷/۷۶	۲/۷۹
کل افراد	۳۴	۳۹	۶/۴	۳۳/۲	۲/۷۱
عامل روابط فردی					
آزمایش	۱۷	۳۱	۲/۵	۳۱/۱۷	۲/۸۷
کنترل	۱۷	۳۱/۱۱	۳	۳۱/۴۱	۴/۲۱
کل افراد	۳۴	۳۱/۰۵	۲/۷	۳۱/۲۹	۳/۵۵
عامل گرمای انضباطی					
آزمایش	۱۷	۱۷	۲/۵	۲۲/۵۲	۲/۹۶
کنترل	۱۷	۱۶/۵۸	۲/۸۷	۱۶/۶۴	۲/۶۴
کل افراد	۳۴	۱۶/۷۹	۲/۶۶	۱۹/۵۸	۴/۰۶
عامل احساس مالکیت					
آزمایش	۱۷	۱۹/۵۸	۲/۷۱	۱۹/۶۴	۲/۶۲
کنترل	۱۷	۱۸/۵۲	۴/۰۹	۱۸/۳۵	۳/۹
کل افراد	۳۴	۱۹/۰۵	۳/۴۶	۱۹/۶۴	۲/۶۲

جدول ۳- نتیجه آزمون تحلیل کوواریاس برای مؤلفه‌های روابط والد-فرزند					
سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی عامل گرمی	مجموع مجذورات	آماره منابع تغییر
۰/۰۹۶	۲/۹۳	۱۴/۳۸	۱	۱۴/۳۸	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۰۰	۱۸/۶۴	۱۹/۲۷۴	۱	۱۹/۲۷۴	متغیر بین گروهی (گرمی)
-	-	۴/۸۹	۳۱	۱۵۱/۷۳۱	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۲۴۳/۰۰۵	کل
عامل ابراز قدرت					
۰/۰۰۰	۶۸/۴۳	۷۴۶/۷۱۰	۱	۷۴۶/۷۱۰	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۰۰	۸۴/۹۴	۹۲۶/۸۴۲	۱	۹۲۶/۸۴۲	متغیر بین گروهی (ابراز قدرت)
-	-	۱۰/۹۱	۳۱	۳۳۸/۲۳۱	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۲۶۵/۰۷۳	کل
عامل روابط فردی					
۰/۰۰۰	۱۶۲/۷۲	۴۱۶/۵۸۸	۱	۴۱۶/۵۸۸	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۷۶۷	۰/۰۸	۰/۲۲۹	۱	۰/۲۲۹	متغیر بین گروهی (روابط فردی)
-	-	۲/۵۶	۳۱	۷۹/۳۵	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۷۹/۵۷۹	کل
عامل گرمای انضباطی					
۰/۰۰۲	۱۱/۴۲۳	۶۸/۸۸	۱	۶۸/۸۸	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۰۰	۴۵/۵۳۱	۲۷۰/۵۹۱	۱	۲۷۰/۵۹۱	متغیر بین گروهی (گرمای انضباطی)
-	-	۵/۹۴۳	۳۱	۱۸۴/۲۳۱	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۴۵۴/۸۲۲	کل
عامل احساس مالکیت					
۰/۰۰۰	۲/۴۱	۳۴۹/۲۸۷	۱	۳۴۹/۲۸۷	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۳۷	۴/۷۴	۰/۶۸۵	۱	۰/۶۸۵	متغیر بین گروهی (احساس مالکیت)
-	-	۰/۱۴۴	۳۱	۴/۴۷۷	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۵/۱۶۲	کل

میزان F مشاهده شده بزرگ‌تر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش عامل گرمی در روابط والد-فرزند دارد ($P \leq 0/01$; $F = 18/64$).

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری برابر با (۱۸/۳۵) است که آن نیز در سطح ($P \leq 0/01$) معنادار است؛ به این معنی که تأثیر آموزش برنامه تاب‌آوری بر عامل گرمی در روابط والد-فرزند پایدار

- عامل اول (گرمی): طبق نتایج جدول ۲ میانگین عامل گرمی در روابط والد-فرزند برای گروه آزمایش ۱۹ و در گروه کنترل، میانگین پایین‌تر و برابر با ۱۵/۴۱ است.

براساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۱۸/۶۴ است. مقدار F بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با (۷/۵۲) است. از آنجا که

بوده است.

عامل دوم (ابراز قدرت): طبق نتایج جدول ۲

میانگین عامل ابراز قدرت در روابط والد - فرزند برای گروه آزمایش ۲۸/۶۴ و در گروه کنترل میانگین بالاتر و برابر با ۳۷/۷۶ است.

بر اساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۸۴/۹۴ است. مقدار بحرانی نیز براساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده بزرگتر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر کاهش ابراز قدرت در روابط والد-فرزند دارد. ($F = 84/94$ ؛ $P \leq 0/01$)

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری برابر با ۸۴/۲۴ است که آن نیز در سطح ($P \leq 0/01$) معنادار است؛ به این معنی که طبق آزمون پیگیری نیز آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری و پایداری در کاهش عامل ابراز قدرت در روابط والد-فرزند داشته است.

عامل سوم (روابط فردی): طبق نتایج جدول ۲

میانگین عامل روابط فردی در روابط والد-فرزند برای گروه آزمایش ۳۱/۱۷ و در گروه کنترل میانگین برابر با ۳۱/۴۱ است.

براساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۰/۰۸ است. مقدار بحرانی نیز براساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر عامل روابط فردی در روابط والد-فرزند ندارد. ($F = 0/08$ ؛ $P > 0/01$)

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری برابر با ۰/۰۷۶ است که از لحاظ آماری معنادار نیست؛ به این معنی که طبق پس‌آزمون دوم نیز آموزش برنامه تاب‌آوری بر عامل روابط فردی در روابط والدین

تأثیر نداشته است.

عامل چهارم (گرمای انضباطی): طبق نتایج

جدول ۲ میانگین عامل گرمای انضباطی در روابط والد-فرزند برای گروه آزمایش ۲۲/۵۲ و در گروه کنترل میانگین پایین‌تر و برابر با ۱۶/۶۴ است.

براساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۴۵/۵۳۱ است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده بزرگتر از مقدار بحرانی آن است حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش عامل گرمای انضباطی در روابط والد-فرزند دارد ($F = 45/531$ ، $P \leq 0/01$).

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری برابر با (۴۱/۰۳) است که آن نیز در سطح ($P \leq 0/01$) معنادار است؛ به این معنی که تأثیر آموزش برنامه تاب‌آوری بر عامل گرمای انضباطی در روابط والد-فرزند پایدار بوده است.

عامل پنجم (احساس مالکیت): طبق نتایج

جدول ۲ میانگین عامل احساس مالکیت در روابط والد-فرزند برای گروه آزمایش ۱۹/۶۴ و در گروه کنترل میانگین برابر با ۱۸/۳۵ است.

براساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۴/۷۴ است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است می‌توان ادعان داشت که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر احساس مالکیت در روابط والد-فرزند ندارد ($F = 4/74$ ؛ $P > 0/01$).

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری نیز برابر با ۲/۰۲ است که از لحاظ آماری معنادار نیست؛ به این معنی که طبق پس‌آزمون دوم نیز آموزش برنامه تاب‌آوری بر عامل احساس مالکیت در روابط والدین تأثیر نداشته است؛ بنابراین با توجه به

جسمانی، سلامت روانی و یک نمره کلی تحت عنوان عامل سلامت والدین است که مجموعه‌ای از دو خرده مقیاس است؛ بنابراین به صورت سه فرضیه جداگانه مورد بررسی قرار گرفته و نتایج هر عامل به صورت جداگانه بیان شده است.

محاسبات فوق، فرضیه اول تأیید می‌شود. **فرضیه ۲.** میزان سلامت والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند، بیشتر است. مقیاس سلامت خانواده نورم، مالیا و گاریسون (۱۹۸۸) دارای دو عامل یا خرده‌مقیاس سلامت

جدول ۴- آماره‌های توصیفی عوامل سلامت جسمانی، سلامت روانی و عامل کلی سلامت به تفکیک گروه

آماره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جنسیت	افراد	پیش آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
عامل سلامت جسمانی					
آزمایش	۱۷	۲۶/۱۷	۶/۳۵	۲۶	۶/۰۳
کنترل	۱۷	۲۲/۸۲	۵/۳۷	۲۲/۴۱	۵/۲
کل افراد	۳۴	۲۴/۵	۶/۰۴	۲۴/۲	۵/۸۴
عامل سلامت روانی					
آزمایش	۱۷	۲۰/۱۱	۴/۱۲	۱۷/۷۶	۳/۹۱
کنترل	۱۷	۱۹/۰۵	۱۳/۰۸	۱۶/۷۶	۴/۸
کل افراد	۳۴	۱۹/۵۸	۹/۵۶	۱۷/۲۶	۴/۵۷
عامل کلی سلامت					
آزمایش	۱۷	۴۶/۲۹	۹/۴۵	۴۵/۷۶	۹/۰۱
کنترل	۱۷	۴۱/۸۸	۱۵/۳۲	۳۹/۱۷	۸/۹۵
کل افراد	۳۴	۴۴/۰۸	۱۲/۷۳	۴۲/۹۶	۹/۴۵

براساس نتایج جدول ۵ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۲/۲۶ است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده کوچک‌تر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که میانگین سلامت جسمانی والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند به طور معناداری، متفاوت نبوده است؛ به عبارت دیگر، آموزش برنامه تاب‌آوری بر میزان سلامت جسمانی والدین تأثیری ندارد. ($F = 2/26; P > 0/01$)

برای آزمون این فرضیه‌ها و بررسی معنادار بودن تفاوت میانگینها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای بررسی این که آیا تفاوت نمره ناشی از خطا بوده و یا اینکه تغییر واقعی صورت گرفته نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان داده شده است.

- عامل اول (سلامت جسمانی): طبق نتایج جدول ۴ و شکل ۲ میانگین عامل سلامت جسمانی والدین برای گروه آزمایش ۲۶ با پراکندگی ۶/۰۳ است. در گروه کنترل میانگین برابر با ۲۲/۴۱ و انحراف استاندارد ۵/۲ است.

جدول ۵- نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای عوامل سلامت جسمانی، سلامت روانی و عامل کلی سلامت					
سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	آماره منابع تغییر
عامل سلامت جسمانی					
۰/۰۰۰۱	۱/۷۵	۹۹۸/۴۲۹	۱	۹۹۸/۴۲۹	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۱۴۲	۲/۲۶	۱/۲۹۵	۱	۱/۲۹۵	متغیر بین گروهی (سلامت جسمانی)
-	-	۰/۵۷۱	۳۱	۱۷/۶۸۹	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۸/۹۸۴	کل
عامل سلامت روانی					
۰/۰۱	۸/۶۷	۳۳۹/۹۷	۱	۳۳۹/۹۷	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۶	۱/۵۱	۵۹/۲۴۳	۱	۵۹/۲۴۳	متغیر بین گروهی (سلامت روانی)
-	-	۳۹/۲	۳۱	۱۲۱۵/۲	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۲۷۴/۴۴۳	کل
عامل کلی سلامت					
۰/۰۰۰۱	۴۵/۳۸	۱۷۹۲/۷۷۱	۱	۱۷۹۲/۷۷۱	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۰۷	۳/۳۲	۱۳۱/۴۴۳	۱	۱۳۱/۴۴۳	متغیر بین گروهی (سلامت کلی)
-	-	۳۹/۵۰	۳۱	۱۲۲۴/۵۰۰	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۳۵۵/۹۴۳	کل

متفاوت نبوده است؛ به عبارت دیگر آموزش برنامه تاب‌آوری بر میزان سلامت روانی والدین تأثیری ندارد. ($F=۱/۵۱$ ؛ $P>۰/۰۱$)

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری نیز برابر با (۱/۹۳) است که از لحاظ آماری معنادار نیست؛ به این معنی که طبق آزمون پیگیری نیز آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری و پایداری در میزان سلامت روانی والدین نداشته است.

عامل سوم (سلامت): طبق نتایج جدول ۴ میانگین سلامت والدین برای گروه آزمایش ۴۲/۷۶ با پراکندگی ۹/۰۱ است. در گروه کنترل میانگین برابر با ۳۹/۱۷ و انحراف استاندارد ۸/۹۵ است.

براساس نتایج جدول ۵ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۳/۳۲ است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۱$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که میانگین سلامت روانی والدینی است، حاکی از این است که میانگین سلامت والدینی

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری نیز برابر با (۰/۱۱۳) است که از لحاظ آماری معنادار نیست؛ به این معنی که طبق آزمون پیگیری نیز آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری و پایداری در میزان سلامت جسمانی والدین نداشته است.

عامل دوم (سلامت روانی): طبق نتایج جدول ۴ میانگین عامل سلامت روانی والدین برای گروه آزمایش ۱۷/۷۶ با پراکندگی ۳/۹۱ است. در گروه کنترل میانگین برابر با ۱۶/۷۶ و انحراف استاندارد ۴/۸ است.

براساس نتایج جدول ۵ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با ۱/۵۱ است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۱$) برابر با ۷/۵۲ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که میانگین سلامت روانی والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند، به طور معناداری

آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری و پایداری در میزان سلامت والدین نداشته است؛ بنابراین با توجه به محاسبات فوق، فرضیه دوم رد می‌شود.

۳. فرضیه ۳. میزان (میانگین) رضایت از زندگی والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند، بیشتر است.

که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند، به‌طور معناداری، متفاوت نبوده است؛ به‌عبارت‌دیگر آموزش برنامه تاب‌آوری بر میزان سلامت والدین، تأثیری ندارد. ($F=3/32$; $P>0/01$).

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری نیز برابر با $3/25$ است که از لحاظ آماری معنادار نیست؛ به این معنی که طبق آزمون پیگیری نیز

جدول ۶- آماره‌های توصیفی رضایت از زندگی والدین به تفکیک گروه

گروه	آماره	تعداد افراد	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد پس آزمون	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد پیش آزمون
آزمایش	۱۷	۱۷	۱۸/۸۸	۳/۴۲	۱۵/۰۷	۴/۸۹
کنترل	۱۷	۱۷	۱۷/۳۵	۵/۸۶	۱۷/۴۱	۵/۵۳
کل افراد	۱۷	۱۷	۱۸/۱۱	۴/۷۹	۱۶/۵۵	۵/۲۱

طبق نتایج جدول ۶ میانگین رضایت از زندگی برای گروه آزمایش $18/88$ و در گروه کنترل میانگین پایین‌تر و برابر با $17/35$ است.

جدول ۷ پردازش استنباطی داده‌ها و نتایج آزمون تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد.

جدول ۷- نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای عامل رضایت از زندگی

منابع تغییر	آماره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیر همراه (پیش آزمون)	۶۰۴/۸۷۱	۱	۱	۶۰۴/۸۷۱	۱۴۱/۲۲۲	۰/۰۰۱
متغیر بین گروهی (رضایت از زندگی)	۷۱/۸۷۰	۱	۱	۷۱/۸۷۰	۱۶/۷۸	۰/۰۰۱
متغیر درون گروهی (خطا)	۱۳۲/۷۷۶	۳۱	۳۱	۴/۲۸۳	-	-
کل	۲۰۴/۴۶۴	۳۳	۳۳	-	-	-

به این معنی که تأثیر آموزش برنامه تاب‌آوری بر رضایت از زندگی والدین، پایدار نبوده است؛ بنابراین با توجه به محاسبات فوق، فرضیه سوم رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، پس از تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری برای والدین داری کودک کم‌توان ذهنی و اجرای آزمایشی این برنامه، نتایج آموزش از طریق سه پرسشنامه مرتبط با سه مؤلفه کیفیت زندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مورد فرضیه اول

بر اساس نتایج جدول ۷ میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با $16/78$ است. مقدار F بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) برابر با $7/52$ است. از آنجا که میزان F مشاهده شده بزرگ‌تر از مقدار بحرانی آن است، حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش رضایت از زندگی والدین دارد. ($F=45/531$; $P \leq 0/01$).

همچنین میزان F مشاهده شده در آزمون پیگیری برابر با $1/106$ است که از لحاظ آماری، معنادار نیست؛

والدین ایجاد می‌کند که می‌توانند در روابط خود با فرزندانشان، بهتر عمل کنند؛ همچنین به والدین دارای کودک با کم‌توانی ذهنی، کمک می‌کند تسلیم مشکلات ناشی از مراقبت از فرزندشان نشوند و اجازه ندهند این مسائل، زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. در مورد فرضیه دوم یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که آموزش برنامه تاب‌آوری، در افزایش سلامت والدین تأثیر ندارد. به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر، بر خلاف نتایج یافته‌های کلارک و هارتمن (۱۹۹۶)، کانر، دیویدسون و له (۲۰۰۳) گلداستین و بروکس (۲۰۰۵)، اریکسون و لینداسترام (۲۰۰۶)، استنما، هیجر و استالن (۲۰۰۷)، استینهارد و دولبیر (۲۰۰۸)، نونه و هستینگز (۲۰۰۹) و رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷) است که دریافته‌اند احساس یکپارچگی، سرسختی روانی و تاب‌آوری با سلامت جسمانی و روانی، همبستگی دارد و همچنین مخالف یافته‌های فارلین و کارول (۲۰۰۰) است که دریافتند تاب‌آوری درمانی، باعث افزایش سلامت روان می‌شود.

از سوی دیگر، این بخش از یافته‌ها با پژوهش اسکهمیل (۲۰۰۱) در یک راستاست که دریافت شرکت در برنامه تاب‌آوری، باعث کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی افراد نشده و سلامت آنها را ارتقاء نبخشیده است. ناواک (۱۹۸۹) نیز به این نتیجه رسید که بین سرسختی روانی با سلامت جسمانی، همبستگی وجود ندارد.

ممکن است تناقض یافته‌های مذکور به این علت باشد که در پژوهش حاضر، برای بررسی سلامت روانی از پرسشنامه سلامت خانواده که سؤالاتی کلی در مورد سلامت جسمانی و سلامت روانی دارد، استفاده شده ولی در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش استینهارد و دولبیر و استنما، هیجر و استالن (۲۰۰۷) پرسشنامه‌های خاص افسردگی و استرس اجرا شده و تفاوت نوع ابزار، مهم است. از آنجا که بسیاری از سؤالات مقیاس سلامت به کار رفته در این پژوهش

آن‌گونه که از یافته‌ها برمی‌آید، برنامه تاب‌آوری بر افزایش گرمی رابطه و گرمای انضباطی والدین و همچنین کاهش ابراز قدرت، اثربخش است. یافته‌های پژوهش حاضر مطابق با نظر کوردیچ-هال و پیرون (۲۰۰۵) است که معتقدند که تاب‌آوری باعث بهبود روابط فرد با دیگران و داشتن روابط شادتر می‌شود؛ همچنین با یافته‌های وایت (۲۰۰۴) در راستای نتایجی است که دریافته برنامه تاب‌آوری، باعث بهبود روابط فردی می‌شود. پاینده (۱۳۸۴) همسو با پژوهش حاضر دریافته است که آموزش سرسختی روان‌شناختی، باعث افزایش سازگاری افراد می‌شود.

استرس والدینی باعث بروز پیامدهای منفی در تعامل والدین و فرزندان می‌شود. آبیدين (۱۹۹۵) بیان می‌کند که استرس والدینی عامل مهمی در تعیین کیفیت تعامل والدین- فرزند است. ادبیات پژوهشی حاکی از این است که استرس فرزندپروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نوپه، نوپه و هیوست، ۱۹۹۰؛ مکی و پیکنز، ۱۹۹۶؛ پلچات، بیسون، بويس و ساسیر، ۲۰۰۳) برنامه تاب‌آوری، باعث افزایش مقاومت والدین در برابر استرسها می‌شود.

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج یافته‌های لاستیگ، روزنتال، استراسر و هینز (۲۰۰۰) در یک راستاست که دریافته‌اند بین احساس یکپارچگی، یکی دیگر از معادلهای تاب‌آوری با سازگاری رابطه وجود دارد. کرولی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳) دریافته‌اند که سرسختی روانی، بر عواطف مثبت، روشهای حل مسئله و سازگاری افراد، اثر دارد.

فرایند مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری، به گونه‌ای است که سعی می‌شود در آن طرحواره‌های شناختی والدین دارای فرزند با نسبت به مشکلات و دشواریهای پرورش فرزند با کم‌توانی ذهنی، تغییر کند، و سوء تفاهمات، خرافات و تصورات کلیشه‌ای رایج درباره کم‌توانی‌ذهنی تصحیح شود تا انتظارات واقع بینانه‌ای از فرزند خود داشته باشند؛ همچنین برنامه تاب‌آوری، تغییراتی در نگرش، رفتار و مهارت‌های

نیز مرتبط با سلامت جسمانی بوده‌اند و عاداتهای سلامت و بهداشت نیز بر وضعیت سلامتی اثر دارند؛ بنابراین این‌طور به نظر می‌رسد که عدم تأثیر برنامه تاب‌آوری بر سلامت، به این علت باشد.

به علت گسترده بودن مشکلات ناشی از پرورش فرزند دارای کم‌توانی ذهنی، سلامت والدین به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، برنامه مذکور ممکن است به تنهایی در بهبود وضعیت سلامت والدین کافی نباشد و همچنین برنامه تدوین‌شده تاب‌آوری تأکیدی بر محتواهای مرتبط با سلامتی نداشت و والدین در این زمینه، آموزشی دریافت نکردند.

در مورد فرضیه سوم نتایج آماری این تحقیق نشان داد که رضایت از زندگی والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، در پس‌آزمون اول، بیش از والدینی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند ولی در آزمون پیگیری، این نتیجه تأیید نشد. یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت که رضایت از زندگی را در افراد، تحت تأثیر قرار می‌دهد تاب‌آوری است. کلارک و هارتمن (۱۹۹۶)، لاستیگ، روزنتال، استراسر و هینز (۲۰۰۰)، کرولی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳)، کوردیچ-هال و پیرسون (۲۰۰۵)، مک کالیستر، دولیبر، وبستر، مالن و استینهارد (۲۰۰۶) و لانگلند، وال، کریستوفرسن، نورتودت، هانستاد (۲۰۰۷)، سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری، سرسختی روانی و احساس یکپارچگی بر رضایت از زندگی، تأثیر دارد. هینترمیر (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافته است که احساس یکپارچگی، باعث افزایش رضایت از زندگی در والدین کودکان دارای ناتوانی می‌شود.

این قسمت از یافته‌های پژوهش حاضر، با نتایج پاوت و دینر (۱۹۹۳) در یک راستا است که بیان کرده‌اند میزان رضایت از زندگی، در طی زمان می‌تواند تغییر کند؛ مثلاً بعد از دوره‌های روان‌درمانی افزایش می‌یابد و پس از بیماری و ناتوان شدن همسر، کاهش پیدا می‌کند. آنها بیان کرده‌اند که رضایت از زندگی

مؤلفه‌ای طولانی‌مدت دارد (که شاید از ابعاد شخصیتی یا موقعیتهای ثابت زندگی و یا هر دو ناشی می‌شوند)، یک مؤلفه با مدت زمان متوسط دارد (که شاید از رویدادهای جاری زندگی و طرحواره‌های شناختی فرد، نشئت می‌گیرند) و یک مؤلفه کوتاه مدت دارد (که از خلق و خوی فعلی و موقعیتهای برجسته فوری زندگی ناشی می‌شوند). پس به نظر می‌رسد که طبق یافته‌های پاوت و دینر (۱۹۹۳) در این پژوهش، اثربخشی برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه کوتاه‌مدت رضایت از زندگی و یا بر مؤلفه با مدت زمان متوسط باشد. خوش‌بینی که یکی از ویژگیهای افراد تاب‌آور است، با رضایت از زندگی، ارتباط دارد (چانگ، میدو-اولیور و دزویولا، ۱۹۹۷). افزایش کوتاه‌مدت رضایت از زندگی والدین، ممکن است به علت افزایش خوش‌بینی در آنان باشد.

در مجموع یافته‌های این پژوهش، نشان‌دهنده این است که برنامه آموزش تاب‌آوری، باعث افزایش برخی از اجزاء و مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌شود. نتایج به دست آمده از این پژوهش در جهت تأیید یافته‌های تحقیق گری (۲۰۰۲) است که دریافت تغییر چشم‌انداز و نظام باور خانواده‌های دارای کودک اوتیستیک، باعث افزایش بهزیستی آنها می‌شود. همین‌طور کینگ، باکستر، روزنبا، زویجنبا، بیتز (۲۰۰۹) بر این باورند که تغییر در باورها و نگرش والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی، تاب‌آوری و سازگاری آنها با این پدیده را بیشتر می‌کند. نظام باورها هنگام رویارویی با شرایط ناگوار در فرد یا خانواده، احساس امید و خوش‌بینی (گالانتز و جانسون، ۱۹۹۹) و در زندگی احساس معنا ایجاد می‌کند (آنتوسکی، ۱۹۸۷). اهمیت نظام باورها نقش مهمی در ایجاد تاب‌آوری نیز در پژوهشهای بسیاری مورد تأکید قرار گرفته است (پاترسون و بلوم، ۱۹۹۶؛ والش، ۲۰۰۶).

اریکسون و لینداسترام (۲۰۰۷) و عبدالغدير، شبیکا، التوم، برن و ویک بلاد (۲۰۰۹) هم راستا با

- 3) World Health Organization of Quality Of life
- 4) resiliency, resilience, resilient
- 5) ego-resilience
- 6) Block
- 7) Vaillant
- 8) Driekurs
- 9) Family Health Status Inventory (FHSI)
- 10) Norem, Malia & Garrison
- 11) Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ)
- 12) Furman
- 13) Diener
- 14) Warmth (W)
- 15) Power Assertion (PA)
- 16) Disciplinary Warmth (DW)
- 17) Personal Relationship (PR)
- 18) Possessiveness (PO)
- 19) Cooley

منابع

- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۹). روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته گام. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- پاینده، فضیلت. (۱۳۸۴). اثربخشی آموزش سخت رویی بر سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه منطقه ۶ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- رحیمیان بوگر، اسحاق و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، (پیاپی ۵۲)، صص ۷۰-۶۲.
- سامانی، سیامک. جوکار، بهرام. صحراگر، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، صص ۲۹۵-۲۹۰.
- سلیمی‌بجستانی، حسین. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر افزایش سلامت روانی، تاب‌آوری و امید دانشجویان. رساله دکتری. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- فتحی، راضی. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش آموزشی خودشجاعت‌دهی شوان‌کر بر سلامت روانی و رضایت زناشویی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی خفیف. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوری، جerald. (۱۳۸۵). نظریه و کاربرد مشاوره و روان درمانی. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). ویرایش هفتم. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

یافته‌های تحقیق حاضر، دریافته‌اند که تاب‌آوری و معادلهای آن همانند احساس یکپارچگی و درایت اکتسابی با کیفیت زندگی، همبستگی دارند و پیش‌بینی کننده آن هستند.

برنامه‌های تاب‌آوری، باعث ایجاد راهبردهای کنارآمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر، در افراد می‌شوند و به این طریق می‌توانند کیفیت زندگی آنها را افزایش دهند. همان‌طور که کهن و دکل (۲۰۰۰) نشان داده‌اند احساس یکپارچگی با بهزیستی و استفاده از راهبردهای کنار آمدن مؤثر، همبستگی دارد و کورلی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳) دریافته‌اند سرسختی روانی بر سازوکارهای دفاعی افراد، اثر دارد و باعث می‌شود آنها از سازوکارهای دفاعی بهتری مانند ارزیابی مجدد مثبت، استفاده کنند.

طبق نظر مک کلا، برایجستوک، دونادسون، کالرا (۲۰۰۵) آموزشهایی که به عضو مراقب در زمینه کاهش فشار روانی داده می‌شود، می‌تواند کیفیت زندگی او را افزایش دهد. اغلب مداخله‌های حیطة تاب‌آوری در سبک اسناد افراد، تغییراتی ایجاد می‌کنند. او و همکاران (۲۰۰۲) بر این باورند که عوامل روانی در کیفیت زندگی تأثیرگذارند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود متخصصان و مشاورانی که به نوعی با خانواده‌های دارای کم‌توانی ذهنی در ارتباط‌اند، در مشاوره‌های خود، منابع تاب‌آوری این والدین و خانواده‌ها را بیشتر مورد توجه قرار دهند و برنامه‌هایی مانند افزایش تاب‌آوری را برای والدین اجرا کنند. توصیه کاربردی دیگر پژوهش این است که برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقاء سلامت روان برای والدین دارای فرزند با ناتوانی و کم‌توانی ذهنی، مانند برنامه افزایش تاب‌آوری از طرف سازمانهای ذی‌ربط و مسئولان در فهرست خدماتی عرضه‌شده به آنها قرار گیرد.

یادداشتها

- 1) quality of life
- 2) caregiver

- Abdelgadir, M., Shiebeika, W., Eltom, M., Berne, C. & Wikblad, W. (2009). Health related quality of life and sense of coherence in Sudanese diabetic subject with lower limb amputation. *Tohoku J. exp. Med*, 217, 45-50.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd Edition). Psychological Assessment Resources, Inc: Lutz, Florida.
- Alvord, M. K. & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *American Psychological Association*, 10(1), 735-828.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publisher.
- Au, A., Li, P., Chan, J., Lui, C., Ng, P., Kwok, A., & P., Leung, (2002). Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Journal of Epilepsy and Behavior*, 4, 350-357
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. NY: W H Freeman/Times Books/Henry Hold and Co.
- Beardslee, W. R. (1990). The role of the self understanding in resilient individual: the development of a perspective. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 59 (2), 266-278.
- Beer, A. D. (2006). *The effect of resilience training as a component of strengths-focused training on team preference – A case study in the food and beverages manufacturing industry*. Master of education thesis. University of South Africa.
- Brooks, R. B. (1994). Child at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (4), 545-553.
- Buelow, J. M., Mc Nelis, A., Shore, C. P. & Austin, J. K. (2006). Stressors of parents of children with epilepsy and intellectual disability. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(3), 147-176.
- Cantrell, K. K. (2007). *Predictors of quality of life mothers of children with intellectual disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, University of Denver.
- Carns, M. & Carns, W. (1998). A review of the professional literature concerning the consistency of the definition and application of adlerain encouragement. *The Journal of Individual Psychology*, 54, (1), 72-89.
- Chadwick, O., Momciloric, N., Rossiter, R., Stumbles, E., & Taylor, E. (2001). A randomized trial of brief individual versus group parent training for behavior problems in children with severe learning disabilities. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 151-167.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A. & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 433-440.
- Cohen, O. & Dekel, R. (2000). Sense of coherence, ways of coping and well being of married and divorced mothers. *Contemporary Family Therapy* 22(4), 467- 485.
- Colgate, M.A. (1996). *A Secondary Analysis Assessing the Personal Resilience Questionnaire and Exploring the Relationship between Resilience and Exercise*. Unpublished dissertation, University of Maryland, College Park, MD.
- Compas, B., Hinden, & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathway of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Clark, L. M. & Hartman, M. (1996). Effects of Hardiness and Appraisal on the Psychological Distress and Physical Health of Caregivers to Elderly Relatives. *Research on Aging*, 18 (4), 379-401.
- Crowley, B. J., Hayslip, B. Jr., & Hobdy, J., (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10 (4), 237-248.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 487-94.
- Clark, L. M. & Hartman, M. (1996). Effects of Hardiness and Appraisal on the Psychological Distress and Physical Health of Caregivers to Elderly Relatives. *Research on Aging*, 18 (4), 379-401.
- Dunn, D. (1994). *Resilient reintegration of married women with dependent children: unemployed and employed*. Unpublished dissertation. University of Utah, Salt Lake City.
- England-Golden, P., Golden, D. E., Brokshire, W., Snow, C. P., Haag, M. S., & Chang, A. (1996). Communication skills program for prevention of risky behaviors. *Journal of Substance Misuse*, 1, 38-46.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky’s sense of coherence scale the relation with health: a systematic review.

- Journal of Epidemiology and Community Health*. 60, 376-381.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61, 938-944.
- Evans, T. (2007). The tools of encouragement. *Reaching Today's Youth*, 1 (2), 10-14.
- Farin, M. P., Berven, N. L. & Teschopp, M. K. (2008). Family resiliency, uncertainty, optimism and quality of life of individuals with HIV/AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 25(1), 16-27.
- Farlane, M. K. & Carol, L. (2000). *Resilience therapy: A group intervention program to promote the psychological wellness of adolescents at risk*. Unpublished doctoral Dissertation, University of South Africa.
- Feldman, M. A., Werner, S. E. (2002). Collective effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavioral disorder. *Behavioral Intervention*, 17, 75-83.
- Friedamn, M. (2003). *Resilience training for South African Breweries*. Unpublished Training Manual. Polokwane: Brewery.
- Gammon, E. A. & Rose, S. D. (1991). The coping skills training program for parents of children with developmental Disabilities: An experimental evaluation. *Response on Social Work Practice*, 1, 224-256.
- Garnezy, N. & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In: E. M. Cummings, A. L. Greene, K. H. Karrakei (Eds.), *Perspectives on Stress and Coping* (pp. 151-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer.
- Goldstein, S. & Brooks, R. B. (2005). *Handbook of resilience in children*. New York, NY: Springer Science + Business Media, Inc.
- Isaacowitz, D. M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old-age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality*, 39, 224 - 44.
- Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 215-222.
- Greavens, D. (1997). The effect of rational – emotive parent education on the stress of mothers of young children with Down syndrome. *Journal of rational – emotive and cognitive-behavioral therapy*. 15(4), 249-267.
- Groholth, E., Stigum, H., Nordhagen, R. & Kohler, L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, 13(3), 195-201.
- Hamill, S. K. (2003). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-146.
- Hart, A., Blincow, D. & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy*. New York: Routledge.
- Hintermair, M. (2004). Sense of Coherence: A Relevant Resource in the Coping Process of Mothers of Deaf and Hard-of-Hearing Children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9 (1), 15-26.
- Horton, T. & Wallander, J. (2001). Hope and social support as resilience factor against psychological distress of mothers who care with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*. 45(4), 382-299.
- Jennings, D. A. (2002). *The effects of resiliency training on physical activity participation job satisfaction, and protective factors among nonmanagerial females at the worksite*. Unpublished dissertation, University of Utah, Salt Lake City.
- Johenson, K. L. (1998). *Measuring the spirit and spiritual attributes of resiliency*. Unpublished dissertation, University of Utah, Salt Lake City.
- Judkins, S. K., & Furlow, L. (2003). Creating a hardy work environment: Can organizational policies help? *Texas Journal of Rural Health*, 21(4), 11-17.
- Judkins, S., Reid, B. & Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: Building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(5), 202-207.
- King, G. A., Baxter, D., Rosenbaum, P., Zwaigenbaum, & Bates, A. (2009). Belief Systems of Families of Children with autism spectrum disorders or Down syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 50-64.
- King, G. A., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P. & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief system of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 353-369.

- Kirkham, M. A. (1993). Tow-years follow-up of skills trainings with mothers of children with disabilities, *American Journal of Mental Retardation*, 97, 509-520.
- Kirkham, M. A. & Schilling, R. F. (1990). Life skills training with mothers of handicapped children. *Journal of Social Service*. 13, 67-87.
- Kordich-Hall, D. & Pearson, J. (2005). Resilience, giving children the skills to bounce back. *Journal of Education and Health*, 23(1), 12-15.
- Korhonen, M. (2007). *Resilience: overcoming challenges and moving on positively*. (N. Keeninak, Trans). Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- Kumpfer, L. K. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* 179-224). New York: Academic/Plenum.
- Lightsey, O. R. (2006). Resilience, meaning, and well-being, *Journal of the Counseling Psychologist*, 34(1), 96-107.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., Nortvedt, M. W. & Hanestad, B. R. (2007). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Journal of Quality of Life Research*, 16(6), 939-946.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Journal of Psychometric Medicine*, 55, 234-247.
- Lightsey, O. R. (2006). Resilience, meaning, and well-being, *Journal of the Counseling Psychologist*, 34(1), 96-107.
- Lustig, D. C., Rosenthal, D. A., Strauser, D. R., & Haynes, K., (2000). The Relationship between Sense of Coherence and Adjustment in Persons with Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43 (3) 134-41.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Journal of Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maddi, S. R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J. P. Opatz (Ed.), *Health Promotion Evaluation* (pp. 101-116). Stevens Point, WI: National Wellness Institute.
- Maginnes, A. (2007). *The development of resilience: A model*. Unpublished dissertation, University of Canterbury.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti and D. Cohen (Eds.) *Manual of Developmental Psychopathology: Volume 2, Risk, Disorder and Adaptation*, (pp. 715-752). New York: Wiley & Sons.
- Masten, A. S., Garmzy, N., Tellegan, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K. & Larson, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29 (6), 745-764.
- Mc Calister, K. T., Dolbier, C. L., Webster, J. A., Mallon, M. W. & Steinhardt, M. A. (2006). Hardiness and support at work as predictors of work stress and job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, 20 (3):183-91.
- Mc Conkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 65-74.
- 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.
- McGrath, H. (2000). *The Bounce Back! Resiliency program: A pilot study*. Paper presented at the American Educational research association annual conference, New Orleans, April 24th-28th.
- Mckay, J. M. & Pickens, J. (1996). Inventoried and observed stress in parent-child interactions. *Journal of Current Psychology*. 15(3), 223-235.
- Milliren, A. & Barrett-Krus, C. (2002). Four phases of Adlerian counseling: Family resilience in action. *The Journal of Individual Psychology*, 58(3). 225-234.
- Mitchell, M. M. (2006). *Parent's stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, College Park.
- Mrazek, P. J. & Mrazek, D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: a conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, 11, 357-366.
- Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A., R. & Backhouse, S. H. (2007). Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. *Journal of Personality and Individual Differences*, 44(5), 1182-1192.
- Nixon, C. D. & Singer, G. H. S. (1993). Group cognitive-behavioral treatment for excessive

- parental self-blame and guilt. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 665-672.
- Neill, J.T., & Dias, K. L. (2001) Adventure education and resilience: a double-edged sword. *Journal of Adventure Education Outdoor Learning*, 1, 35-42.
- 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.
- Noppe, I. c. & Noppe, L. D. & Hughes, F. P. (1990). Stress as a predictor of the quality of parent-infant interactions. *The Journal of Genetic Psychology*, 152, 17-28.
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 145-58.
- Parker, G. 1990. Spouse careers: Whose quality of life? In. S. Baldwin, C. Godfrey, and C. Propper, (Eds.), *Quality of life*, (pp. 120–130). London: Routledge.
- Patterson, J., & Blum, R. W. (1996). Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 150, 692–698.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
- Pelchat, D. & Bisson, J. & Bois, C. & Saucier, J. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Journal of Infant and Child Development*, 12, 27-51.
- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). *The Resilience Factor*. New York: Broadway Books.
- Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: Results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 511-527.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., Gillham, J. (1995). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. New York: Harper Perennial.
- Singer, G. H. & Ethridge, B. L. & Aladna, S. A. (2007). Primary and Secondary Parenting and Stress Management Intervention for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Meta Analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 357-369.
- Singer, G. H. S., Irvin, L. K. & Hawkins, N. (1988). Stress management training for parents of children with severe handicaps. *Journal of Mental Retardation*, 26, 269-227.
- Singer, G. H. S., Irvin, L. K., Irvine, B., Hawkins, N. & Cooley, E. (1989). Evaluation of community based support services for families of persons with developmental disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 312-323.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, Coping with an Extended Stay Outdoor Education Program, and Adolescent Mental Health*. Canberra: University of Canberra: Dissertation for the degree of Honours.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Strachan, J. W. (2005). *Fathers of children with educational disabilities. The role of stress in life satisfaction*. Doctoral dissertation, The Florida state University.
- Tierney, M. J., & Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 212-217.
- Tonge, B., Bererton, A. & Kiomall, M., MacKinnon, A., King, N. & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skill training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 45, 561-569.
- Waite, P.J (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-83.
- Waller, M. (2000). Resilience in the ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.

- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.
- Witter, D. D. (2003). *Parent reaction to having a child with disabilities*. U. S. A.: Education Publisher.
- Wolin, S., Wolin, S. & Wieczorek, W. (1999). *Resilience: Pros, cons, & unresolved issues*. Prepared for a Canadian Mental Health Services workshop, June 17-18, 1999.
- Waite, P.J (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*. 33(3), 178-83.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C. & Parker, G. R. (1991). Development and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress. *American Journal of Community Psychology*, 19, 405-426.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. & Suresky, M. J. (2009). Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing*. 23(6):412-22.