

## تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر امید به زندگی و استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهرستان کامیاران

آسو اردلان<sup>۱</sup>، چنگیز رستمی\*<sup>۲</sup>، حمزه احمدیان<sup>۳</sup>، مسعود مرادی<sup>۴</sup>

۱- کارشناس ارشد روان‌آموزش بهداشت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

\* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۸۱۷۰۸۵۲۰، ایمیل: rostami2016@yahoo.com کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۱۸۶-۴۴۳

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران

۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** فرزند معلول در خانواده به عنوان یک منبع استرس، سلامت جسمی و روانی والدین و به خصوص مادر را به خطر می‌اندازد و از سوی دیگر، افزایش تاب‌آوری و امیدواری، توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا را افزایش می‌دهد. هدف از تحقیق حاضر، تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر امید به زندگی و استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی بود.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش، شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک معلول مراجعه‌کننده به مرکز کودکان استثنایی بعثت شهرستان کامیاران در سال ۱۳۹۶ بود که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده، مقیاس تاب‌آوری Connor & Davidson، مقیاس سنجش امید بزرگسالان (AHS) و فرم کوتاه مقیاس استرس والدین بود. نتایج با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۰ بررسی شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از انجام مداخله، بین گروه‌های مداخله و کنترل، تفاوت معناداری در افزایش امید به زندگی و کاهش استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی به وجود آمده است ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش برنامه تاب‌آوری در افزایش امید به زندگی و کاهش استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهرستان کامیاران موثر بوده و می‌توان فنون این رویکرد درمانی را برای کودک و خانواده‌ی او (به خصوص مادران که نقش اصلی مراقبت از وی را به عهده دارند) به کار بست.

**واژه‌های کلیدی:** مادران کودکان استثنایی، تاب‌آوری، امید به زندگی، استرس

## مقدمه

کودکان با نیازهای خاص، نیازمند تربیتی خاص و آموزشی ویژه هستند و ممکن است به ناتوانی یادگیری، کم توانی ذهنی، ناتوانی جسمی یا مشکلات عاطفی دچار باشند. ناتوانی ذهنی نوعی اختلال عمومی است که در آن عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و پیش از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می‌شود (۱). مطالعات آماری در آمریکا، بیانگر این است که ۳/۰٪ از جمعیت کل کشور، افرادی با ضریب هوشی دو یا بیشتر از دو انحراف زیر میانگین می‌باشند (۲). طبق آمار سازمان بهزیستی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می‌دهند (۳).

والدین در هنگام تولد فرزند خود انتظارات بسیار زیادی دارند؛ به طوری که از آن به‌عنوان حادثه‌ای همراه با استرس ولی هیجان انگیز یاد می‌کنند اما تولد یک کودک با ناتوانی، همه‌ی انتظارات و توقعات آنها را مخدوش نموده و به‌عنوان یک بحران هیجانی استرس‌آمیز قلمداد می‌شود (۴). والدین در پی آگاهی از عقب ماندگی ذهنی کودک، احساس تقصیر و گناه، ناکامی، اضطراب و نگرانی می‌کنند و سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌نمایند؛ ضمن اینکه تولد یک کودک کم توان ذهنی، عاملی در جهت تأثیر منفی بر سازگاری خانواده نیز محسوب می‌شود (۵).

یکی از سازه‌های مهم در حوزه‌ی روانشناسی سلامت، تاب‌آوری است که جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی مثبت‌نگر، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. در مطالعه‌ی Connor & Davidson (2003)، تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک بیان

می‌کنند. آنها تاب‌آوری را تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده قلمداد نمی‌کنند؛ بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم می‌دانند (۶).

تاب‌آوری یعنی خم شدن اما نشکستن (۷). Kumpfer (۱۹۹۶) معتقد است که تاب‌آوری نقشی مهم را در بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد. از این رو می‌تواند؛ سازگاری مثبت و موفق‌تری را در زندگی فراهم کند. تاب‌آوری، اشاره بر فرآیندی پویا دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند (۸). یکی از مهمترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روان- شناختی از دست دادن امید به زندگی است (۹). به نظر می‌رسد که امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری می‌باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌هایی نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۱۰). امید به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (۱۱)؛ هم‌چنین می‌تواند به‌عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (۱۲). آثار سودمند امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلفی تایید شده است (۱۳). به‌عنوان مثال، همبستگی مثبت امید با عاطفه‌ی مثبت، احساس خود ارزشمندی، حرمت خود و همبستگی منفی با افسردگی، اضطراب، احساس فرسودگی و به‌طور کلی با عاطفه‌ی منفی نشان داده شده است (۱۴).

یکی از مهمترین دلایل آسیب‌پذیری پذیرنده بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور

استرس والدینی و پرسشنامه‌ی سنجش امید به زندگی بزرگسالان را تکمیل نمودند.

#### مقیاس تاب آوری:

مقیاس تاب آوری توسط Davidson & Conner در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب آوری افراد طراحی شد. مقیاس ۲۵ گویه می‌باشد که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (چهار) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون، ه تا ۱۰۰ است و در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی تاب آوری بیشتر در شخص می‌باشد. Conner & Davidson ثبات درونی مقیاس تاب آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند (۱۷). خلعتبری و همکاران، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی محتوایی را نیز مناسب گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ محاسبه گردید (۱۸).

#### پرسشنامه‌ی فرم کوتاه مقیاس استرس:

این پرسشنامه در پاسخ به نیاز متخصصان بالینی برای تهیه‌ی یک مقیاس معتبر به منظور اندازه‌گیری استرس در روابط والد-فرزند که در یک زمان محدود قابل اجرا باشد؛ مستقیماً از فرم بلند این مقیاس که توسط آبدین در سال ۱۹۸۳ تهیه شده بود؛ گرفته شد. فرم کوتاه مقیاس استرس والدین، ۳۶ سؤالی بوده که شامل سؤالاتی است با همان عبارت‌هایی که مستقیماً در فرم اصلی بلند ۱۰۱ سؤالی وجود دارد (۱۹). این مقیاس به منظور ارزیابی سه زیر مقیاس (آشفستگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین) و استرس کلی طراحی شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری روی طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) انجام می‌شود. در نمره‌گذاری

آنها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران می‌باشد. این امر باعث وابستگی بیشتر فرزند به مادر شده و اغلب فرزندان تحت تأثیر حالات عاطفی مادران قرار می‌گیرند. از سوی دیگر مادران احساس مسئولیت بیشتری در تربیت و پرورش فرزندان از خود نشان داده و اغلب گرفتار مشکلات فرزندان خود می‌باشند (۱۵، ۱۶).

بنابراین یکی از مهمترین اهداف کاربردی این پژوهش، جلب توجه و تأکید مجدد برای دست اندرکاران امر سلامت به لزوم آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با شرایط بحرانزا در خانواده‌ها، با رویکرد ویژه به اهمیت آموزش مادران و خانواده‌های دارای فرزند استثنایی می‌باشد تا بر پایه‌ی نتایج حاصل از آن، بتوان بخشی از یارانه‌ی بهداشت و سلامت کشور را به امر آموزش و توانمند سازی خانواده‌های دارای چنین فرزندان اختصاص داد و از ایجاد مشکلات جسمی و روحی بیشتر در خانواده‌های آسیب پذیر پیشگیری نمود لذا بر آن شدیم تا اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب آوری بر امید به زندگی و کاهش استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی را بسنجیم.

#### مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی مورد پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان استثنایی شهرستان کامیاران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. آزمودنی‌ها در ابتدای مطالعه، سوالات دموگرافیک و سپس مقیاس سنجش تاب آوری، پرسشنامه‌ی فرم کوتاه مقیاس

پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند (۲۱). اعتبار و پایایی پرسشنامه سنجش امید در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۶۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. روایی این مقیاس برابر با ۰/۸۱ به دست آمد (۲۲).

پس از کسب مجوزهای لازم از مدیریت پژوهش و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، هماهنگی با اداره آموزش و پرورش شهرستان کامیاران و همچنین کسب اجازه از اداره بهداشتی و تنها مرکز کودکان استثنایی شهرستان، نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از توضیح اهداف پژوهش، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و مداخله تقسیم شدند.

در مرحله بعد، گروه مداخله در برنامه‌ای آموزشی تنظیم شده در رابطه با تاب‌آوری ۹ جلسه‌ی یک ساعته (که توسط محققین برگزار گردید) شرکت نمودند. ضمن ارائه توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان راجع به پژوهش و اطمینان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات دریافت شده؛ رضایت تمام نمونه‌ها به صورت کتبی اخذ شد. معیارهای ورود به این پژوهش شامل مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول دریافت آموزش می‌باشند؛ سکونت در شهرستان کامیاران، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن سن بین ۱۵ تا ۵۰ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم شرکت در جلسات آموزشی مهارت‌های تاب‌آوری به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. پس از اتمام جلسات آموزشی در مرحله‌ی پس از آزمون، هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه‌ی فوق، مورد آزمون قرار گرفتند. در پایان، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ شده و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (شاخص‌های میانگین و

این پرسشنامه باید توجه کرد که ترتیب قرار گرفتن سؤال‌های زیرمقیاس‌ها در طول کل مقیاس پخش شده- اند و روش نمره‌گذاری همه‌ی سؤالات یکسان نیست (۲۰). پایایی از طریق بازآزمایی روی ۵۳۰ نفر از مادران با فاصله زمانی شش ماه انجام شد. ضریب همسانی درونی برای استرس کلی (۰/۸۴) به دست آمد (۱۹).

فرم کوتاه مقیاس استرس والدین، ۳۶ سؤالی است و شامل سؤالاتی با همان عبارت‌هایی که مستقیماً در فرم اصلی بلند ۱۰۱ سؤالی آبدین (۱۹۸۳) وجود دارد. این مقیاس طراحی شده بود تا علاوه بر سه حوزه از استرس والدینی، استرس کلی را اندازه‌گیری کند. 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 آمده است (۲۰). لازم به ذکر است که برنامه‌ی آموزشی تنظیم شده در رابطه با تاب‌آوری در سه بعد آشنایی با مفهوم تاب‌آوری، ویژگی‌های افراد تاب‌آوری عوامل حمایتی داخلی و خارجی و آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری خلاصه شده و در مدت ۹ جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت به گروه آزمایش، آموزش داده شد (۲۰).

#### مقیاس سنجش امید بزرگسالان (AHS):

این مقیاس توسط اسنایدر (۱۹۹۱) ساخته شده است و در بر گیرنده‌ی ۱۲ سؤال است. برای پاسخ به هر سؤال پیوستاری از ۱ تا ۴، در نظر گرفته شده است که برای عبارت‌های قطعاً غلط، اکثر موارد غلط، اکثر موارد درست و قطعاً درست به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ تعلق می‌گیرد. جمله‌های منفی به طور معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌ها بین ۱۲ تا ۴۸ قرار دارد و نمره‌ی بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر امید است. این مقیاس برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمانی بین ۲ تا ۵ دقیقه برای

انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و تحلیل رگرسیون بررسی شد. کوواریانس ANCOVA، کای اسکوئر، تی مستقل و

**جدول ۱: تعداد جلسات برگزار شده و محتوای آموزشی آموزش تاب آوری گروه مداخله‌ای**

| شماره جلسه | محتوای آموزشی جلسات  |
|------------|--|
| جلسه اول   | پیش آزمون - ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار<br>۱- معرفی پژوهشگر ۲- معرفی اعضا ۳- توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا   |
| جلسه دوم   | آشنایی با چهار چوب کلی بحث: تعریف تاب آوری- معرفی خصوصیات افراد تاب آور: ۱- شادی ۲- خردمندی و بینش ۳- شوخ طبعی ۴- همدلی ۵- قابلیت های ذهنی ۶- هدفمندی در زندگی ۷- ثبات قدم راهکار: شناخت موقعیت های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه ی فردی |
| جلسه سوم   | هدف: آشنایی با برخی عوامل حمایتی داخلی- مفهوم خوش بینی - عزت نفس - منبع کنترل راهکار: شناخت استعداد ها و علایق و تاکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها  |
| جلسه چهارم | هدف: آشنایی با برخی عوامل حمایتی خارجی ۱- سیستم حمایتی اجتماعی ۲- مسئولیت پذیری فردی و پذیرش نقش های معنی دار راهکار: احساس تعلق داشتن و با ارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن   |
| جلسه پنجم  | هدف: آشنایی با راه های ایجاد تاب آوری: ۱- برقراری و حفظ ارتباط با دیگران ۲- چهارچوب دادن به استرس ها ۳- پذیرفتن تغییر  |
| جلسه ششم   | هدف: ادامه راه های ایجاد تاب آوری - هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده - عمل کردن  |
| جلسه هفتم  | هدف: ادامه راه های ایجاد تاب آوری - خود آگاهی - پرورش اعتماد به نفس  |
| جلسه هشتم  | هدف: ادامه راه های ایجاد تاب آوری - پرورش خوش بینی - خود مراقبتی   |
| جلسه نهم   | هدف: جمع بندی، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون   |

### یافته ها

میانگین سن مادران شرکت کننده در گروه کنترل، فراوانی ۲۶/۷٪، دیپلم ۷ نفر با فراوانی ۴۶/۶٪، ۳۰/۸۰ سال (با انحراف معیار ۵/۵۳) و در گروه مداخله، ۳۱/۴۷ (با انحراف معیار ۵/۱۱) سال بود. میزان تحصیلات در گروه کنترل در مقطع زیر دیپلم، ۴ نفر با فراوانی ۲۶/۷٪، دانشگاهی ۴ نفر با فراوانی ۲۶/۷٪، دیپلم ۶ نفر با فراوانی ۴۰٪، دیپلم ۴ نفر با فراوانی ۳۳/۳٪ بود. (جدول ۲)

**جدول ۲: توزیع فراوانی تحصیلات در دو گروه**

| متغیر   | رده ها    | گروه کنترل |              | گروه مداخله |              |
|---------|-----------|------------|--------------|-------------|--------------|
|         |           | فراوانی    | فراوانی نسبی | فراوانی     | فراوانی نسبی |
| تحصیلات | زیر دیپلم | ۴          | ۲۶/۷٪        | ۶           | ۴۰٪          |
|         | دیپلم     | ۷          | ۴۶/۶٪        | ۴           | ۲۶/۷٪        |
|         | دانشگاهی  | ۴          | ۲۶/۷٪        | ۵           | ۳۳/۳٪        |
|         | کل        | ۱۵         | ۱۰۰٪         | ۱۵          | ۱۰۰٪         |

$X^2=1/33$  ،  $df=2$  ،  $P=0/51$

تحلیل کواریانس، پیش فرض‌های استفاده از آن بررسی شد و پس از اطمینان از عدم نقض پیش فرض‌ها، تحلیل نهایی صورت گرفت. برای متغیرهای امید زندگی و استرس، پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بودند؛ اما برای تاب‌آوری این پیش فرض‌ها برقرار نبود؛ بنابراین، اثر تاب‌آوری با استفاده از رگرسیون بررسی شد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره‌ی تاب‌آوری و امید زندگی در دو گروه قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری با هم دارند و در نمره‌ی استرس دو گروه قبل از مداخله نیز تفاوت وجود داشته است.

با توجه به اینکه این تفاوت معنی‌دار به صورت بالقوه می‌تواند روی مقایسه‌های بعد از مداخله تأثیر داشته باشد؛ جهت کنترل اثر نمره‌های قبل از مداخله، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از انجام

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری، امید زندگی و استرس در دو گروه قبل از مداخله

| متغیر      | مرحله         | گروه کنترل |              | گروه مداخله |              | t     | df | P-Value |
|------------|---------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------|----|---------|
|            |               | میانگین    | انحراف معیار | میانگین     | انحراف معیار |       |    |         |
| تاب‌آوری   | قبل از مداخله | ۲۱/۱۳      | ۴/۲۷         | ۱۷/۸۷       | ۴/۳۱         | ۲/۰۸  | ۲۸ | ۰/۰۴۶   |
| امید زندگی | قبل از مداخله | ۲۹/۴       | ۱/۹۲         | ۱۹/۶        | ۲/۱۳         | ۱۳/۲۳ | ۲۸ | <۰/۰۰۱  |
| استرس      | قبل از مداخله | ۳۵/۸۰      | ۲/۱۱         | ۳۵/۷۳       | ۲/۱۵         | ۰/۰۸۶ | ۲۸ | ۰/۹۳    |

جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات استرس قبل از مداخله، میانگین نمره استرس بعد از مداخله در دو گروه دارای تفاوت معنی‌داری هستند ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $F_{1,27} = ۷۴۵/۸۶$ )؛ به طوری که استرس بعد از مداخله در گروه مداخله برابر ۱۱/۱۳ و در گروه کنترل برابر ۳۴/۲۷ به دست آمده است. همانطور که اشاره شد، این تفاوت معنی‌دار است و استرس بعد از مداخله در گروه مداخله، پایین‌تر از گروه کنترل است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات امید زندگی قبل از مداخله، میانگین نمره امید زندگی بعد از مداخله در دو گروه، تفاوت معنی‌داری با هم دارند ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $F_{1,27} = ۲۹۹/۹۶$ ) به طوری که امید زندگی بعد از مداخله در گروه مداخله برابر ۵۳/۸۷ و در گروه کنترل برابر ۳۱ به دست آمده است و همانطور که اشاره شده؛ این تفاوت معنی‌دار است و امید زندگی بعد از مداخله، در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثر مداخله بر امید زندگی و استرس مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی

| منبع تغییرات             | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F      | P-Value |
|--------------------------|--------------|------------|----------------|--------|---------|
| امید زندگی قبل از مداخله | ۲۲/۷۶        | ۱          | ۲۲/۷۶          | ۸/۹۱   | ۰/۰۰۶   |
| گروه                     | ۷۶۶/۳۳       | ۱          | ۷۶۶/۳۳         | ۲۹۹/۹۶ | <۰/۰۰۱  |
| خطا                      | ۶۸/۹۹        | ۲۷         | ۲/۵۶           | -----  | -----   |
| کل                       | ۴۰۱۳/۳۷      | ۲۹         | -----          | -----  | -----   |
| استرس قبل از مداخله      | ۲۹/۵۴        | ۱          | ۲۹/۵۴          | ۵/۵۷   | ۰/۰۲۶   |
| گروه                     | ۴۰۰۱/۴۵      | ۱          | ۴۰۰۱/۴۵        | ۷۵۴/۸۶ | <۰/۰۰۱  |
| خطا                      | ۱۴۳/۱۲       | ۲۷         | ۵/۳۰           | -----  | -----   |
| کل                       | ۴۱۸۶/۳       | ۲۹         | -----          | -----  | -----   |

مداخله در گروه‌های کنترل و مداخله به ترتیب برابر ۲۳/۴ و ۸۲/۶۷ به دست آمد و این اختلاف معنی‌دار است.

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد؛ با در نظر گرفتن نمره‌ی تاب‌آوری قبل از مداخله، اثر گروه معنی‌دار شده است؛ یعنی نمره تاب‌آوری در دو گروه، اختلاف معنی‌داری با هم دارند. نمره تاب‌آوری بعد از

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون، جهت بررسی اثر مداخله بر تاب‌آوری مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی

| P-Value | t     | خطای معیار | ضریب   |                        |
|---------|-------|------------|--------|------------------------|
| <۰/۰۰۱  | -۹/۸۵ | ۴/۰۱       | -۳۹/۴۹ | مقدار ثابت             |
| ۰/۳۱    | ۱/۰۳  | ۰/۱۴       | ۰/۱۵   | تاب‌آوری قبل از مداخله |
| <۰/۰۰۱  | ۴۶/۳۳ | ۱/۲۹       | ۵۹/۷۵  | گروه                   |

تغییراتی ایجاد می‌کنند. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند و در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش بینانه، پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد، راهبردهای مقابله‌ی فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد؛ بنابراین، تاب‌آوری موجب افزایش انعطاف پذیری فرد می‌شود و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد؛ همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان را افزایش داده و میزان رضایتمندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد (۱۸).

در فرضیه‌ای دیگر، پژوهش مبتنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش تاب‌آوری مادران نیز تایید و اینطور نتیجه‌گیری می‌گردد که بین میانگین نمرات افزایش تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به مقایسه میانگین‌ها در دو گروه، تاثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش بیشتر بوده است (۱۷).

طبق نظر دنت (۲۰۰۹) توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض به عنوان یکی از

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مهارت تاب‌آوری بر امید به زندگی و کاهش استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی شهرستان کامیاران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این نوع مداخله و درمان، اثر بخش بوده است که با نتایج حاصل از پژوهش‌های ربیعی و همکاران (۱۳۹۳)، شیرین‌زاده (۱۳۸۵) و کارل<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) و شارما<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. این محققان نیز در مطالعات خود بیان می‌کنند که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر میزان امیدواری و کاهش استرس افراد مؤثر می‌باشد (۱۷-۱۵).

در خصوص تبیین اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس، ممکن است که ایجاد راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد باشد. اسکھیل<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای کنار آمدن کارآمد و مفید رابطه دارد؛ همچنین یکی از دلایل و تبیین‌های تاثیرگذار مداخله‌های حیثه‌ی تاب‌آوری این است که اغلب این مداخله‌ها در سبک اسناد افراد،

1- Carle AC  
2- Sharma  
3- Skehill

ویژگی‌های بارز در افراد تاب‌آور ذکر شده است. مک‌گرا (۲۰۰۰) به این نتیجه رسید که برنامه‌ی افزایش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد، راهبردها و مهارت‌های رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی را فراگیرند؛ بنابراین، تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که به مانند نوعی واکنش‌یون عمل می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و نگاه آنها به مشکلات به گونه‌ای است که از آنها به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد یاد می‌کنند (۱۸).

فرضیه‌ی دیگر، پژوهش مبتنی بر تأثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش امید به زندگی مادران نیز تایید و این طور نتیجه‌گیری می‌گردد که بین میانگین نمرات امید به زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به مقایسه‌ی میانگین‌ها در دو گروه، تأثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش امید به زندگی در گروه آزمایش، بیشتر بوده است.

امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌ها است؛ به نحوی که افراد امیدوار در زندگی، عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانعی برخورد می‌کنند؛ انگیزه‌ی خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند اما افراد نا امید به دلیل اینکه عامل گذرگاه‌های کمتری دارند؛ در برخورد با موانع، انگیزه‌ی خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند. به عبارت دیگر، مؤلفه‌ی عامل یا کارگذار، یک باور شخصی است که باعث می‌شود تا فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند و این امر جز در سایه‌ی امیدواری امکان پذیر نخواهد بود (۱۹،۲۰).

امید، دو مؤلفه‌ی شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی (برای مثال، این رویدادها مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) دارد که مؤلفه‌ی عاطفی آن می‌تواند؛ پیش‌بینی‌کننده‌ی وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه، داشتن منابع کافی برای تفکر هدف‌مدار و آشنایی با مسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب سلامت روان در افراد می‌شود؛ به عبارت دیگر بین این دو، یک رابطه‌ی تعاملی به وجود می‌آید که افزایش امید، باعث کاهش استرس در زندگی می‌شود.

افراد با داشتن امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق‌تر هستند؛ انگیزه‌ی بیشتری برای دنبال کردن آنها دارند و مهم اینکه قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دستیابی به اهداف آینده هستند. آنها اهدافی را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتری دارد؛ همچنین به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنها تمرکز می‌کنند (۲۱).

در این پژوهش، آموزش مهارت‌های تاب‌آوری جهت مقابله با استرس و افزایش امیدواری منجر به حفظ سلامتی، برقراری روابطی سالم و دوستانه، وجود و استفاده به موقع از ابراز وجود و انعطاف‌پذیری، گروه آزمایش را به مهارت‌هایی چون افزایش شادی، خردمندی و بینش، شوخ طبعی، همدلی، ثبات قدم و هدفمندی در زندگی کنترل رفتار و پاسخ‌دهی عاطفی و ارتباط بهتر مجهز و تاکید نمود که سلامت و بهداشت جسمانی رابطه‌ی مستقیم و تنگاتنگی با تاب‌آوری و رضایت از زندگی دارد و هر گونه منفی‌اندیشی، امکان ابتلا به بیماری و ضعف سیستم دفاعی بدن را افزایش می‌دهد؛ بنابراین، این برنامه آموزشی، مهارت‌های تاب‌آوری را بهبود و توسعه می‌دهد و

آموزش مهارت‌های تاب‌آوری را در خانواده‌های آسیب‌پذیر به اجرا در آورند. سیاست‌گذاران امر سلامت کشور نیز می‌توانند؛ برنامه‌های آموزشی را به عنوان یکی از مهمترین وظایف مراکز مشاوره‌ای، در راس سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود قرار دهند و با برگزاری کلاس‌های آموزشی مدون، خدمات مشاوره‌ای رایگان، تهیه‌ی جزوات و فیلم‌های آموزشی به روز، به خانواده‌های دارای فرزند استثنایی و خود فرزندان، خدمات بیشتر و هدفمندتری را در جهت پیشگیری از عوارض جسمی و روحی و همچنین تحمیل هزینه گزاف بر بخش بهداشت و سلامت کشور ارائه نمایند.

### تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در شورای HSR معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان و با کد اخلاق IR.MUK.REC.1395.368 انجام شده است. بدینوسیله، نویسندگان مقاله از کارکنان اداره بهزیستی و مرکز آموزش کودکان استثنایی بعثت شهرستان کامیاران که در این مطالعه با ما همکاری کردند؛ تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### تضاد منافع

در این مقاله، هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان، گزارش نشده است.

موجب تفاوت معنی‌دار عملکرد بین گروه آزمایش و کنترل می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه‌ی بررسی با توجه به هزینه‌های مالی و محدود شدن آن به شهرستان کامیاران و یک مرکز خاص اشاره نمود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آینده از تعداد نمونه‌ی بیشتر و طی زمان طولانی‌تر استفاده شود تا نتایج با اطمینان بیشتری قابل تعمیم باشند. توصیه می‌گردد که اثر بخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر استرس و امیدواری، با دو یا چند روش مداخله‌ای دیگر نیز مورد مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که برنامه‌ی آموزشی تاب‌آوری باعث افزایش امیدواری و کاهش استرس مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی می‌گردد. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به نبود پژوهش در این حوزه و محدود بودن نتایج پژوهش به مادران کودکان عقب مانده ذهنی اشاره نمود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه درباره‌ی دیگر مادران دارای فرزندان آسیب پذیر انجام شود. پیشنهاد می‌شود که از امیدواری مبتنی بر دین مبین اسلام در راستای افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی استفاده شود تا مادران، زندگی هدفمندتری را داشته و بتوانند به فرزندان خویش به عنوان منبع سعادت نگرسته و بیشتر به آنها عشق ورزند.

در پایان، توصیه می‌شود که تمامی مراکز بهزیستی، مشاوره‌ای، درمانی و مراکز نگهداری از این کودکان،

## References

- 1- Demirel M. Primary School Curriculum for Educable Mentally Retarded Children: A Turkish Case. Online Submission 2010; 7(3): 79-91.
- 2- Kirk S, Galager JJ, Kolman MR, Anastazio N. Education of Exceptional Children, Translate by Alireza Kakavand, Mahyas Sahimi. Tehran: Sarafray Publication ;2011: 124-9. [Persian].
- 3- Afroz Gh. An Introduction of Psychology Education of Exceptional Children: University of Tehran Press; 2007;19:104-113. [Persian].

- 4- Zembat R, Yıldız D. A comparison of acceptance and hopelessness levels of disabled preschool children's mothers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010; 2(2): 1457 -61.
- 5- Milanifar B. *The Psychology of Exceptional Children and Adolescents*. 3rd ed. Tehran: Ghomes publication; 2010:2:27-43. [Persian].
- 6- Abraham P, Greeff Karla L. Spirituality as a resiliency quality in Xhosa speaking families in South Africa. *Relig Health*.2008;47:288-301.
- 7- Wood S, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of Stress* 2015; 1: 164-173
- 8- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluati and guidelines for future work. *Child Development*.2000; 71: 543-62.
- 9- Ebrahimi, M., Karami, J., Barazandeh Choghaee, S., & Bagiyani Kulehmarz, M.J. (2016). An intervention in social adjustment and reducing impulsive behaviors of male students with mathematical learning disabilities: Efficiency and effectiveness of parents with. *Journal of Learning Disabilities*,2016; 1(5), 7-31.[Persian].
- 10- Eisenhower, AS, Baker, BL, & Blacher, J. Preschool children with intellectual disability syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal intellectual Disable*,2005; 49(9), 657-671.
- 11- Kevin L. R. Hope and Optimism :Latent Structures and Influences on Grade Expectancy and Academic Performance. *Journal of Personality*2009;77(1),231-260.
- 12- Harper M. Evidence-based effective practices with older adults. *J Couns Dev* 2004; 82(2): 36-42.
- 13- Catherine CL, Bulter L, Koopman L. Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *J Med Psychol* 2003; 122(13): 52-7.
- 14- Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;5(4):1378-84.
- 15- Rabieekenaree F, Jadidian A, Solgi M . Effectiveness of Resilience Training on Reducton of Parental Stress of Autistic Childrens Mothers, *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 2015; 23(4):1-14. [Persian].
- 16- Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S, A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children, *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*,2007; 3,(9) P. 15-24 [Persian].
- 17- Carle AC, Chassion L. Resilience in a community sample of children: its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Development Psychology* 2004;25: 577-596.
- 18- Hosseini Ghomi T, Salimi Bejestani H. Effectiveness of resilience training in maternal stress with children with cancer in Imam Khomeini Hospital, Tehran. *Health Psychology* 2013; 1: 97-109. [In Persian].
- 19- Eid M, Larson RJ. *The Science of subjective well-being*. 2st ed. New York: Guilford press.2008; 102-6.
- 20- Ositer GR, Markindes KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional Wellbeing predicts subsequent Functional independence and survival. *J Am Great Soc*. 2000;48: 473-78.
- 21- BaranOladi S, Etemadi A, Karami A. Effectiveness of Hope therapy On Achievement Motivationin boys senior Of work and knowledge schools in baharestan county, *Knowledge & Research in Applied Psychology*.2012; 3(1):48-52. [Persian].

## The Effect of Resilience Skills on Life Expectancy and Stress of Mothers with Mentally Retarded children in Kamyaran

Asoo Ardalan<sup>1</sup>, **Changiz rostami**<sup>2\*</sup>, Hamzeh Ahmadian<sup>3</sup>, Masood Moradi<sup>4</sup>

1- MSc of Health Education, Kamyaran Health Network, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

2- MSc of clinical psychology, Kamyaran Health Network, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (\* Corresponding Author) .Tel: 0989181708520 Email: rostami20162yahoo.com

3- Assistant Professor of Psychology Department, Sanandaj Branch of Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

4- MSc of Biostatistics, Vice Chancellor for Research and Technology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

### Abstract

**Background and Aim:** Having a disabled child in the family as a source of stress, threatens the physical and mental health of parents, especially the mother. On the other hand, increasing resilience and hopefulness increases the ability to cope with stressors. The purpose of this study was to investigate the effect of training resilience skills on life expectancy and reducing the stress of mothers with mentally retarded children.

**Material and Method:** This is a quasi-experimental study with pre and post- test and control group which was conducted on 30 mothers with disabled children who referred to Besat Exceptional Children's Center in Kamyaran in 2017 and were randomly selected and divided into two groups of control and intervention. Data were collected by the Connor & Davidson Resistance Scale, the Adult Hope Scale (AHS), and the short form of Parental Stress Scale. The results were analyzed using SPSS20.

**Results:** The results of covariance analysis showed that after intervention, there was a significant difference between the intervention and control groups in increasing life expectancy and reducing stress in mothers of mentally retarded children. ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Resiliency training is effective in increasing the life expectancy and reducing the stress of mothers with mentally retarded children in Kamyaran. The techniques of this therapeutic approach can be applied to both the individual and the family, especially the mothers who play the primary role of childcare.

**Key words:** Mothers of Exceptional Children, Resilience, Life Expectancy, Stress