

تاب‌آوری در خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه

ستاره شجاعی^{۱*}، احمد به‌پژوه^۲

چکیده

داشتن خواهران و برادران با نیازهای ویژه اثرات مثبت و منفی گوناگونی بر خواهر و برادران عادی‌شان دارد. صرف نظر از اثرات مثبت و منفی داشتن خواهر و برادر با نیازهای ویژه، این سؤال وجود دارد که چرا برخی از خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه موفق‌اند و عملکرد بسیار خوبی دارند اما برخی دیگر از آنها ناموفق‌اند، عملکرد بسیار ضعیفی دارند و با مسائل و مشکلات گوناگونی مواجه هستند؟ پژوهشگران در پی پاسخگویی به سؤال بیان شده به این نتیجه رسیده‌اند که خواهران و برادران موفق از تاب‌آوری بیشتری برخوردارند. تاب‌آوری یعنی این که افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن تنیدگی و فشار با موفقیت سپری کنند. از جمله مهمترین عوامل مؤثر بر تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه می‌توان به احساس خود، خودکارآمدی، جهت‌یابی مثبت به آینده، مهار هیجان و رفتار منفی، مهارت‌های بین‌فردی، خوش بینی، منبع مهار درونی، هدفمندی، حمایت، داشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد ناتوانی، مدیریت احساس‌ها، مهارت مقابله‌ای، مهارت برقراری روابط مثبت اجتماعی، مسئولیت‌های مراقبتی و مهارت حل مسئله اشاره کرد. بنابراین برای این که خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه بتوانند تاب‌آور شوند، باید تحت برنامه آموزش تاب‌آوری قرار گیرند تا مهارت‌های لازم را کسب کنند. به همین دلیل در این مقاله پس از بیان مقدمه‌ای کوتاه در مورد این موضوع، تاب‌آوری تعریف شده است و سپس عوامل مؤثر بر تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، خواهران و برادران، کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شیراز
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

درباره تأثیر حضور یک کودک ناتوان بر روی سلامت روان‌شناختی سایر اعضای خانواده، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند و نسبت به کسانی که چنین کودکانی را در خانواده ندارند بیشتر در معرض خطر مشکلات عاطفی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری قرار دارند (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷). با وجود این، برخی از پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که وجود یک کودک و نوجوان با نیازهای ویژه در خانواده فرصت‌هایی را برای رشد و پختگی، همدلی با مشکلات دیگران، تحمل تفاوت‌ها، افزایش شایستگی اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و استقلال خواهر و برادران فراهم می‌نماید (وارن داد، ۲۰۰۴).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود داشتن خواهر و برادران با نیازهای ویژه اثرات کاملاً متفاوتی بر خواهر و برادران عادی دارد. صرف نظر از اثرات مثبت و منفی داشتن خواهر و برادر با نیازهای ویژه، پژوهشگران در رابطه با خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه، با این سؤال مواجه‌اند که چرا برخی از خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه موفق‌اند و عملکرد بسیار خوبی دارند اما برخی دیگر از آنها ناموفق‌اند و عملکرد بسیار ضعیفی دارند و با مسائل و مشکلات مختلفی درگیر هستند.

پژوهشگران در پی پاسخ‌گویی به این سوال به این نتیجه رسیده‌اند که خواهر و برادران موفق از تاب‌آوری^۱ بیشتری برخوردارند (پترسون، ۲۰۰۰؛ والش، ۱۹۹۶). تاب‌آوری یعنی این که افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن تنیدگی و فشار با موفقیت سپری کنند (گیتزمن و جرمین، ۲۰۰۸). در واقع تاب‌آوری مجموعه‌ای از مهارت‌هاست که به کودکان کمک می‌کند که بتوانند بر مسائل و مشکلات خود غلبه نموده و پیشرفت کنند (برگمن، ۱۹۹۸). بر این اساس می‌توان گفت که خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه که موفق‌اند، عملکرد خوبی دارند، سازش‌یافتگی بهتری دارند و از سلامت روان بیشتری برخوردارند و نسبت به خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه که ناموفق‌اند، عملکرد ضعیفی دارند، ناسازگارند و از مشکلات گوناگون عاطفی و روانی رنج می‌برند، تاب‌آوری بیشتری دارند (شجاعی، ۱۳۹۱). از این رو در ادامه تاب‌آوری تعریف شده است، سپس عوامل مؤثر بر تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه مورد بحث قرار گرفته است و سرانجام بحث و نتیجه‌گیری ارائه شده است.

تعریف تاب‌آوری

از نظر واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است که اثر رویدادهای منفی تنش‌زا را تعدیل می‌کند و باعث افزایش سازش‌یافتگی می‌گردد. فریبرگ (۱۹۹۴) معتقد است تاب‌آوری توانایی فعالانه عمل کردن و موثر بودن به جای واکنشی عمل کردن و منفعل بودن در پاسخ به موقعیت‌های تنش‌زا است. گارمزی (۱۹۹۳) بیان می‌کند تاب‌آوری کوشش‌هایی است که صورت می‌گیرد تا در شرایط تهدیدآمیز تعادل شخصی حفظ شود یا مجدداً به دست آید. پُلک (۱۹۹۷) می‌گوید تاب‌آوری ظرفیت تغییر شرایط ناگوار به تجربه‌هایی است که منجر به رشد و پیشرفت فرد می‌گردد، یعنی این که تاب‌آوری پاسخی به تنیدگی‌های بسیار زیاد است. بر اساس نظر دوسون (۲۰۰۴) تاب‌آوری ظرفیت و نیرویی است

1. Resiliency

که موجب برگشتن از دشواری و بازسازی می‌گردد و توانایی مواجهه با شرایط ناگوار و در عین حال معنایابی برای آن حوادث و حفظ امیدواری است. همچنین آلورد و گرادوس (۲۰۰۵) معتقدند تاب‌آوری در واقع ظرفیت و سرمایه‌ای است که به وسیله آن فرد می‌تواند سکان زندگی‌اش را با وجود شرایط ناملاطم و دشواری‌هایی که در طی مسیر با آنها مواجه می‌شود، به خوبی هدایت کند. والش (۲۰۰۶) بیان می‌کند تاب‌آوری شامل تعامل بین عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی است که اغلب تأثیر چالش‌های تنش‌زای زندگی را تعدیل می‌کند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که تاب‌آوری مجموعه‌ای از مهارت‌های سازش‌یافتگی و کنار آمدن با شرایط فشارزای زندگی است که افراد می‌توانند این مهارت‌ها را کسب کنند (گلدشتین و بروکس، ۲۰۰۵). این سازه بر اساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت^۱ بنا نهاده شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات است (گیترم و جرمین، ۲۰۰۸). بنابراین می‌توان گفت تاب‌آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری^۲ است و خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه که تاب‌آوری بالاتری دارند؛ کم‌تر در فرایند رشد، دچار آسیب‌های روان‌شناختی می‌شوند.

عوامل مؤثر بر تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه

عوامل بسیاری بر تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه تأثیر می‌گذارد که در ادامه مهمترین عوامل مؤثر که بیشتر پژوهش‌ها در مورد آنها اتفاق نظر دارند، ارائه شده است.

احساس خود: در بحث تاب‌آوری و متغیرهای مرتبط با آن یکی از مفاهیم اصلی و تأثیرگذار احساس خود^۳ است. احساس خود قوی از طریق حرمت خود، اعتماد به خود و خودادراکی مشخص می‌شود (ریچ، زاترا و استوارت‌هال، ۲۰۱۰). اعتماد به خود، احساسی از خودارزشی^۴، احترام به خود و پذیرش خود است که معمولاً با انتظار موفقیت در زندگی ارتباط دارد (لین و همکاران، ۲۰۰۴؛ راتر، ۱۹۸۷). برخی از پژوهشگران و صاحب‌نظران حیطه تاب‌آوری (از جمله میلر و دانیل، ۲۰۰۷ و ماستن، بست و گارمزی، ۱۹۹۰) بر این باورند که حرمت خود از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است. در بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ای ویژه خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه نیز تعدادی از جلسات آن را به آموزش مهارت‌هایی اختصاص داده‌اند که با حرمت خود ارتباط دارند یا تأثیر آن را بر حرمت خود مورد بررسی قرار داده‌اند (از جمله متزگر، ۲۰۰۴ و نساء، ۲۰۰۵).

خودادراکی، درک و شناختی است که فرد از خودش دارد. افراد تاب‌آور نسبت به انگیزش‌ها، هیجان‌ها و نقاط قوت و ضعف‌شان آگاهی دارند. خودادراکی به افراد تاب‌آور احساس قوی از هویت فردی ارائه می‌دهد و باعث می‌شود آنها خودشان را به عنوان شخصیت‌های منسجم دارای معنی و هدف در زندگی‌شان ببینند (آلیم و همکاران، ۲۰۰۸). شکل‌گیری هویت فردی یکی از تکلیف‌های اولیه اساسی برای تحول بزرگسالان است (کوهن و کراوفورد، ۲۰۰۵). اغلب یک جنبه معنوی نیز در افراد تاب‌آور وجود دارد. یعنی این فرد خودش را بافتی از یک جهان گسترده می‌داند. یک فرد تاب‌آور از طریق خود اکتشافی برانگیخته و تشویق می‌شود (ریچ، زاترا و استوارت‌هال، ۲۰۱۰).

1. Strengths-based approaches
2. Vulnerability
3. Sense of self
4. Self- worth

خودکارآمدی: خودکارآمدی^۱، اعتقاد فرد به توانایی‌های خود در مدیریت مؤثر شرایط و مشکلات زندگی است. خودکارآمدی و اعتماد به خود به طور منفی با ویژگی‌های شخصیتی روان‌آزردگی و هیجان‌پذیری منفی که نشان‌دهنده تمایل به دیدن و واکنش نشان دادن نسبت به جهان به عنوان یک مکان ترسناک، تنش‌زا و دارای مشکل و نگاه به خود به عنوان یک موجود آسیب‌پذیر است، ارتباط دارد (کمپیل‌سیلز، کوهان و استین، ۲۰۰۶). همچنین خودکارآمدی و اعتماد به خود به شکل مثبت با هیجان‌پذیری مثبت و تمایل به دیدن و واکنش نشان دادن نسبت به جهان با اعتماد به کسب موفقیت، ارتباط دارد (ناکایا، اوشیو و کانکو، ۲۰۰۶). اگرچه موفقیت افراد تاب‌آور در روابط با دیگران از طریق خودمختاری و خوداتکایی مشخص می‌شود؛ یعنی آنها برای برآوردن نیازهای خود و حل مشکلاتشان تنها به دیگران متکی نیستند، ولی براساس تئوری شخصیت زیستی اجتماعی کلی‌نگر، خودتعیین‌گری ضعیف با اختلال‌های شخصیتی ارتباط دارد (کلونینجر، سوراکیگ و پریزبک^۲، ۱۹۹۳)؛ بنابراین، یک فرد دارای خودتعیین‌گری بالا باید تاب‌آور باشد. خودکارآمدی، انگیزه کودکان برای رویارویی با رویدادها و چالش‌های زندگی آینده را افزایش می‌دهد و باعث تسهیل تاب‌آوری در فرد می‌شود (شجاعی، ۱۳۹۱).

جهت‌یابی مثبت به آینده: افراد تاب‌آور برای آینده برنامه‌ریزی می‌کنند. آنها انگیزه پیشرفت دارند، جهت‌یابی مثبت به آینده^۳ دارند و در جنبه‌های دشوار زندگی موفق هستند. این افراد هدف‌مدار، مولد و سخت‌کوش هستند. تعیین هدف‌ها و تداوم در پی‌گیری آن در این افراد مشاهده می‌شود. در عین حال، آنها می‌توانند احساس تعادل در زندگی و توانایی تداوم در تلاش را در همه زمان‌ها حفظ کنند. این افراد اگرچه عموماً در مورد پیامد تلاش‌هایشان خوش‌بین‌اند اما می‌توانند در سازش‌یافتگی با چالش‌ها، محدودیت‌ها و تغییر شرایط زندگی نیز انعطاف‌پذیر باشند و با خونسردی شکست را بپذیرند (ساتویک، وایتیلینگام و چارنی، ۲۰۰۵).

افراد تاب‌آور اسیر گذشته خودشان نیستند. آنها دورنمای کارها و رویدادها را می‌بینند و با توجه و نگاه مثبتی که به آینده دارند، خوش‌بین‌اند، برای آینده‌شان هدف و برنامه دارند، زندگی برای‌شان معنادار است و از فاجعه‌سازی رویدادهای ناخوشایند می‌پرهیزند و به عبارتی آنها را فاجعه‌زدایی^۴ می‌کنند (مک‌گراث، ۲۰۰۰). افراد تاب‌آور دید مثبتی نسبت به آینده دارند، درگیر تصور داشتن آینده‌ای بهتر هستند و برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند (علیزاده، ۱۳۹۲).

مهاریان و رفتار منفی: افراد تاب‌آور مسئولیت‌پذیر و باوجدان هستند و عموماً میزان بالایی از یکپارچگی شخصی را نشان می‌دهند (بنسون، ۱۹۹۷). آنها تمایل دارند که درستکار و بزرگواری باشند، آنها صاحب مجموعه قوی از ارزش‌ها هستند که باعث می‌شود تا کوشش کنند وفادار باشند. آنها کنترل خوبی بر روی محرک‌ها دارند (بومیستر و اکسلین، ۲۰۰۰). افراد تاب‌آور قادرند لذت‌ها و سایر هیجانانگیزات مثبت را تجربه کنند (ریچ، زاترا و استوارت‌هال، ۲۰۱۰). این افراد از طرق مختلف هیجان‌ها و رفتارهای منفی خود را کنترل می‌کنند. شوخی به عنوان دفاعی است که در آن بر جنبه‌های سرگرم‌کننده و کنایه‌ای تعارض یا فشارها تأکید می‌کند. جرئت‌ورزی^۵، تجربه بیان احساسات و افکار به شکل مستقیم است و به شکل

1. Self- efficacy
2. Cloninger, Svrakic, & Przybeck
3. Positive future orientation
4. Decatastrophizing
5. Aassertiveness

اجباری یا دستکاری شده نیست. مشاهده خود^۱، تأمل فرد بر افکار، احساسات، انگیزش و رفتار خویش و پاسخ مناسب دادن به آنهاست (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۴). همگی این رفتارها به افراد کمک می‌کند که هیجان و رفتار منفی خود را کنترل کنند. افراد تاب‌آور قادرند هیجانان خود را کنترل کنند و جلوی اضطراب‌هایشان را بگیرند (علیزاده، ۱۳۹۰).

مهارت‌های بین فردی: شخصیت‌های تاب‌آور، اغلب برای دیگران جذاب هستند. همچنین دارای مهارت‌های بین فردی خاصی هستند که موجب ایجاد و حفظ روابطشان می‌شود. در نتیجه خود این امر به آنها در مقابله با تجربه‌های فشارزای زندگی کمک می‌کند (ریچ، زاترا و استوارت‌هال، ۲۰۱۰). این ویژگی شخصیتی اجتماعی مثبت احتمالاً تحت مفاهیم رایجی چون اجتماعی بودن، بیان هیجان‌ها و ادراک بین فردی گروه‌بندی می‌شوند. افراد تاب‌آور به طور طبیعی نسبت به جمعیت بهنجار اجتماعی‌تر، مردم‌دوست‌تر و برون‌گراتر هستند. آنها تمایل دارند که خیرخواه، صمیمی، خوش برخورد و خوش معاشرت باشند. آنها به احتمال زیاد به راحتی با مردم ملاقات می‌کنند؛ به راحتی دوستی ایجاد می‌کنند و از همکاری کردن لذت می‌برند؛ بنابراین به یک شبکه اجتماعی گسترده دست می‌یابند. افراد تاب‌آور مهارت‌های ارتباطی بین فردی خوبی دارند. در زمان‌های فشار روانی، آنها به منابع حمایت اجتماعی بیشتری دسترسی دارند و قادرند که به خودشان نیز اتکا کنند (اسکودول، ۲۰۱۰). توانایی بیان هیجان‌های خود به دیگران به شکل مناسب باعث می‌شود که روابط بین فردی قوی‌تری شکل گرفته و از این روابط در هنگام فشار روانی استفاده مؤثرتری صورت بگیرد (آلیم و همکاران، ۲۰۰۸). افراد تاب‌آور قادرند گرمی و صمیمیت و سایر احساسات خود را نسبت به دیگران آزادانه بیان کرده و به افراد دیگر با نهایت احساسات صمیمانه اعتماد بکنند. افراد تاب‌آور همدل هستند. آنها قادرند احساسات دیگران را درک و تجربه کنند و این ادراک را به آنها منتقل کنند. آنها تمایل به تواضع و نوع‌دوستی و علاقه ذاتی به بهزیستی دیگران دارند. این ویژگی‌ها باعث می‌شود که دیگران علاقه داشته باشند که با آنها ارتباط برقرار کنند، به آنها اعتماد کنند و در مقابل هنگام نیاز به آنها یاری دهند (اسکودول، ۲۰۱۰). افراد تاب‌آور دارای توانایی‌های بین فردی هستند که به آنها اجازه می‌دهد به مشکلات و انکس منطقی نشان دهند (باس، ۲۰۰۲). افراد تاب‌آور در روابط بین فردی بسیار قوی هستند. این افراد اهل ابراز وجود هستند، در موقعیت‌های اجتماعی نمی‌ترسند و معمولاً پیش قدم هستند. آنها قادرند با افراد دشوار به خوبی کنار بیایند (علیزاده، ۱۳۹۰).

خوش‌بینی: به طور کلی مجموعه بسیاری زیادی از ادبیات پژوهشی نشان می‌دهند که افراد خوش‌بین نسبت به بدبین‌ها ناراحتی‌های روان‌شناختی کم‌تری را تجربه می‌کنند، سطح بهزیستی روانی‌شان بالاتر است و موقعیت‌های دشوار را به طریق کارآمدتری مدیریت می‌کنند (کارور و شی-یر، ۲۰۰۲ و ۲۰۱۰؛ اشنایدر، ۲۰۰۱). پژوهش‌های بسیاری تأثیر قدرت تفکر مثبت را در مواجهه با فشار روانی و شرایط ناگوار تأیید کرده‌اند (سلیگمن و سیکنزنت‌میهایلی، ۲۰۰۰). یکی از ارکان اصلی برنامه‌های مداخله‌ای ویژه خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه آموزش خوش‌بینی از طریق جلب توجه افراد به نقاط قوت خود و خواهر یا برادرشان است که اثرات آن بر تاب‌آوری و سلامت روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته است.

منبع مهار درونی: افراد تاب‌آور چیزی دارند که تحت عنوان منبع مهار درونی نامیده می‌شود. یعنی آنها اعتقاد دارند وقایعی که در زندگی‌شان رخ می‌دهند، به میزان زیادی تحت‌تأثیر رفتارهای خودشان است نه این که نتیجه بدشانس، یا سایر کارکردهای فردی است. این افراد موفقیت‌هایشان را ناشی از تلاش، توانایی و دارایی‌های خود می‌دانند (بروکس، ۱۹۹۴). در حالیکه افرادی که تاب‌آوری کم‌تری دارند، موفقیت و شکست را حاصل شانس و نیروهای خارج از کنترل خود می‌دانند (والش، ۲۰۰۶). یک فرد دارای منبع مهار درونی اعتقاد دارد که مشکلات می‌توانند با تلاش فرد حل شوند که خود این امر عموماً منجر به راهبرد های مقابله‌ای مؤثرتر می‌شود. یک فرد تاب‌آور، حتی نسبت به پیامد موقعیت‌های دشوار (برای مثال در مورد بیماری‌های جسمی یا از دست دادن یک شخصیت مهم) نیز امیدوار و خوش‌بین است (سلیگمن، ۲۰۰۲؛ پترسون، ۲۰۰۰). افراد تاب‌آور موفقیت‌هایشان را ناشی از تلاش، توانایی و دارایی‌های خودشان می‌دانند (بروکس، ۱۹۹۴) و افرادی که تاب‌آوری کم‌تری دارند موفقیت و شکست را حاصل شانس و نیروهای خارج از کنترل می‌دانند (والش، ۲۰۰۶). در پژوهشی گارمزی (۱۹۹۳) افراد خردسالی را که در محیط‌های فقیر زندگی می‌کردند را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که منبع مهار درونی از مهمترین ویژگی‌های فردی است که باعث افزایش پیامدهای مثبت می‌گردد.

هدفمندی: احساس هدفمندی، آرمان‌های تحصیلی و باور به آینده‌ای روشن در افراد تاب‌آور مشاهده می‌شود (مستن و همکاران، ۱۹۹۹). این افراد در رویدادها و بحران‌ها بُعد اخلاقی‌شان گسترده‌تر می‌شود، احساس هدفمندی بیشتری در زندگی می‌کنند و شفقت و مهربانی‌شان نسبت به گرفتاری‌های دیگران افزایش می‌یابد. همچنین افراد تاب‌آور بر این باورند که مقداری از وقت و انرژی‌شان را برای پشیمانی و جبران و ترمیم جراحات‌های قدیمی خویش هدر داده‌اند. در نتیجه تجارب‌شان را بررسی کرده و کوشش می‌کنند از آنها درس ارزشمندی بگیرند تا بتوانند راهنمای‌شان در آینده باشد و به این طریق زندگی بهتری را برای خویش رقم بزنند (والش، ۲۰۰۶). نیگار (۱۹۹۲) در پژوهش خود در مورد بررسی عوامل درون فردی تاب‌آوری در دانشجویان دریافت که داشتن هدف در زندگی، حل مسئله و خودکارآمدی سه اصل مهم برای تاب‌آور بودن هستند. یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور این است که سؤالاتی از خودشاندر ارتباط با هدف زندگی می‌پرسند؛ اینکه من از کجا آمده‌ام؟ چه کسی هستم؟ کجا خواهیم رفت؟ و اینکه داشتن هدف در زندگی برای زیستن لازم است (والکر، ۱۹۹۶؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲).

حمایت: اگر چه یکی از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در کلیه افراد و در شرایط تحولی مختلف، برخورداری از حمایت خانوادگی و اجتماعی است (گارمزی، ۱۹۹۳). با وجود این مهارت جستجوی حمایت از اعضای خانواده، دوستان، مراکز خدمات حرفه‌ای و مهارت‌های حمایتی برای کمک به خود یا سایر افراد خانواده در ایجاد تاب‌آوری و پیامدهای مثبت در خواهران و برادران افراد با ناتوانی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (کینسیلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶؛ مارش، ۱۹۹۸). در پیشینه مربوط به خواهران و برادران افراد با ناتوانی بر اهمیت تأثیر حمایت اجتماعی، عاطفی و اطلاعاتی بر سازش‌یافتگی آنها تأکید بسیار زیادی شده است (برک، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مختلف نه تنها بر منابع حمایتی غیررسمی، بلکه بر حمایت‌های سازمان‌یافته و رسمی از کودکان و نوجوانان نیز تأکید می‌کنند. خواهران و برادران افراد با ناتوانی گزارش کرده‌اند که دسترسی به منابع خدماتی خارج از خانواده به آنها کمک می‌کند که کم‌تر از گوشه‌گیری به عنوان ابزاری برای مقابله استفاده کنند. این خواهران و برادران از طریق مشارکت در تجربه‌های دیگران حس عادی

بودن پیدا می‌کند و احساس برجسب داشتن در آنها کم می‌شود. همچنین این مراکز و منابع حمایتی رسمی و غیررسمی، منبعی عالی از اطلاعات برای‌شان فراهم می‌کنند (کینسیلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶). اطلاعات کیفی مطالعه کینسیلا و همکارانش به همراه سایر پژوهش‌ها (مانند؛ گریس، کامپلی و آیرس، ۱۹۹۳؛ تامپسون، ۱۹۹۵؛ مارش، ۱۹۹۸ و برک، ۲۰۰۴) نشان می‌دهند که خواهران و برادران افراد با ناتوانی با استفاده از انواع نظام‌های حمایت رسمی و غیررسمی شامل دوستان، خانواده، خانواده گسترده، مذهب، مهارت‌های حمایتی و روان‌درمانی می‌توانند شرایط بحرانی خود را از بین ببرند.

راینر (۲۰۰۷) در پژوهش خود در مورد شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های سازش‌یافتگی در خواهران و برادران افراد با نیاز ویژه، داشتن ارتباط مثبت با همسالانی که آنها نیز خواهر یا برادر با ناتوانی دارند، پیوستن به شبکه‌های حمایتی، داشتن والدین حمایت‌گر یا کسب حمایت از افرادی مثل پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها، رابطه صمیمی با معلمان و مربیان یا دوستان را به عنوان علل تاب‌آوری خواهران و برادران افراد با نیاز ویژه بیان کرده‌اند. همچنین شارفن‌گاتو و همکاران (۲۰۰۸) دسترسی به منابع خانواده مانند حمایت عاطفی، برآورده شدن نیازهای مراقبتی خواهران و برادران به میزان کافی از طرف مادر و سلامت روانی خانواده را از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در خانواده‌های دارای فرزند با نشانگان‌داون^۱ شناسایی کرده است. در همین راستا هیمن (۲۰۰۲) در پژوهشی به بررسی تاب‌آوری والدین بر اساس مدل تاب‌آوری خانواده با استفاده از مصاحبه پرداخته و به این نتیجه رسیده است که ۹۳/۵ درصد والدین همزمان از انواع خدمات حمایتی و منابع اجتماعی استفاده می‌کنند. هیمن (۲۰۰۲) در دسترس بودن منابع حمایتی، و مهم‌تر از آن استفاده از این منابع را نشان‌دهنده تاب‌آوری در این والدین گزارش کرده است.

داشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد ناتوانی: یکی از متغیرهای مهمی که می‌تواند بر افزایش تاب‌آوری و سازش‌یافتگی بهتر با دشواری‌های زندگی تأثیر بگذارد، داشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد مسئله و نحوه مقابله با آن دشواری است. کسب اطلاعات در مورد ناتوانی خواهر و برادر با نیاز ویژه از جمله متغیرهایی است که اگر چه اثر آنها به طور مستقیم بر تاب‌آوری این افراد مورد بررسی قرار نگرفته است، ولی یکی از ارکان اصلی برنامه‌های مداخله‌ای ویژه برای خواهران و برادران را تشکیل می‌دهد و اثرات آن بر اعتماد به خود، سازش‌یافتگی روان‌شناختی، خودکارآمدی، همدلی، بینش و سلامت‌روانی که با تاب‌آوری ارتباط دارند، مورد تأیید قرار گرفته است (دایسون، ۱۹۹۸؛ نساء، ۲۰۰۵؛ لوباتو و کائو، ۲۰۰۲ و لوباتو، کائو و پلنت ۲۰۰۶). آموزش فرد درباره بیماری‌های ذهنی، شناخت خدمات و منابعی که فرد ناتوان یا بیمار می‌تواند در موقع نیاز به آنها مراجعه کند و شناخت علت مشکل و بیماری منجر به کاهش اضطراب و احساس درماندگی می‌شود (کینسیلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶؛ مارش، ۱۹۹۸)، به پذیرش ناتوانی کمک می‌کند و این پذیرش بر افزایش تاب‌آوری تأثیر مثبت دارد (هیمن، ۲۰۰۲). فراسر و پاکنهام (۲۰۰۹) در پژوهشی که به منظور بررسی عوامل تاب‌آوری در کودکان دارای والد با بیماری روانی انجام داده بودند؛ به این نتیجه رسیدند که برای این کودکان فراهم کردن عوامل حمایتی مثل اطلاعات کافی در مورد چگونگی مقابله با داشتن والد بیمار و شرایط و ویژگی‌هایی که این افراد دارند؛ می‌تواند بر تاب‌آوری آنها تأثیر مثبت بگذارد. این یافته را پژوهش ملک‌پور (۱۳۷۷) نیز تأیید می‌کند. با این تفاوت که در پژوهش‌های یاد شده نیاز به اطلاعات به عنوان مهم‌ترین نیازهای والدین دارای کودک با کم‌توانی ذهنی عنوان شده بود.

مدیریت احساس‌ها: شناخت و تنظیم هیجان‌ها و احساس‌ها، مدیریت تنیدگی و مهارت‌های کنار آمدن با مشکلات که از متغیرهای اصلی تشکیل‌دهنده تاب‌آوری فردی هستند (پرینس‌امبوری، ۲۰۰۸؛ کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، در بسیاری از برنامه‌های ویژه خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه به کار گرفته شده‌اند. از جمله آنها کارگاه‌هایی برای خواهران و برادران کودکان با نیازهای ویژه^۱ است که توسط پژوهشگران مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و اثربخشی آن بر کاهش اثرات منفی داشتن خواهر و برادر با نیاز ویژه مورد تأیید قرار گرفته است (میر، ۲۰۱۱) یا برنامه مداخله تاب‌آوری که توسط کاوه و همکاران (۱۳۹۰) برای والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی اجرا شده است.

مهارت مقابله‌ای: در بسیاری از پژوهش‌های گذشته مهارت مقابله‌ای با تاب‌آوری مترادف در نظر گرفته می‌شدند. در حالی که تاب‌آوری اشاره به پیامد سازگارانه در پاسخ به یک بحران یا تنیدگی دارد، ولی کنار آمدن؛ پاسخ روان‌شناختی یا رفتاری است که تأثیر روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی روی داده‌های فشارزا را کاهش می‌دهد یا پیامدهای مثبت آن را افزایش می‌بخشد (داوی و همکاران، ۲۰۰۳). افراد تاب‌آور به عنوان کسانی توصیف می‌شوند که آموخته‌اند چگونه با تنیدگی‌ها به روش کارآمدی رویاروی شوند (کومپاس، ۲۰۰۵). به عبارت دیگر مهارت مقابله‌ای منجر به تاب‌آوری افراد می‌شود.

در حوزه تاب‌آوری یکی از حیطه‌های اصلی برای افزایش تاب‌آوری کودکان و نوجوانان انجام مداخله‌هایی در زمینه آموزش مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های تفکر خوش‌بینانه، خودشناسی، شوخی و طنز، مهارت‌های حل مسئله و برنامه‌ریزی، خودکارآمدی و ادراک خود مثبت، مهارت‌های تنظیم هدف و مدیریت تنیدگی (مک‌گراث، ۲۰۰۰) است. پژوهش‌هایی که درباره مهارت‌های مقابله‌ای خواهران و برادران انجام شده‌اند، بیان می‌کنند که یکی از مقابله‌هایی که موجب تغییرات مثبت در آنها می‌شود، گریز سازمان‌یافته است. بدین شکل که خواهران و برادران خودشان را در فعالیت‌هایی غرق می‌کنند که می‌توانند زمان و توجه‌شان را با یک روش لذت‌بخش یا ایجاد سایر فنون مدیریت تنیدگی پر کنند (کینسیلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶؛ مارش، ۱۹۹۸). همچنین فراسر و پاکنهام (۲۰۰۹) نیز یادگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را موجب افزایش تاب‌آوری در کودکان دارای والد با بیماری روانی می‌دانند.

مهارت برقراری روابط مثبت اجتماعی: داشتن روابط اجتماعی سالم (فراسر و پاکنهام، ۲۰۰۹)، کفایت اجتماعی، فعالیت گروهی با همسالان و داشتن روابط مثبت با همسالان و بزرگسالان نیز از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه بیان شده است. پریس و دمو (۲۰۰۸) در پژوهش خود بر روی پنج کودک دختر و پسر شش تا ده سال دارای والد با بیماری روانی که به منظور بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری این کودکان و با هدف ارائه راهکارها و شاخصه‌های مناسب جهت طراحی برنامه‌های مداخله تاب‌آوری انجام شده بود، عنوان کردند که عوامل مختلف درون‌فردی تاب‌آوری را خوش‌حلقی، اعتماد به خود، خودکارآمدی، سرسختی، خوش‌بینی، کفایت اجتماعی، سواد هیجانی، فعالیت گروهی با همسالان و داشتن روابط مثبت با همسالان و بزرگسالان و داشتن دلبستگی امن با والدین تشکیل می‌دهند.

مسئولیت‌های مراقبتی: اگر چه یکی از علل اصلی تجربه احساس‌های ناخوشایند مانند، خشم نسبت به پدر و مادر، حسادت به خواهر و برادر با ناتوانی یا همسالان دارای خواهر یا برادر عادی، داشتن مسئولیت‌های مراقبتی بیش از حدی است که بر دوش فرزندان سالم خانواده گذاشته می‌شود. با وجود

1. Sibshops: Workshops for sibling of children with special needs

این، فاهی (۲۰۰۵) در پژوهش خود بر روی خواهران و برادران افراد با کم‌توانی ذهنی این استدلال را بیان کرد که احتمالاً در خانواده‌های افراد با کم‌توانی ذهنی که خواهران و برادران به حمایت‌های عاطفی و اطلاعات کافی دسترسی دارند، مسئولیت‌های مراقبتی به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده عمل کرده و منجر به ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای و پیامدهای روان‌شناختی مثبت در آنها می‌گردد.

مهارت حل مسئله: شارفن گائو و همکاران (۲۰۰۸) توانایی داشتن حل مسئله را از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه شناسایی کرده است. هیمن (۲۰۰۲) با ۳۲ نفر از والدین دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی، ناتوانی‌های یادگیری یا جسمی مصاحبه کرد. او مشاهده کرد که کسب توانایی‌های عملی برای مقابله با مشکلات و کسب مهارت حل مسئله برای حل مشکلات زندگی یا مشکلات مربوط به کودک با ناتوانی می‌تواند به والدین کمک نماید تا احساس خوش‌بینی خود نسبت به زندگی کودک با ناتوانی، و باور قوی داشتن به آینده روشن برای خود و فرزندشان را حفظ نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند و نسبت به کسانی که چنین کودکانی را در خانواده ندارند بیشتر در معرض خطر مشکلات عاطفی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری قرار دارند (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷؛ شارپ و روسیتر، ۲۰۰۲). از جمله مشکلاتی که خواهران و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه با آن مواجه هستند، می‌توان به احساس فشار ناشی از مسئولیت‌های مراقبتی و اختلال‌های رفتاری (کاسکلی و گان، ۱۹۹۳)، فشار مضاعف ناشی از نگرانی (به ویژه نگرانی در این مورد که بعد از والدین چه کسی از خواهر یا برادرشان باید مراقبت کند)، از دست دادن روابط عادی دوجانبه خواهر و برادر، یعنی گرمی و صمیمیت کمتر و مشکلات مربوط به کنار آمدن با رفتارها و ویژگی‌های خواهر یا برادر با نیازهای ویژه (کاسکلی و گان، ۲۰۰۶)، اختلال سلوک، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی و احساس تعارض بیشتر نسبت به خواهران و برادرانی که دارای خواهر یا برادر عادی هستند (فیسمن و همکاران، ۱۹۹۶؛ هانا و میدلارسکی، ۱۹۹۹) اشاره کرد.

با توجه به مشکلات بیان شده، پژوهشگران در رابطه با کودکان و نوجوانان دارای خواهر یا برادر با نیازهای ویژه، با این سؤال مواجه‌اند که چرا برخی از آنها می‌توانند با مشکلات داشتن خواهر و برادر با نیازهای ویژه کنار بیایند و برخی از آنها نمی‌توانند؟ از این رو در پی پاسخ‌گویی به سؤال بالا به مفهوم تاب‌آوری و ارتقای میزان تاب‌آوری پرداخته‌اند (پولمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ ون ریپر، ۲۰۰۷).

با توجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که اگر تاب‌آوری خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه افزایش یابد، آنها به راحتی می‌توانند با مسائل و مشکلات داشتن خواهر و برادر با نیازهای ویژه کنار آیند و ضمن داشتن عملکرد قابل قبول و موفقیت‌آمیز از سلامت روان خوبی هم برخوردار گردند. بنابراین برای این که خواهر و برادران کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه بتوانند تاب‌آور شوند، باید تحت برنامه افزایش تاب‌آوری قرار گیرند تا مهارت‌های لازم را کسب کنند. در طراحی برنامه افزایش تاب‌آوری عوامل مؤثر بر تاب‌آوری از قبیل احساس خود، خودکارآمدی، جهت‌یابی مثبت به آینده،

کنترل هیجان و رفتار منفی، مهارت‌های بین فردی، خوش‌بینی، منبع مهار درونی، هدفمندی، حمایت، داشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد ناتوانی، مدیریت احساس‌ها، مهارت مقابله‌ای، مهارت برقراری روابط مثبت اجتماعی، مسئولیت‌های مراقبتی و مهارت حل مسئله که در این مقاله به آنها پرداخته شد، باید مورد ملاحظه قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود متخصصان و مشاورانی که با خانواده‌های کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه در ارتباط هستند در مشاوره‌های خود منابع تاب‌آوری این افراد را بیشتر مورد توجه قرار دهند و برنامه‌هایی مانند افزایش تاب‌آوری را برای آنها اجرا کنند. به والدین افراد با نیاز ویژه در مورد نحوه صرف وقت برای فرزندان سالم خود و ارائه مسئولیت به آنها تکنیک‌هایی آموزش داده شود که فرزند با نیاز ویژه به جای این‌که عامل خطر سلامت روانی و سازش‌یافتگی محسوب شود، به فرصتی برای تاب‌آوری بالاتر و تحول پیشرفته‌تر تبدیل شود. با توجه به عملکرد سیستمی خانواده، پیشنهاد می‌گردد به جای انجام مداخله برای یک عضو از خانواده، پژوهش‌هایی با موضوع افزایش تاب‌آوری به شکل خانواده‌درمانی، برای کل اعضای خانواده دارای فرزند با نیازهای ویژه انجام پذیرد.

منابع

شجاعی، س. (۱۳۹۱). طراحی برنامه آموزش تاب‌آوری برای خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون و بررسی اثربخشی آن بر تاب‌آوری و سلامت روانی آنان. رساله دکترای منتشر نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.

علیزاده، ح. (۱۳۹۲). تاب‌آوری روان‌شناختی. تهران: ارسباران.

کاوه، م؛ علیزاده، ح؛ احدی، ح؛ دلاور، ع؛ و اسکندری، ح. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۴، ۱۴۰-۱۱۹.

ملک‌پور، م. (۱۳۷۷). طرح پژوهشی شناخت و ارزیابی نیازهای والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی خردسال به منظور شرکت فعال والدین در برنامه‌های مداخله جبرانی به موقع. دانشگاه اصفهان.

- Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M., Alonso, A., Aigbogun, N.U., Smith, B. W., Doucette, J. T., Mellman, T.A., Lawson, W.B., & Charney, D. S. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a highrisk African-American population. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1566° 1575.
- Alvord, M. K. & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *American Psychological Association*, 10, 735-828.
- American Psychological Association, (2004). *For Parents: Helping Teens Build Resilience after Hurricanes*. APA Help Center: Disasters & Terrorism,
- Baumeister, R. F., & Exline, J. J. (2000). Self- control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 29° 42.
- Benson, P. L. (1997). *All kids are our kids*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Bergmann, L. L. (1998). *A guide for conducting a support group for siblings of children with disabilities*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 59 (6-B), 3046.

- Boss, P. (2002). *Family Stress Management: A Contextual Approach*. 2nd ed. London: Sage Publication.
- Brooks, R. B. (1994). Child at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- Burke, P. (2004). *Brothers and Sisters of Children with Disabilities*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of Resilience to Personality, Coping, and Psychiatric Symptoms in Young Adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585- 599.
- Carver, C.S. and Scheier, M. (2002). *Optimism*. In S.J. Lopez and C.R. Synder (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. NY: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975° 990.
- Cohen, P., & Crawford, T. (2005). Developmental issues. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *American Psychiatric Press textbook of personality disorders* (pp. 195° 211). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Compas, B., Hinden, J & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathway of risk and resilience. *Annual review of psychology*, 46, 265-293.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76° 82.
- Cuskelly M. & Gunn, P. (1993). Maternal reports of behavior of siblings of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 521-529.
- Cuskelly, M. & Gunn, P. (2006). Adjustment of children who have a sibling with Down syndrome: perspectives of mothers, fathers and children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 917-923.
- Davey, M., Eaker, D. G., & Walters, L. H. (2003). Resilience processes in adolescents: Personality profile self-worth, and coping. *Journal of Adolescent Research*, 18, 347-362.
- Deveson, A. (2004). Resilience: rising above adversity. Keynote address. Department of Veteran Affairs National Rehabilitation Conference. Retrieved 12 May 2008 From the World Wide Web: www.veterans@act.gov.au.
- Dyson, L. L. (1998). A support program for siblings of children with disabilities: What siblings learn and what they like. *Psychology in the Schools*, 35, 57-65.
- Fahey, A. (2005). *Psychological adjustment of siblings of adults with and without mental retardation*. Dissertation Submitted in fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology. Hofstra University, Hempstead.

- Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Gillis, B., Freeman, T. & Szatmari, P. (1996). Risk and Protective Factors Affecting with Adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1532-1541.
- Fraser, E. & Pakenham, K. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health & Medicine. Child and Adolescent Behavior Letter*, 22, 4-6.
- Freiberg, H. I. (1994). *Understanding resilience: Implication for inner-city schools and their near and far communities*. In M. Wang & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-163.
- Gerace, L., Camilletti, D., & Ayres, L. (1993). Sib Livy Perspectives on schizophrenia and the family. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 937-697.
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). (3rd. Ed.). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (Eds.,) (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Hannah, M. E., & Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 22-37.
- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 159-171.
- Kinsella, K., Anderson, R., & Anderson, W. (1996). Coping skills, Strengths, and needs as perceived by adult off spring and sibling of people with mental illness: Retrospective portico Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 20, 24-32.
- Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., & Luecken, L. J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 673° 683.
- Lobato, D. J., & Kao, B. T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improvesibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 711-716.
- Lobato, D., Kao, B., & Plante, W. (2006). *SibLink: Meeting the needs of siblings of children with chronic illness and disability*. The Brown University.
- Marsh, D. (1998). *Serious mental illness and the family: the practitioner's guide*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmzy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425 ° 444.

- 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.
- Metzger, S. B. (2004). *The effect of a support group for school-age sibling of children with a disability: A pilot study*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of psychology. Fai Fleigh Dickinson University.
- Meyer, D. (2011). The Sibling Support Project. Available at: [http:// www.siblingsupport.org/about/about-the-sibling-support-project](http://www.siblingsupport.org/about/about-the-sibling-support-project).
- Miller, D., & Daniel, B. (2007). Competent to cope, worthy of happiness? How the duality of self-esteem can inform a resilience-based classroom environment. *Journal of School Psychology*, 28, 605° 622.
- Nakaya, M., Oshio, A., & Kaneko, H. (2006). Correlations of Adolescent Resilience Scale with Big Five personality traits. *Psychological Reports*, 98, 927° 930.
- Neiger, B. L. (1992). Resilient reintegration: use of structured equations modeling. Doctoral dissertation, university of Utah. Salt Lake City.
- Nesa, M. (2005). *Percieved pffet of disability on adolescent sibling of children with an Intellectual disability: development of a measure and pilot intervention*. The thesis presented for the Degree of Doctor of Philosophy of Curtin University of Technology.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44° 55.
- Poehlmann, J. Clements, M. Abbeduto, L. and Farsad, V. (2005) family experiences associated with a child s diagnosis of fragile X or Down syndrome: evidence for disruption and resilience. *American Association on Mental retardation*. 43, 255° 267.
- Polk, L. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Journal of Advances in nursing science*, 19, 1-13.
- Pretis, M., and Dimov, A., (2008). *Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence-based support for improving resilience*. *Support for Learning*. 23, 152-159.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating Resiliency Theory for Assessment and Application in Schools. *Canadian Journal of School Psychology*. 23, 4- 10.
- Rayner, M. (2007). *Resilience and vulnerability in sibling of children with chronic illness or disability*. A thesis submitted to Faculty of Life and Social Sciences Swinburne University of Technology In fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy.
- Reich, J. W., Zautra Alex, J., & Stuart Hall, John. (2010). *Handbook of Adult Resilience*. The Guilford Press. New York London.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Schneider, S.L. (2001). In search of realistic optimism: Meaning, knowledge and warm fuzziness. *American Psychologist*, 56, 250-263.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14.

- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Sharpe, D. & Rossiter, L. (2002). Siblings of Children with a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 699° 710.
- Shur-Fen Gau, S., Chiu, Y., Soong, W. T. & Lee, M. B., (2008). Parental Characteristics, Parenting Style, and Behavioral Problems among Chinese Children with Down syndrome, Their Siblings and Controls in Taiwan. *Formos Med Assoc.* 107, 693–703.
- Skodol, A.E. (2010). *The resilient Personality*. In Reich John W., Zautra Alex J. & Stuart Hall, John. *Handbook of Adult Resilience* (pp. 112° 125). The Guilford Press. New York London.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255° 291.
- Thompson, A. (1995). Paradise Lost . *Community Care*, 2, 25° 31.
- Van Riper, M. (2007). Families of children with Down syndrome responding to "a change in plans" with resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 116-128.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Developmental and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.
- Warren Dodd, L. (2004). Supporting the siblings of young children with disabilities. *British Journal of Special Education*, 31, 41-49.
- Williams, P. D., Hanson, S., Karlin. R., Ridder, L., Liebergen, A., Olson, J., Barnard, M. U., & Tobin-Rommelhart, S. (1997). Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children: a pilot study. *Journal of the society of pediatric nurses*, 2, 127-37.

پرتال جامع علوم انسانی