

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری منیژه کاوه^۱ و هادی کرامتی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین دارای کودک ناتوانی یادگیری انجام شده است. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌ای با حجم ۳۴ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه‌های استرس والدینی آبی دین، رضایت زناشویی هودسنو تاب‌آوری کانر و دیویدسوندر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری مورد استفاده قرار گرفتند. پس از اخذ داده، روش آماری آزمون تحلیل‌کوواریانس بکار گرفته شد. آزمون تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ($P \leq 0/01$) نشان داد که برنامه تاب‌آوری در کاهش استرس والدینی و یکی از خرده‌مقیاس‌های آن یعنی ناراحتی والدینی اثر معناداری دارد. ولی تفاوتی بین دو گروه در میزان رضایت زناشویی یافت نشد. هم‌چنین نتایج نشان داد که برنامه افزایش تاب‌آوری بر میزان تاب‌آوری گروه آزمایش تاثیر معناداری دارد. بنابراین می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که برنامه افزایش تاب‌آوری بر استرس والدینی و بر میزان تاب‌آوری والدین اثرگذار است و می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی والدین دارای کودک ناتوانی یادگیری مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: ناتوانی یادگیری، آموزش تاب‌آوری، استرس والدینی، رضایت زناشویی

۱. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد

Dr.hadikeramati@gmail.com

۲. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۳

مقدمه

ناتوانی یادگیری به گروه ناهمگنی از اختلال‌هایی گفته می‌شود که دارای مشخصه‌هایی نظیر دشواری در فراگیری و کارکرد گوش‌دادن، حرف‌زدن، خواندن، نوشتن و محاسبه هستند. این اختلال‌ها پایه عصب‌شناختی^۱ و تحولی دارند که پیش از دبستان شروع می‌شود و تا بزرگسالی ادامه دارد (گراتلند و استورسنیدر^۲، ۲۰۰۷). کلمه ناتوانی یادگیری برای اولین بار توسط سامونل کرک (۱۹۶۳) به کاربرده شد. سامونل کرک این اصطلاح را به عنوان یک برآیند سازشی مطرح کرد و این به واسطه‌ی برجسب‌های گوناگونی بود که تا آن زمان برای توصیف کودک با هوش‌بهر بهنجار و دارای مشکل‌های یادگیری به کار می‌رفت. تا به حالت تعاریف متعددی از ناتوانی یادگیری و یا اختلال‌های یادگیری و یا مشکل‌های یادگیری ارائه شده است. در فرهنگ واژگان، ناتوانی یادگیری معادل واژه‌ی (LD) به معنی فقدان توفیق یا عدم توانایی یادگیری در زمینه‌های خاصی در مقایسه با توفیق افرادی که توانایی ذهنی مشابه دارند، تعریف شده است. بیشتر تعاریف، بر روی یک یا دو اختلال اساسی در فرآیندهای روانی در ارتباط با درک و استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری تأکید دارند. هم‌چنین اختلال یادگیری معادل واژه‌ی learning disorder به صورت یک آسیب جسمی یا نقص عصبی تشخیص داده شده که در پیشرفت تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند، تعریف شده است (عبادی و افروز، ۱۳۷۹).

ناتوانی‌های یادگیری گستره‌ای بسیار وسیعتر از مشکل‌های تحصیلی را شامل می‌شود و نیازمند توجه به حوزه‌های اجتماعی، خانوادگی، عاطفی و رفتاری زندگی کودک در بافت خانواده نیز می‌باشد (لرنر، ۱۹۹۷). ناتوانی‌های یادگیری دانش‌آموزان ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌های آنها می‌گذارد و مطالعه‌های مختلف نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که فرزندان آنها به اختلال ناتوانی یادگیری دچارند دارای مشکلات سازشی بیشتر نسبت به والدین عادی هستند.

-
1. Neuro cognitive
 2. Gartland & Strosnider

(نریمانی و غفاری، ۱۳۹۵؛ میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱). تحقیقات مختلفی به تاثیر وجود کودک ناتوان بر رضایت از زندگی والدین پی برده اند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد تفاوت معنی داری بین رضایت زناشویی والدین کودکان ناتوانی یادگیری وجود دارد و کودک ناتوان بر رضایت زناشویی و سازگاری والدین اثر می‌گذارد (خرمایی، عباسی و رجبی، ۱۳۹۰). ناتوانی‌های یادگیری کمی دیرتر در زندگی تشخیص داده می‌شوند، و کودک ممکن است مشکل‌های احساسی و روحی و روانی برخاسته از مشکل‌های آموزشی از خود نشان دهد. روش زندگی خانواده ممکن است زمانی که این تشخیص انجام شد و ناتوانی کودک مشخص گردید، تغییر کند و این تغییر، عملکرد خانواده و جریان رشد آن را تخریب کند (کیرک و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از بیات‌مختاری و اخوان‌تفتی، ۱۳۸۷). بر مبنای اعتقاد صاحب نظران، استرس والدین دارای کودکان ناتوانی یادگیری بر روابط خانوادگی آنها تأثیر گذار است. مؤلفه‌ای که ممکن است تحت تأثیر این استرس قرار گیرد، کیفیت روابط زن و شوهر است. به علت مراقبت‌های طولانی مدت از کودک دارای ناتوانی ممکن است مادر در برقراری تعادل بین نقش همسر و مادر دچار آسیب گردد و نتواند از عهده وظایف همسری خود برآید و به این ترتیب رضایت زناشویی آنها کاهش یابد (بیگلریان، ۱۳۸۵؛ لو، ۲۰۰۶؛ استونمان و گاویدیا-پاینه، ۲۰۰۶).

از طرفی دیگر برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس یکپارچگی و تاب‌آوری^۳ در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌ها و شرایط خاص مانند ناتوانی یادگیری و کم‌توانی ذهنی از والدین کودکان عادی پایین‌تر است (گروهولث، استیگام، نوردهاجنو کهلر^۴، ۲۰۰۳؛ اولوفسن و ریچاردسون^۵، ۲۰۰۶). شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه ضایعه‌های روانی که باعث تغییراتی در زندگی می‌شوند (مانند تصادف‌های شدید و تولد فرزند با ناتوانی) می‌توانند احساس انسجام را در

1. Lu
2. Stoneman & Gavida-Payne
3. Resiliency
4. Groholth, Stigum, Nordhagen & Kohler
5. Oelofsen & Richardson

افراد پایین آورند به گونه ای که دیگر بطور خود به خود سطح قبلی باز نمی گردد (اشنایدر، بوچی، سن اسکایو کلاگک اوفر^۱، ۲۰۰۰) و نیازمند انجام مداخله هایی در این زمینه هستند. تاب‌آوری در واقع فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز، علیرغم شرایط چالش برانگیز و تهدید کننده است (گارمزی و ماستن^۲، ۱۹۹۱). تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت در برابر شرایط سخت و استرس‌زا است (جاهد مطلق، یونسی، ازخوش و فرضی^۳، ۱۳۹۴؛ اسدی، ابوالقاسمی، ابراهیمی اردی و نریمانی^۴، ۱۳۹۳). مطالعات 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 و به این نتیجه رسیده‌اند که برخی از خانواده‌ها و والدینی که دارای فرزند با ناتوانی هستند نسبت به برخی دیگر، تاب‌آوری بیشتری دارند و با نگرش مثبت تری با این مسأله برخورد می‌کنند. برای برخی افراد استرس و شرایط ناگوار باعث بروز احساس درماندگی و تسلیم شدن در برابر شرایط می‌شود ولی در برخی دیگر توانایی حل مسأله، چالش طلبی، یادگیری و رشد ایجاد می‌کند.

تاب‌آوری ریشه در برخی از نظریه های روان شناسی دارد. توجه فروید به توانایی انسان جهت تفوق بر شرایط ناگوار (ماستن و کوتسورث^۵، ۱۹۹۵)، مفهوم دلبستگی بالبی، مدل «تاب‌آوری من^۴» بلاک^۵ و سازوکارهای دفاعی وایلانث^۶ (فانوگی، استیل، استیل، هیگیت و تارگت^۷، ۱۹۹۴؛ مگینس^۸، ۲۰۰۷)، مفاهیمی مانند علاقه اجتماعی، اشتباه‌های اساسی، شجاعت ناکامل بودن و دلگرم‌سازی در نظریه آدلر و همکار او، درایکورس^۹ (کومبس^۱، ۱۹۹۲؛ کارنز و کارنز^۲، ۱۹۹۸؛

1. Schnyder, Buchi, Sensky & Klaghofer
2. Garnezy & Masten
3. Masten&Coatsworth
4. Ego-resilience
5. Block
6. Vaillant
7. Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target
8. Maginnes
9. Driekurs

میلیرن و بارت-کروس^۳، ۲۰۰۲؛ والش^۴، ۲۰۰۶)، 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^۵، ۲۰۰۶)، هم‌چنین نقش ارزیابی‌های شناختی در کنار آمدن فرد از دیدگاه لازاروس و فولکمن (لازاروس^۶، ۱۹۹۳)، دیدگاه سیستم‌های بوم شناختی برونفن برنر و روشی که عوامل و لایه‌های مختلف بر فرد و بویژه کودک تأثیر می‌گذارند (لوتار، سی چتی و بکر^۷، ۲۰۰۰)، سبک تفکر و تبیین افراد از دیدگاه سلینگمن (سلینگمن، رایویچ، جی کاکس و گیلهام^۸، ۱۹۹۵) و در نهایت نقش معنا دادن به زندگی برای در باقی‌ماندن در شرایط ناگوار براساس نظر فرانکل (کوری، ۲۰۰۵؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵) نقطه پیوند این نظریه‌ها با مفهوم تاب‌آوری است.

اسکھیل^۹ (۲۰۰۱) دریافت که شرکت در برنامه تاب‌آوری در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتی‌های روان شناختی نوجوانان تأثیری نداشت. از جمله این مهارت‌هایی که مستقیماً با تاب‌آوری در ارتباط است، می‌توان به تنظیم هیجانی، کنترل تکانه‌ها، تحلیل علل مشکل و سبک‌های تفکر، حفظ خوش بینی واقع بینانه، خودکارآمدی و همدلی با دیگران اشاره کرد. همچنین فریدمن^{۱۰} (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 مهارت

1. Combs
2. Carns
3. Milliren & Barrett-Krus
4. Walsh
5. Lightsey
6. Lazarus
7. Luthar, Cicchetti & Becker
8. Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham
9. Skehill
10. Friedamn

های مدیریت استرس، درک ارزش خوش بینی و کسب مهارت‌هایی برای افزایش آن و کسب مهارت‌هایی برای افزایش شادکامی را محور مداخله خود قرار داده است.

همچنین استنسما، هیجر و استالن^۱ (۲۰۰۷) دریافتند که آموزش تاب‌آوری استفاده از راهبردهای کنار آمدن موثر مثل راهبردهای فعال، جستجوی 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 افزایش می‌دهد و باعث کاهش افسردگی می‌شود. در پژوهش دیگری استینهارد و دولبیر^۲ (۲۰۰۸) دریافتند که برنامه افزایش تاب‌آوری، باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای موثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مثل عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خودرهبی، و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می‌شود. نونه و هستینگز^۳ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی دریافتند که ایجاد تاب‌آوری از طریق ایجاد پذیرش روان‌شناختی باعث کاهش استرس کاری و افزایش سلامت روانی کارکنان و معلمان که با افراد دارای کم‌توانی ذهنی در تعامل بودند می‌گردد. سلیمی بجستانی (۱۳۸۸) دریافتند که مداخلاتی که بر اساس مشاوره آدلری صورت گرفته است باعث افزایش تاب‌آوری می‌گردد.

هر چند که در خارج از کشور برخی از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر مداخله‌هایی در زمینه کاهش استرس والدین دارای فرزند با ناتوانی یادگیری پرداخته‌اند ولی در رابطه با تأثیر آموزش یک برنامه تاب‌آوری در مقابل استرس و اثربخشی آن بر بهبود مؤلفه‌های زیستی، اجتماعی و روانی کیفیت زندگی این والدین خلأ تحقیقاتی مشهود بود و بویژه 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. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری بر استرس والدینی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی والدین دارای کودک ناتوانی یادگیری پرداخته است. لذا،

-
1. Steensma, Heijer & Stallen
 2. Steinhardt & Dolbier
 3. Noone & Hastings

مهمترین مساله پژوهش حاضر این است که آیا آموزش برنامه تاب‌آوری بر استرس والدین، تاب‌آوری و رضایت زناشویی والدین دارای کودک ناتوانی یادگیری تأثیری دارد؟

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری شاغل به تحصیل در پایه اول تا پنجم مقطع دبستان منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران که تعداد آنها ۱۳۰ نفر بود. آزمودنی‌های این پژوهش مجموعاً ۳۴ نفر بودند. حجم نمونه در این پژوهش در هر یک از گروه‌های 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. جهت جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس رضایت زناشویی: یک ابزار ۲۵ سوالی است که توسط هودسن (۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری میزان، شدت یا دامنه‌ی مشکلات زن یا شوهر در رابطه‌ی زناشویی و اندازه‌گیری مشکلات رابطه زناشویی تدوین شده است. در ارتباط با پایایی این مقیاس میانگین آلفای «مقیاس رضایت زناشویی» ۰/۹۶ است که نشان‌دهنده همسانی درونی عالی و نشانه خطای استاندارد عالی (یا بسیار کم) یعنی ۴/۰۰ است. «مقیاس رضایت زناشویی» با ضریب همبستگی ۰/۹۶ در روش باز آزمایی دو ساعته، از پایایی کوتاه مدت عالی برخوردار است. مقیاس رضایت زناشویی از یک اعتبار همزمان عالی برخوردار است و با «آزمون سازگاری زناشویی لاک-والاس» همبستگی معنادار نشان می‌دهد. در این پژوهش به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان آزمون رضایت زناشویی هودسن، بین نمره‌های این آزمون با نمره‌های خرده مقیاس رضایت زناشویی آزمون انریچ در یک گروه مقدماتی همبستگی گرفته شد و ضریب همبستگی حاصل معادل ۰/۵۶- بدست آمد. ضریب

پایایی پرسشنامه رضایت زناشویی هودسن در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۱ بدست آمد.

مقیاس استرس والدینی: توسط آیدین (۱۹۸۳) تهیه شد. فرم کوتاه مقیاس استرس والدینی^۱ (PSI/SF) ۳۶ سؤالی است و شامل سؤالاتی است با همان عبارت‌هایی که مستقیماً در فرم اصلی بلند ۱۰۱ سؤالی وجود دارد. این مقیاس طراحی شده بود تا علاوه بر سه حوزه از استرس والدینی، استرس کلی را اندازه‌گیری کند. این مقیاس شامل سه عامل (۱) ناراحتی والدینی، عامل (۲) تعامل ناکارآمد ولی-فرزند، عامل (۳) کودک دشوار است. تخمین پایایی از دو روش آزمون-باز آزمون و همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها موجود است. آلفا برای مقیاس مرکب (ترکیب شده) ۰/۹۱ گزارش شد (آیدین، ۱۹۹۵). پایایی از طریق آزمون-باز آزمون ۵۳۰ نفر از مادران با فاصله‌ی زمانی ۶ ماه انجام شد و ضریب پایایی استرس کلی ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب آلفا بر اساس نمونه‌ی هنجاری ۸۰۰ نفری برای مقیاس استرس کلی محاسبه شد و ۰/۹۱ به دست آمد. با استفاده از همان نمونه، ضریب آلفا برای خرده مقیاس «ناراحتی والدینی» و خرده مقیاس‌های «تعامل ناکارآمد ولی-فرزند» و «کودک دشوار» به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ بود. در یک مطالعه که توسط روگمن، مو، هارت و فورسون^۲ (۱۹۹۴) انجام شد، ۱۰۳ نفر از والدین شرکت‌کننده در برنامه‌ی سرآغاز، پایایی فرم کوتاه مقیاس استرس والدینی، برای مقیاس «ناراحتی والدینی»، ۰/۷۹، برای مقیاس «تعامل ناکارآمد ولی-فرزند»، ۰/۸۰ و برای مقیاس «کودک دشوار» ۰/۷۸ و برای استرس کلی ۰/۹۰ بود. ضریب پایایی پرسشنامه استرس والدینی آیدین در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۲ بدست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳: به منظور سنجش میزان تاب‌آوری مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس

1. Parental Stress Index(PSI) Short Form (SF)
2. Roggman, Moe, Hart & Forthun
3. Conner- Davidson Resilience Scale

لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست)، و پنج (کاملاً درست)، نمره گذاری می شود. محمدی (۱۳۸۴) پایایی^۱ این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آورد که ضریب پایایی حاصله برابر با ۰/۸۹ بود. در مورد اعتبار^۲ آن با استفاده از روش تحلیل عاملی؛ محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل نشان داد که بجز ۳ سؤال ضرایب بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بودند. بدین ترتیب ۲۱ گویه در تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس در دانشجویان به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمد و نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر با ۶/۶۴ بود. این عامل ۲۶/۶٪ از واریانس کل مقیاس را تعیین می کرد. ضریب پایایی پرسشنامه تاب آوری در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۷ بدست آمد. به منظور به دست آوردن اعتبار همزمان آزمون تاب آوری، بین نمره‌های این آزمون با نمره‌های آزمون سرسختی روان شناختی ضریب همبستگی حاصل معادل ۰/۵۳ بدست آمد.

روش اجرا: بعد از نمونه گیری و انتخاب افراد مورد نظر، جمع آوری اطلاعات در چند مرحله صورت گرفت. در ابتدا والدین برای شرکت در جلسه‌ی معارفه و آشنایی با فرایند پژوهش دعوت گردیدند و از کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، جهت مشارکت در پژوهش رضایت نامه اخذ گردید. سپس به اجرای پرسشنامه‌ها و برگزاری پیش آزمون در زمینه‌ی استرس والدینی، تاب آوری و رضایت زناشویی پرداخته شد. پس از آن یکی از گروه‌ها به طور تصادفی به عنوان گروه آزمایش به صورت گروهی در معرض آموزش برنامه تاب آوری (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰) قرار گرفت و برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. زیرا ماهیت آموزش گروهی، خود می تواند تأثیر مثبتی در کاهش استرس و افزایش سطح حمایت اجتماعی و نهایتاً افزایش

1. Reliability
2. validity

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به...

تاب‌آوری داشته باشد، زیرا جمع شدن افراد در گروه و تعامل با افرادی که مشکل‌های 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 توسط پژوهشگر اجرا گردید و پدران و مادران به صورت مشترک در یک گروه تحت آموزش قرار گرفتند. در نهایت از دو گروه مذکور پس از آزمونی در زمینه‌های مذکور به عمل آمد. سپس به منظور سنجش اثرات طولانی مدت آموزش و دوره مذکور پیگیری با فاصله زمانی سه ماهه صورت گرفت و آزمودنی‌های مذکور مجدداً سه ماه بعد مورد آزمون قرار گرفتند. در ادامه خلاصه جلسات برنامه افزایش تاب‌آوری در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. جلسات برنامه افزایش تاب‌آوری

ترتیب جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه
جلسه دوم	آشنایی با استرس و استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی یادگیری 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 بازسازی شناختی و ... (۲) آشنایی با نقش تفاوت‌های فردی در ادراک، تأکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی‌ها
جلسه ششم	بازسازی شناختی و ... (۳) چالش با خودگویی‌های منفی و جایگزینی آنها با خودگویی‌های مثبت و سازنده
جلسه هفتم	بازسازی شناختی و ... (۴) آشنایی با سبک‌های تفکر و تأکید بر نقش تفکر خوش‌بینانه در تاب‌آوری
جلسه هشتم	آموزش دلگرم‌سازی (۱): معرفی دلگرم‌سازی، دلسرد سازی و تأکید بر هدفمندی رفتارها
جلسه نهم	آموزش دلگرم‌سازی (۲): تمرین دلگرم‌ساختن دیگران
جلسه دهم	آموزش دلگرم‌سازی (۳): تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش مثبت نسبت به آنها
جلسه یازدهم	آموزش دلگرم‌سازی (۴): نشان دادن تاثیر منفی غیبت کردن و دلسرد سازی بر روابط فرد

با دیگران	
آموزش دلگرم سازی (۵): آشنایی با روش خود دلگرم سازی	جلسه دوازدهم
جستجوی معنا، معنا خواهی (۱): معرفی رویکرد معنا درمانی و آشنایی با تجارب فرانکل	جلسه سیزدهم
جستجوی معنا، معنا خواهی (۲): تأکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکل‌های غیر قابل تغییر	جلسه چهاردهم
جمع بندی، مرور و نتیجه گیری	جلسه پانزدهم

نتایج

کل والدین شرکت کننده در این پژوهش ۳۴ نفر بودند که ۱۷ نفر آنها در گروه آزمایش و ۱۷ نفر دیگر در گروه کنترل جایگزین شده بودند. ۱۸ نفر این ۳۴ نفر را مادران و ۱۶ نفر آنها را پدران تشکیل می دادند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی عوامل ناراحتی والدینی، تعامل ناکارآمد و کودک دشوار و عامل کلی استرس والدینی به تفکیک گروه در پس آزمون

گروه	تعداد افراد	M	SD
عامل ناراحتی والدینی			
آزمایش	۱۷	۴۰/۳۵	۶/۱۳
کنترل	۱۷	۳۲/۵۸	۶/۵۴
کل افراد	۳۴	۳۶/۴۷	۷/۳۸
عامل تعامل ناکارآمد			
آزمایش	۱۷	۲۹/۹۴	۷/۲۶
کنترل	۱۷	۳۶/۲۳	۷/۴۹
کل افراد	۳۴	۳۳/۰۸	۷/۹۴
عامل کودک دشوار			
آزمایش	۱۷	۲۸/۸۲	۶/۵۵
کنترل	۱۷	۳۱/۴۱	۵/۹۱
کل افراد	۳۴	۳۰/۱۱	۶/۲۸
عامل کلی استرس والدینی			

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به...

آزمایش	۱۷	۹۹/۱۱	۱۴/۰۱
کنترل	۱۷	۱۰۰/۲۴	۱۴/۹۴
کل افراد	۳۴	۹۹/۶۷	۱۴/۲۷

طبق نتایج جدول (۲) میانگین ناراحتی والدینی برای گروه آزمایش (۴۰/۳۵) با پراکندگی (۶/۱۳) است. در گروه کنترل میانگین برابر با (۳۲/۵۸) و انحراف استاندارد (۶/۵۴) است. میانگین عامل «تعامل ناکارآمد» برای گروه آزمایش (۲۹/۹۴) با پراکندگی (۷/۲۶) است. در گروه کنترل میانگین برابر با (۳۶/۲۳) و انحراف استاندارد (۷/۴۹) است.

جدول ۳. نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای عوامل ناراحتی والدینی، تعامل ناکارآمد و کودک دشوار و عامل کلی استرس والدینی

منابع تغییر	SS	df	MS	F	P
عامل ناراحتی والدینی					
متغیر همراه (پیش آزمون)	۸۰۳/۵۱۴	۱	۸۰۳/۵۱۴	۵۱/۴۱	۰/۰۰۰
متغیر بین گروهی (ناراحتی والدینی)	۷۰۴/۶۵۰	۱	۷۰۴/۶۵۰	۴۵/۰۸	۰/۰۰۰
متغیر درون گروهی (خطا)	۴۸۴/۴۸۶	۳۱	۱۵/۶۲۹	—	—
کل	۱۱۸۹/۱۳۶	۳۳	—	—	—
عامل تعامل ناکارآمد					
متغیر همراه (پیش آزمون)	۱۷۱۰/۵۹۸	۱	۱۷۱۰/۵۹۸	۱۵۸۸/۳	۰/۰۰۰
متغیر بین گروهی (تعامل ناکارآمد)	۰/۰۲۱	۱	۰/۰۲۱	۰/۰۱۹	۰/۸۹۱
متغیر درون گروهی (خطا)	۳۳/۴	۳۱	۱/۰۷۷	—	—
کل	۳۳/۴۲۱	۳۳	—	—	—
عامل کودک دشوار					
متغیر همراه (پیش آزمون)	۱۲۴۶/۵۸۸	۱	۱۲۴۶/۵۸۸	۱۱۳۸/۴۳	۰/۰۰۰
متغیر بین گروهی (کودک دشوار)	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۰	۰/۹۴
متغیر درون گروهی (خطا)	۳۳/۹۴	۳۱	۱/۰۵۹	—	—
کل	۳۳/۹۵۱	۳۳	—	—	—
عامل کلی استرس والدینی					

Vol. 6, No.3/69-91				دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۳-۹۱-۶۹	
۰/۰۰۰	۲۹۳/۲۷۷	۶۰۷۴/۷۱	۱	۶۰۷۴/۷۱	متغیر همراه (پیش‌آزمون)
۰/۰۰۰	۲۷/۱۴۸	۵۶۲/۳۲۳	۱	۵۶۲/۳۲۳	متغیر بین گروهی (استرس والدینی)
-	-	۲۰/۷۱	۳۱	۶۴۲/۱۱	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۲۰۴/۴۳۳	کل

بر اساس نتایج جدول (۳) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۴۵/۰۸) است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۱ و ۳۱) در سطح معناداری ($P < ۰/۰۱$) برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده بزرگتر از مقدار بحرانی آن است، می‌توان گفت که فرض صفر رد شده؛ یعنی میانگین ناراحتی والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند به طور معناداری کمتر از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند. در ارتباط با عامل «تعامل ناکارآمد»؛ بر اساس نتایج جدول (۳) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۰/۱۹) است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۳۱ و ۱) در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۱$) برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است، می‌توان گفت که فرض صفر تأیید شده؛ یعنی میانگین عامل تعامل ناکارآمد والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند به طور معناداری متفاوت نبوده است.

طبق نتایج جدول (۲) میانگین عامل «کودک دشوار» برای گروه آزمایش (۲۸/۸۲) با پراکندگی (۶/۵۵) است. در گروه کنترل میانگین برابر با (۳۱/۴۱) و انحراف استاندارد (۵/۹۱) است. برای آزمون این فرضیه و بررسی معنادار بودن تفاوت این دو میانگین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است. بر اساس نتایج جدول (۳) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۰/۰۱) است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۳۱ و ۱) در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۱$) برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است، می‌توان گفت که فرض صفر تأیید شده است؛ یعنی میانگین عامل کودک دشوار والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند از والدینی است که تحت این

آموزش نبوده اند به طور معناداری متفاوت نبوده است.

طبق نتایج جدول (۲) میانگین استرس والدینی برای گروه آزمایش (۹۹/۱۱) با پراکندگی (۱۴/۰۱) است. در گروه کنترل میانگین برابر با (۱۰۰/۲۴) و انحراف استاندارد (۱۴/۹۴) است. برای آزمون این فرضیه و بررسی معنادار بودن تفاوت این دو میانگین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

بر اساس نتایج جدول (۳) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۲۷/۱۴۸) است. مقدار بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۳۱ و ۱) در سطح معناداری (۰/۰۱) $(P \leq 0/01)$ برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده بزرگتر از مقدار بحرانی آن است، فرض صفر رد شده است؛ یعنی میانگین استرس والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته اند به طور معناداری کمتر از والدینی است که تحت این آموزش نبوده اند. بنابراین با توجه به محاسبات فوق فرضیه اول که عبارتست از «میزان استرس والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته اند کمتر است» تأیید می‌گردد.

فرضیه دوم: میزان (میانگین) رضایت زناشویی والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته اند از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته اند بیشتر است.

جدول ۴. آماره های توصیفی رضایت زناشویی والدین به تفکیک گروه در پس آزمون

گروه	تعداد	M	SD
آزمایش	۱۷	۴۷/۳۳	۸/۱
کنترل	۱۷	۳۶/۴۷	۸/۵
کل افراد	۱۷	۴۱/۹	۸/۳

طبق نتایج جدول (۴) میانگین رضایت زناشویی برای گروه آزمایش (۴۷/۳۳) با پراکندگی (۸/۱) است. در گروه کنترل میانگین پایین‌تر و برابر با (۳۶/۴۷) و انحراف استاندارد (۸/۵) است. برای آزمون این فرضیه و بررسی معنادار بودن تفاوت این دو میانگین از روش تحلیل کوواریانس

جدول ۵. نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای عامل رضایت زناشویی

P	F	MS	df	SS	منابع تغییر
۰/۰۰۰	۱/۴۶۸	۵۵۶۸/۴۷۴	۱	۵۵۶۸/۴۷۴	متغیر همراه (پیش آزمون)
۰/۱۵۸	۲/۰۹	۰/۷۹۶	۱	۰/۷۹۶	متغیر بین گروهی (رضایت زناشویی)
-	-	۰/۳۷۹	۳۱	۱۱/۷۶۲	متغیر درون گروهی (خطا)
-	-	-	۳۳	۱۲/۳۵۴	کل

بر اساس نتایج جدول (۵) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۲/۰۹) است. مقدار F بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۳۱ و ۱) در سطح معناداری ($P < ۰/۰۱$) برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده کوچکتر از مقدار بحرانی آن است، لذا با اطمینان ۹۹ درصد می توان گفت فرض صفر تأیید شده؛ یعنی میانگین رضایت زناشویی والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته اند از والدینی است که تحت این آموزش نبوده اند به طور معناداری متفاوت نبوده است.

فرضیه (۳) میزان تاب‌آوری والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته اند بیشتر است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی تاب‌آوری والدین به تفکیک گروه در پس آزمون

SD	M	تعداد افراد	گروه
۴/۲۴	۶۲/۸۲	۱۷	آزمایش
۵/۴۲	۵۵/۴۱	۱۷	کنترل
۵/۸۳	۵۹/۱۱	۳۴	کل افراد

طبق نتایج جدول (۶) میانگین تاب‌آوری برای گروه آزمایش (۶۲/۸۲) با پراکندگی (۴/۲۴) است. در گروه کنترل میانگین پایین تر و برابر با (۵۵/۴۱) و انحراف استاندارد (۵/۴۲) است. برای آزمون این فرضیه و بررسی معنادار بودن تفاوت این دو میانگین از روش تحلیل کوواریانس

استفاده شده است.

جدول ۷. نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای تاب‌آوری

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p
متغیر همراه (پیش آزمون)	۱۲۶۷/۱۴۸	۱	۱۲۶۷/۱۴۸	۸۸/۹۸	۰/۰۰۰
متغیر بین گروهی (تاب‌آوری)	۱۴۲۴/۸۸	۱	۱۴۲۴/۸۸	۱۰۰/۰۶	۰/۰۰۰
متغیر درون گروهی (خطا)	۴۴۱/۴۴۰	۳۱	۱۴/۲۴	-	-
کل	۱۸۶/۳۲	۳۳	-	-	-

بر اساس نتایج جدول (۷) میزان F مشاهده شده برای متغیر بین گروهی برابر با (۱۰۰/۰۶) است. مقدار F بحرانی نیز بر اساس جدول توزیع F با درجه آزادی (۳۱ و ۱) در سطح معناداری (۰/۰۱) $P \leq$ برابر با (۷/۵۲) است. از آنجایی که میزان F مشاهده شده بزرگتر از مقدار بحرانی آن است، لذا با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت فرض صفر رد شده؛ یعنی میانگین تاب‌آوری والدینی که تحت برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند به طور معناداری بیش از والدینی است که تحت این آموزش نبوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری بود. طبق فرضیه اول یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان استرس والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند کمتر است. به عبارت دیگر پژوهش حاکی از این است که آموزش برنامه تاب‌آوری در کاهش استرس والدینی بویژه کاهش عامل ناراحتی والدینی تأثیر دارد. داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر عقاید، باورها، افکار و احساسات والدین این کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ‌کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری

از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان تاب‌آوری و رفتار سرسختانه والدین این دانش‌آموزان تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث تاب‌آوری کمتر والدین دانش‌آموزان کودکان ناتوان یادگیری نسبت به والدین دانش‌آموزان عادی می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر مطابق با یافته‌های نونه و هستینگز (۲۰۰۹) است. همین طور اورتگا، بوکامنو کانیسکان^۱ (۲۰۰۸) دریافته‌اند که انجام مداخله‌هایی که به منظور افزایش تاب‌آوری خانواده‌ها صورت می‌گیرد در کاهش استرس والدینی اثرگذار است. اسکپیل (۲۰۰۱) و سند^۲ (۲۰۰۸) در پژوهش‌های خود نشان دادند افرادی که احساس یکپارچگی و تاب‌آوری با ادراک استرس پایین تر رابطه دارد. هینترمیر (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافته است که احساس یکپارچگی، یکی دیگر از معادل‌های تاب‌آوری، باعث کاهش استرس در والدین کودکان دارای ناتوانی می‌شود. به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج یافته‌هایناواک (۱۹۸۹) و کلارک و هارتمن (۱۹۹۶) در یک جهت است که به این نتیجه رسیده که سرسختی روانی با کاهش ناراحتی روان شناختی و افسردگی عضو مراقب همبستگی دارد. در این برنامه والدین می‌آموزند که تمامی افراد در زندگی با دشواری، استرس و شرایط ناگوار روبرو می‌شوند و بحران‌ها جزء لاینفک زندگی است. بنابراین بهتر است رویدادها را به عنوان فرصتی برای رشد و تعالی و شناخت خود کمک‌گیرند و آن را به منزله آزمون‌های الهی در نظر گیرند.

طبق فرضیه دوم پژوهش نتایج آماری این تحقیق نشان داد که رضایت زناشویی والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، در پس آزمون اول و آزمون پیگیری این نتیجه تأیید نشد. بر خلاف یافته‌هایولانن، لهیلما، سیلون تونین و سوامینن (۲۰۰۴) که دریافته‌اند کیفیت رابطه با همسر و شریک زندگی با احساس یکپارچگی در فرد رابطه دارد، یافته‌های پژوهش حاضر این نکته را تأیید نکرده است. شاید یکی از مهمترین تبیین‌های موجود برای این مسأله آن باشد که در این دوره افزایش تاب‌آوری فقط یکی از زوجین در برنامه آموزش تاب‌آوری مشارکت داشته است.

1. Ortega,Beauchemin&Kaniskan

2. Sand

طبق فرضیه سوم پژوهش نتایج آماری این تحقیق نشان داد که میزان تاب‌آوری والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته بودند، بیش از والدینی بود که تحت این آموزش قرار نگرفته بودند. نتایج آماری این تحقیق نشان می‌دهد، آموزش برنامه تاب‌آوری اثر معناداری بر افزایش تاب‌آوری دارد. نیل و دیاس (۲۰۰۱)، هامیل (۲۰۰۳)، استنسا، هیجر و استالن (۲۰۰۷) و استینهارد و دولیر (۲۰۰۸) برنامه افزایش تاب‌آوری باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای موثرتر می‌گردد و بدینوسیله تاب‌آوری افزایش می‌یابد. همین‌طور، مدی، (۱۹۸۷)، تیرنی و لاوله، (۱۹۹۷)، رو، (۱۹۹۹)، جادکینز و اینگرام، (۲۰۰۱)، جادکینز و فورلو، (۲۰۰۳)، جادکینز، رید و فورلو، (۲۰۰۶) دریافته‌اند که آموزش سرسختی روان‌شناختی باعث افزایش سطح سرسختی روان‌شناختی افراد می‌گردد.

یک تبیین این است که برنامه تاب‌آوری خوش‌بینی را در افراد افزایش می‌دهد. داشتن یکسری منابع و مهارت‌ها، ممکن است باعث افزایش تمایلات خوش‌بینانه در فرد شود. هم‌چنین ممکن است بدین علت باشد که افزایش تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی باعث کاهش استرس، بهبود مهارت‌های حل مسئله و کنار آمدن می‌گردد (جادکینز، ۲۰۰۱). یکی دیگر علل اثربخشی این برنامه بر افزایش تاب‌آوری والدین، علاوه بر تغییر شناخت و افکار آنها ممکن است تغییری باشد که برنامه در نگرش معنوی والدین ایجاد می‌کند و پدیده ناتوانی یادگیری و پرورش این گونه فرزندان برای پدر و مادرها را معنای مثبت و جدیدی می‌بخشد. همان‌گونه که پوستون و تورنبال (۲۰۰۴) اشاره کرده‌اند، معنا دادن به فرایند پرورش این فرزندان و مسائل معنوی در آرامش یافتن و ایجاد احساس توانمندی در موقعیت‌های سخت و دشوار کمک می‌کند. در عین حال تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد توانایی مواجه شدن با بحران‌ها و مشکلات را به شیوه‌ای مثبت فراگیرند. ولی اسکھیل (۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافت که بر خلاف فرضیه تحقیق شرکت در برنامه تاب‌آوری مذکور در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی نوجوانان تأثیری نداشته است. چنین تناقضی ممکن است به خاطر تفاوت در جامعه پژوهشی باشد. با توجه به

تاکید متخصصان به آموختنی بودن مهارت‌های گوناگون تاب‌آوری (استرنبرگ، ۱۹۹۴، بارون و کاینی، ۱۹۸۶) می‌تواند با آموزش این مهارت‌ها به افراد، سطح سلامت روانی و تاب‌آوری آنها را افزایش داد و رضایت مندی از زندگی را افزایش داد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از جمله این که جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری شاغل به تحصیل در پایه اول تا پنجم مقطع دبستان شهر تهران بود که امکان تعمیم نتایج به سایر دانش‌آموزان در مقاطع و شهرهای دیگر با احتیاط روبه‌رواست. هم‌چنین با توجه به محدودیت زمان تحصیلی دانش‌آموزان، عدم پیگیری نتایج به وسیله‌ی دستیابی به والدین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بنابراین پیشنهاد میشود پژوهش‌های دیگری با احتساب محدودیت‌های ذکر شده طراحی و تنظیم گردد.

منابع

- اسدی، فاطمه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ ابراهیمی اردی، یوسف و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی مبتلایان به آسم. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۳(۱۲)، ۷۹-۹۱.
- انصارالحسینی، مهنوش (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه میزان استرس خانواده‌های کودکان معلول ذهنی با توجه به میزان خدمات توانبخشی که فرد معلول دریافت می‌کند. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). روان‌شناسی و توانبخشی کودکان آهسته‌گام. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا؛ برجعلی، احمد و برماس، حامد. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. فصلنامه‌ی سلامت و روان‌شناسی، ۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- خرمایی، فرهاد؛ عباسی، مسلم و رجبی، سعید. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی کمال‌گرایی و تعلل‌ورزی در مادران دانش‌آموزان با و بدون نارسایی ویژه یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۱، ۷۷-۶۰.

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به...

جاهد مطلق، عذرا؛ یونسی، سید جلال؛ ازخوش، منوچهر و فرضی، مرجان (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر فشار روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۴(۲)، ۷-۲۱.

میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود و طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه‌ی تاب‌آوری، رضایت‌زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۲، ۱۳۷-۱۲۰.

سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر افزایش سلامت روانی، تاب‌آوری و امید دانشجویان. رساله چاپ نشده دکتری. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

شریعتی، تقی ناصر و داورمنش، عباس (۱۳۷۵). *اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده*. انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی.

کوری، جerald (۱۳۸۵). نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). ویرایش هفتم. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

عبادی، ماندانا و افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). فرهنگ واژگان آموزشی- روان‌شناسی- توان‌بخشی کودکان استثنایی، تهران: انتشارات تهران

علیزاده، حمید (۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده. *فصلنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵، ۱۴-۱۰.

نریمانی، محمد و غفاری، مظفر (۱۳۹۴). نقش هوش اخلاقی و اجتماعی در پیش‌بینی تاب‌آوری و کیفیت زندگی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۲)، ۱۰۶-۱۲۸.

Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index(3rd Edition). *Psychological Assessment Resources, Inc: Lutz, Florida.*

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182

Carns, M. & Carns, W. (1998). A review of the professional literature concerning the consistency of the definition and application of adlerian encouragement. *The Journal of individual psychology*, 54, (1), 72-89.

Combs, A. (1992). *Perceiving, behaving, becoming*. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum Development.

- Connor, K. M. & Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davison resilience scale (CD-RISC). *Journal of Depression and anxiety*, 18, 76-82.
- Deniz, D , Ginsburg-Block, M .(2016). Parenting stress and home-based literacy interactions in low-income preschool families,*Journal of Applied Developmental Psychology*, 46, 51-62
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 35(2), 231-257.
- Friedamn, M. (2003). Resilience training for South African Breweries. Unpublished Training Manual. Polokwane: Brewery.
- 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.
- Gartland D, Strosnider R. (2007). Learning disabilities and young children Identification and intervention. *Learn Disabil Quar*. 30(1): 63-72.
- 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
- Judkins, S. K. (2001). Stress, hardiness, and coping strategies among mid-level nurse managers: Implications for continuing higher education. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas.
- 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.
- Lazarus, A. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and 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.
- Lu, L. (2006). The transition to parenthood: Stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of community psychology*. 34(4), 471-488.
- 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

- 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.
- McConkey, 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.
- Narimani, M. & Ghaffari, M. (2015). The role of moral and social intelligence in predicting resiliency and quality of life in parents of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 5(2), 106-128. (Persian).
- 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.
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of behavioral medicine*, 12 (2), 145-58.
- Oelofsen, N. & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 1-12.
- Ortega, S., Beauchemin, A. & Kaniskan, R. B. (2008). *Best Practices in Mental Health*, 4(1), Lyceum Books, Inc.
- Poston, D.J., Turnbull, A. (2004). Role of spirituality and religion in family quality of life. *Education and training in developmental disabilities*, 39(2), 95-108.
- Radey, M. Schelbe (2016) "It's really overwhelming": Parent and service provider perspectives of parents aging out of foster care, *Children and Youth Services Review* 67
- Richardson, s, Yates, T (2014) Siblings in foster care: A relational path to resilience for emancipated foster youth *Children and Youth Services Review* 47 (2014) 378-388
- Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: Results of a two-year study. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 511-527.
- Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- 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.
- 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.
- Sternberg, J. A., & Bry, B. H. (1994). Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapy with families of adolescents: The Impact of therapist be -
- Stoneman, z. & Gavidia- Payne (2006). Marital adjustment in families of young children with disabilities. *American Journal on mental retardation, 11*(1), 1-14.
- Tierney, M. J., & Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development, 13*, 212-217.
- Volanen, S., Lahelma, E., Silventoinen, K. & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of public health, 14*(3), 322-330.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.

The impact of resilience fostering program on parenting stress, marital satisfaction and resiliency of children with learning disability

M. Kaveh¹ & H. Keramati²

Abstract

The present research was conducted to examine resilience fostering program impact on parenting stress, marital satisfaction and resiliency in parents of children with learning disability. The study was a quasi-experimental design with pretest-post-test and one control group. Thirty four parents were selected using random sampling and assigned to two experimental and one control groups. Abidin (1983), Houdson (1992) and Conner- Davidson (2003) Questionnaires were used to evaluate parenting stress, marital satisfaction, and resiliency respectively. Covariance analysis revealed that training resilience program could decline parenting stress and one of its subscales, i.e., parenting distress ($P \leq 0.01$). On the other hand, significant difference was observed between the two groups about parenting stress. Marital Satisfaction was not enhanced in the posttest and the follow up stage. But training could enhance resilience of experimental group. Accordingly, this study concluded that the resilience program could promote resilience and the quality of life in parents of children with learning disability.

Key words: learning disability, resilience training, parenting stress, marital satisfaction.

1. Assistant Professor of Counseling, Shahrekord University

2. Corresponding Author : Assistant Professor of Educational Psychology, Kharazmi University
(Dr.hadikeramati@gmail.com)