

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای
فرزندان ۱۰-۱۳ ساله مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران
سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸

طاهره حسینی قمی ۱

دکتر صغری ابراهیمی قوام ۲

دکتر زهره علومی ۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۸/۴

چکیده

این پژوهش به منظور یقین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادرانی که فرزندان آن‌ها دچار سرطان شده‌اند، انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی مادران فرزندان سرطانی بین ۱۰ - ۱۳ بوده است. روش پژوهش بکار گرفته شده طرح نیمه آزمایشی و شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بوده است. با روش نمونه‌گیری تصادفی یک گروه ۳۰ نفری از مادران انتخاب شدند. آن‌ها در دو گروه مساوی قرار داده شده‌اند که نیمی از آن‌ها در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه گواه بوده‌اند. پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر - دیوید

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. عضو هیئت علمی بیمارستان امام خمینی (ره)

سون و کیفیت زندگی برای هر دو گروه به کار رفت. نتایج ۹ جلسه آموزش تاب‌آوری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نشان داد که مادرانی که تحت آموزش معین قرار گرفتند در تاب‌آوری و کیفیت زندگی نسبت به مادرانی که از این آموزش‌ها برخوردار نبوده‌اند پیشرفت بهتری داشته‌اند. آموزش تاب‌آوری تاثیر معناداری بر مولفه‌هایی چون سلامت روان، عملکرد پائین، سرزندگی، درد بدنی، سلامت عمومی، نقش هیجانی داشته است در حالی که چنین اثری بر روی مولفه‌های عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی وجود نداشته است. این پژوهش به این نتیجه می‌رسد که آموزش تاب‌آوری در افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادرانی که فرزندان‌شان مبتلا به سرطان شده‌اند مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سرطان

مقدمه

زندگی موهبتی الهی است که انسان‌ها در طول عمر خویش از آن بهره‌مند می‌گردند. داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست و در طول سالیان متمادی یافتن مفهوم حقیقی «زندگی خوب» و چگونگی دستیابی به آن، افکار و مطالعات فلاسفه را به خود معطوف داشته است. بر همین اساس، از آغاز تاکنون تعاریف گوناگونی از «زندگی خوب» و «کیفیت زندگی»^۱ از سوی اندیشمندان و محققین ارائه گشته است (هانستد^۲، ۱۹۹۲).

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی عبارت است از درک فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقش در زمینه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند که شامل نگرش فرد به سلامت فیزیکی، وضعیت

^۱. quality of life

^۲. Hanestad

روانی و سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، وابستگی‌های شخصی و تعامل با شرایط محیط می‌باشد (الیور^۱، ۱۹۹۷).

امروزه محققین و متخصصین بالینی توجه روز افزونی به کیفیت زندگی افرادی که با تنیدگی ناشی از بیماری‌های مزمن مواجه می‌گردند، مبذول می‌دارند. بیماری شرایط نامطلوبی را ایجاد می‌کند که افراد بیمار به ناچار باید با آن‌ها سازگار شوند. اعتقاد بر این است که کیفیت زندگی افرادی که دچار بیماری‌های جدی می‌باشند با خصوصیات فردی آن‌ها ارتباط دارد. باید توجه داشت که تفاوت‌های مشخصی بین افراد مبتلا به بیماری‌های مشابه در زمینه علائم و شدت بیماری وجود دارد. حتی زمانی که افراد از بیماری یکسانی رنج می‌برند، این تفاوت‌ها مشهود است. بنابراین، تفاوت‌های بارزی بین اثرات بیماری و توانایی‌های عملی بیماران وجود دارد (هیندس^۲، ۱۹۹۰).

یکی از بیماری‌های مزمن سرطان است. علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند بی‌همتا است. تردیدی نیست که تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده حیات همچون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (طاوولی و همکاران، ۱۳۸۶).

عکس‌العمل اولیه والدین در ارتباط با تشخیص سرطان در فرزندان، اغلب با ضربه و شوک پیچیده‌ای همراه است. اعتقاد به اینکه فرزندان از بین خواهند رفت، برای آن‌ها سخت خواهد بود. بدون تردید سرطان یکی از پر استرس‌ترین رویدادهایی است که شخص در زندگی‌اش می‌تواند با آن روبرو شود و تغییرات آن نه تنها بر خود فرد بلکه بر خواهر و برادرها و والدین و به طور کلی بر خانواده تاثیرگذار خواهد بود (ایزر^۳، ۲۰۰۶).

^۱. Oliver

^۲. Hinds

^۳. Eiser

خانواده‌های بیماران سرطانی رویدادهای پر استرس و وضعیت‌های پیوسته و دنباله‌داری از اضطراب را تجربه می‌کنند (بست، استریازند، کاتانیا و کازاک، ۲۰۰۱؛ کوهن، ۱۹۹۳؛ کازاک، ۲۰۰۱؛ به نقل از لاوی و می - دان، ۲۰۰۳).

یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان تاب‌آوری است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (به نقل از سلیمی بجستانی، ۱۳۸۸). هر چند اندیشه تاب‌آوری در مواجهه با شرایط ناگوار از سال‌ها قبل در افسانه‌ها، اسطوره‌ها و هنر و ادبیات وجود داشته است اما در اواخر قرن نوزده و اوایل قرن بیستم که روانشناسی تحولی تکوین یافت، تمایل واضحی در زمینه‌ی سازگاری فرد با محیط بوجود آمد (ماستن^۱، ۱۹۹۵).

تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده بوسیله روانشناسی مثبت‌نگر است. روانشناسی مثبت‌نگر در اواخر دهه‌ی ۱۹۹۰ بر پا شده است و تمرکز آن بیش‌تر بر قدرت‌ها و توانایی‌های فرد است تا جستجو در ضعف‌ها و نقص‌های فرد (نینان^۲، ۲۰۰۹).

امی‌ورنر^۳ یکی از نخستین دانشمندانی بود که در دهه‌ی ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب‌آوری استفاده کرده است. او گروهی از بچه‌های منطقه کایویی در هاوایی را مورد مطالعه قرار داد که در فقر به سر می‌بردند و یا با والدین بیمار روانی یا الکلی و یا اخراج شده از کار زندگی می‌کردند. ورنر نشان داده که بچه‌هایی که در وضعیت‌های خیلی بد رشد کرده‌اند از این تعداد دو سوم در سنین بالاتر رفتارهای مخرب از خود نشان داده‌اند به عنوان نمونه، سوءاستفاده و تولدهای نامشروع و غیره. اما یک سوم از این بچه‌ها رفتارهای مخربی نداشتند، ورنر گروه اخیر را تاب‌آور نامید. بچه‌ها و خانواده‌های تاب‌آور ویژگی‌ها و قابلیت‌های دارند که آن‌ها را متفاوت از بچه‌ها و خانواده‌های غیر تاب‌آور می‌سازد (ورنر، ۱۹۸۲).

^۱. Masten

^۲. Neenan

^۳. Emmy werner

راتر در سال ۱۹۸۵ تاب‌آوری را به عنوان مقابله با استرس در یک زمان که خود باوری و قابلیت اجتماعی که مسئولیت‌پذیری مناسب و ماهرانه را افزایش می‌دهد، تعریف می‌کند. تاب‌آوری توانایی رشد کردن، به بلوغ رسیدن و پخته شدن و افزایش قابلیت در مقابل شرایط ناگوار است این شرایط ممکن است شامل نابهنجاری‌های بیولوژیکی یا موانع محیطی باشد. علاوه بر این شرایط ناگوار ممکن است مزمن و دائمی یا شدید و غیر معمول باشد (رومان اورتویگ^۱، ۲۰۰۴).

آدامز^۲ (۱۹۹۸) موضوع تاب‌آوری را بر روی سربازان جنگ ویتنام مورد مطالعه قرار داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک عامل مهم برای تاب‌آوری کشف کرده است (کینگ^۳ و همکاران، ۱۹۹۸).

به طور کلی مفهوم تاب‌آوری به پیامدهای مثبت به رغم تجربه ناگواری‌ها و نامایمات، عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار، بهبودی بعد از یک ضربه مهم، اشاره دارد (اسچون^۴، ۲۰۰۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش مدل تاب‌آوری به خانواده‌های بیماران دیالیزی موجب شده است تا روابط بسیار بهتری با بیماران و نزدیکان خود برقرار کنند (نانسی^۵ و همکاران، ۲۰۰۲).

استنما، هیجر و استالن (۲۰۰۷) استینهارد و دولیر (۲۰۰۸)، نونه و هستینگز (۲۰۰۹) دریافته‌اند که احساس یکپارچگی، سرسختی روانی و تاب‌آوری با سلامت جسمانی و روانی همبستگی دارد.

در پژوهشی که توسط یی، ویتالیانو، اسمیت و وینگرک (۲۰۰۸) در رابطه با نقش تاب‌آوری بر سازگاری روانی و سلامت جسمانی در بیماران دیابتی انجام شده است نتایج نشان

¹. RoMAN -Ortwig

². Adams

³. King

⁴. Schoon

⁵. Nancy

می‌دهد افرادی که تاب‌آوری آن‌ها در سطح پائین و متوسط است ارتباط نیرومندی بین بدتر شدن دیابت و بالارفتن استرس دارند و افرادی که تاب‌آوری آن‌ها بالا بوده است چنین رابطه‌ای وجود نداشته است. همچنین تاب‌آوری پائین با رفتارهای خود مراقبتی کمی همراه است وقتی که در مقابل افزایش استرس قرار می‌گیرند.

در مطالعات لائوکو^۱ (۲۰۰۳)، ویسوسکی^۲ (۲۰۰۴) و وایکبید^۳ (۲۰۰۰) نتایج نشان داده است که مادران بچه‌های با بیماری‌های قلبی کیفیت زندگی پائین‌تری را از پدران به خصوص در خرده مقیاس‌های عملکرد اجتماعی، جسمانی و روانی دارند. همچنین کیفیت زندگی مادرانی که به تازگی سرطان در بچه‌هایشان تشخیص داده شده است نسبت به پدران در مقایسه با جمعیت نرم پائین‌تر گزارش شده است (به نقل از عرفه^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

در پژوهشی که توسط کلاسن^۵ و همکاران (۲۰۰۸) انجام شده است نتایج نشان داده شد که والدین بچه‌های با سرطان، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مقایسه با جمعیت عادی گزارش کرده‌اند و پیشنهاد شده است که مداخلات مستقیم در والدین باید به عنوان بخشی از برنامه درمانی برای بچه‌های با سرطان در نظر گرفته شود.

تشخیص سرطان در فرزندان اثرات نامطلوبی برای کل خانواده به دنبال دارد. استرس بیش از اندازه، اضطراب و مشکلات در زمینه سازگاری تنها تعداد محدودی از مسائل مربوط به تشخیص سرطان در فرزندان است. لذا با توجه به اینکه در بین اعضاء خانواده مادران بیشتر با بیماری فرزندان درگیر هستند و آن‌ها بیش‌تر مسئول نگهداری و مراقبت از فرزندان می‌باشند و حضور پیوسته آن‌ها همراه با فرزندان در بیمارستان پیامدهای نامطلوبی برای آن‌ها به همراه دارد و از طرفی نقش مادر در خانواده در حکم قلب زندگی است، لذا مطرح نمودن تاب‌آوری

¹. Lawoko, S.

². Wysocki, T.

³. Wikblad, K.

⁴. Arafa

⁵. Klassen

به عنوان دیدگاهی نسبتاً نو که می‌تواند افقی جدید را در حوزه ارتقاء سلامت افراد پیش روی ما باز کند امری به جا و شایسته و در خور تأمل است.

انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد تا از این طریق بتوان شناخت بیش‌تری در جهت مشکلات و مسائل موجود در زمینه فردی، خانوادگی، اجتماعی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان به دست آورد تا بتوانیم فرصت‌های لازم برای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی فرزندان و خانواده‌های آن‌ها را فراهم نماییم.

لذا با توجه به آنچه که ذکر گردید، هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان است.

فرضیه اصلی تحقیق عبارت است از آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است. فرضیه‌های دیگر تحقیق را می‌توان به شرح زیر مطرح کرد:

آموزش تاب‌آوری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.
آموزش تاب‌آوری بر عملکرد اجتماعی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.
آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.
آموزش تاب‌آوری بر سرزندگی و شادابی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.

آموزش تاب‌آوری بر کاهش درد بدنی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.
آموزش تاب‌آوری بر کاهش عملکرد پائین در مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.

آموزش تاب‌آوری بر جنبه‌های هیجانی و عاطفی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.

آموزش تاب‌آوری بر عملکرد جسمانی مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.

آموزش تاب‌آوری بر افزایش سطح تاب‌آوری مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان موثر است.

روش پژوهش

روش پژوهشی حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی است. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد و مادران به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. جامعه آماری در این پژوهش کلیه مادرانی بود که فرزندان مبتلا به سرطان داشتند و در بهمن ۱۳۸۸ در بیمارستان امام خمینی دارای پرونده‌ی پزشکی بودند. بدین ترتیب نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر، گروه آزمایش و ۱۵ نفر، گروه گواه) به صورت تصادفی انتخاب و جایگزین شدند. در این پژوهش از دو پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون و کیفیت زندگی استفاده گردید. تهیه‌کنندگان مقیاس تاب‌آوری بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیتهای پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. سلیمی (۱۳۸۸) به منظور تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده است که ضریب پایایی حاصله را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است. همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی برای بررسی کیفیت زندگی تهیه شده است و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی می‌باشد که در ۸ شاخص مرتبط با سلامت (عملکرد جسمانی، درد بدنی، عملکرد پائین، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روانی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مک هورنی و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهش خود اعتبار پرسشنامه مذکور را از ۰/۷۰ به بالا ذکر کرده‌اند. روایی و اعتبار این

پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۴۱۶۳ نفر ارزیابی گردید. ضریب پایایی در ۸ بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از سرزندگی ۰/۶۵ بوده است. همچنین روش آماری مورد استفاده در تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش کوواریانس بوده است. در پژوهش آزمایشی به منظور تعیین میزان تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته، باید تاثیر سایر متغیرهای مزاحم کنترل شود. در واقع آن بخشی از واریانس متغیر وابسته که ناشی از واریانس متغیر همگام است، از کل واریانس آن کسر می‌گردد و بعد تفاوت‌های گروهی از لحاظ باقیمانده واریانس متغیر وابسته بررسی می‌شود. در تحلیل کوواریانس، اثر متغیر مزاحم حذف می‌شود و اثر متغیر هم‌تغییر (covariate) با استفاده از رگرسیون خطی ساده حذف می‌شود. سپس بر روی نمرات باقیمانده تحلیل واریانس انجام می‌گیرد (فرگوسن، ترجمه دلاور، ۱۳۸۴).

لازم به ذکر است که برنامه آموزشی تنظیم شده در رابطه با تاب‌آوری در سه بعد: آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور / عوامل حمایتی داخلی و خارجی / آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری خلاصه شده و در مدت ۹ جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت به گروه آزمایش، آموزش داده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲ اطلاعات توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار آورده شده است. جدول ۱ بیانگر ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و جدول ۲ بیانگر ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون به تفکیک گروه می‌باشد. در جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی آماری متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون به تفکیک گروه (N = ۱۵)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	کنترل	۵۴/۹۳	۱۳/۰۸
	آزمایش	۵۸/۵۳	۱۵/۴۹
سلامت عمومی	کنترل	۱۰/۹۳	۳/۳۳
	آزمایش	۱۰/۹۳	۴/۲۷
عملکرد اجتماعی	کنترل	۴/۴۶	۱/۵۰
	آزمایش	۵/۲۰	۲/۳۴
سلامت روان	کنترل	۸/۰۰	۲/۹۳
	آزمایش	۸/۰۷	۳/۱۵
سرزندگی و شادابی	کنترل	۸/۳۳	۳/۳۷
	آزمایش	۸/۴۰	۲/۳۵
کاهش درد بدنی	کنترل	۳/۴۰	۲/۰۶
	آزمایش	۴/۸۳	۲/۴۰
کاهش عملکرد پائین	کنترل	۱/۳۳	۱/۱۸
	آزمایش	۱/۵۳	۱/۳۰
جنبه‌های هیجانی و عاطفی	کنترل	۶/۰۷	۱/۹۸
	آزمایش	۶/۳۳	۱/۹۱
عملکرد جسمانی	کنترل	۱۰/۳۳	۴/۵۸
	آزمایش	۱۳/۳۳	۳/۰۶
تاب‌آوری	کنترل	۷۴/۲۰	۱۶/۸۵
	آزمایش	۸۱/۷۳	۱۹/۰۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات پیش‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روان، سرزندگی و شادابی، کاهش درد بدنی، کاهش عملکرد پائین، جنبه‌های هیجانی - عاطفی و عملکرد جسمانی و تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

جدول ۳. خلاصه نتایج کوواریانس متغیرهای مورد بررسی بر اساس گروه پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون (درجه آزادی = ۱)

متغیر	کیفیت زندگی	سلامت عمومی	عملکرد اجتماعی	سلامت روان	سازندگی و شادابی	کاهش درد بدنی	کاهش عملکرد پایین	جنبه‌های هیجانی و عاطفی	عملکرد جسمانی	تاب‌آوری
F	۱۰/۱۹	۸/۷۵	۱/۹۸	۶/۷۴	۸/۸۷	۵/۸۹	۶/۸۷	۱۰/۸۱	۳/۴۱	۳۷/۹۲
P	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۱۷	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶	۰/۰۲۲	۰/۰۱۴	۰/۰۰۳	۰/۰۷	۰/۰۰۰۱
توان مشاهده شده	۰/۸۶	۰/۸۱	۰/۲۷	۰/۷۰	۰/۸۱	۰/۶۴	۰/۷۱	۰/۸۸	۰/۴۲	۱

خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ آورده شده است. بر اساس این نتایج، از آنجا که مقدار F به دست آمده در متغیرهای سطح کیفیت زندگی، سلامت عمومی، سازندگی و شادابی، جنبه‌های هیجانی و عاطفی، تاب‌آوری در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است و مقدار F به دست آمده در متغیرهای کاهش درد بدنی، کاهش عملکرد پایین، سلامت روان در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری بر متغیرهای مذکور تاثیر معنی دار داشته است. همچنین از آنجا که مقدار F به دست آمده در متغیرهای عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی $P > ۰/۰۵$ می‌باشد بنابراین، آموزش تاب‌آوری بر متغیرهای عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی تاثیر معنی دار نداشت. همچنین توان آماری نیز دقت تحلیل را نشان می‌دهد که با نتایج حاصل شده همخوان است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی با ۹۹٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های رحیمیان بوگر (۱۳۸۵)؛ کاوه،

(۱۳۸۸)؛ مک‌گراث^۱ (۲۰۰۰)، اسکھیل^۲، (۲۰۰۱)؛ استینهارد و دولبیر^۳ (۲۰۰۸)؛ فونه و هستینگر^۴ (۲۰۰۹)؛ ایزر (۲۰۰۶)؛ شاین^۵ و همکاران (۲۰۰۵)؛ عرفه و همکاران (۲۰۰۸)؛ کلاسن و همکاران (۲۰۰۸)؛ شاین، سیم و کیم، (۲۰۰۶) همخوانی دارد. از دلایل اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، ممکن است ایجاد راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد باشد. اسکھیل (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 تاثیر مداخله‌های حیطه تاب‌آوری این است که اغلب این مداخله‌ها در سبک اسناد افراد تغییراتی ایجاد می‌کنند.

فرضیه فرعی ۱:

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت عمومی با ۹۹٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های فونه و هستینگر (۲۰۰۹)؛ شاین و همکاران (۲۰۰۵)؛ عرفه و همکاران (۲۰۰۸)؛ وانگ^۶ و همکاران، (۲۰۰۹)؛ همخوانی دارد. همچنین گرین و همکاران (۲۰۰۳)؛ کاپلان (۱۹۹۶)؛ آنتونی، (۲۰۰۸)؛ مندکو و پیری (۲۰۰۸)؛ اراک (۲۰۰۴)؛ روسی و همکاران (۲۰۰۷)؛ آیلن و پری و آرین و هارویتز، ۲۰۰۷؛ به نقل از کوپر^۷ (۲۰۰۸) نیز از سلامت عمومی به عنوان یکی از قابلیت‌های درونی تاب‌آوری یاد کرده‌اند.

1. Mcgraath

2. Skehill

3. Steinhard & Dolbier

4. Noone & Hastings

5. Shin

6. Wong

7. Cooper

یکی از تبیین‌های موجود در تائید این فرضیه این است که وقتی افراد از سلامت عمومی برخوردار باشند توانایی بیشتری در برخورد با مسائل و مشکلات خواهند داشت و قدرت تحمل آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت و بهتر می‌توانند از توانمندی‌هایشان در حل مسائل بهره‌گیرند.

فرضیه فرعی ۲:

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر عملکرد اجتماعی تائید نشد و با ۹۵٪ اطمینان رد گردید. اسکھیل (۲۰۰۱) در پژوهش خود که به اجرای یک برنامه آموزشی در ارتباط با تاب‌آوری برای نوجوانان پرداخت به این نتیجه دست یافت که برخلاف فرضیه تحقیق شرکت در برنامه مذکور در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی و کاهش ناراحتی‌های روانشناختی نوجوانان تاثیری نداشته است. نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج حاصل شده در پژوهش حاضر همخوانی دارد. یکی از دلایل قابل تأمل در رد این فرضیه شاید این باشد که حضور مداوم مادران در بیمارستان همراه با فرزندانشان و سیر نزولی سلامت فرزندان و پیشرفت سریع بیماری و تاثیرات جانبی درمان بر وضعیت جسمانی بیماران سرطانی تاثیر منفی بر عملکرد اجتماعی مادران داشته باشد.

در ضمن مادران بیشتر در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و درمانی فرزندان‌شان درگیر هستند. نگهداری و مواظبت از فرزند از وظایف مهم مادران محسوب می‌شود و از طرفی درگیری بیش از حد آن‌ها نسبت به وضعیت بیماری فرزندان‌شان و همچنین نگرانی‌ها و دغدغه‌های آن‌ها در ارتباط با فرزندانشان موجب شده است که حتی زمان‌های بیش‌تری را به غیر از ساعات موجود در بیمارستان، صرف فرزند بیمارشان کنند و این مسئله باعث می‌شود که آن‌ها را از توجه کردن به دیگر جنبه‌های زندگی و استفاده از فرصت‌های اجتماعی مناسب باز دارد. تبیین دیگر در این رابطه می‌تواند این باشد که به علت گسترده بودن مشکلات ناشی از داشتن فرزند مبتلا به سرطان عملکرد اجتماعی به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

فرضیه فرعی ۳:

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان با ۹۵٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های سلیمی بجنستانی (۱۳۸۸)، رحیمیان بوگر، (۱۳۸۵)؛ نونه وهستینگر، (۲۰۰۹)، شاین و همکاران (۲۰۰۵)؛ عرفه و همکاران (۲۰۰۸)؛ برتون^۱ و پاکینهام و بروان (۲۰۰۹)؛ فارلین و کارول^۲ (۲۰۰۰) همخوانی دارد. بنابراین، تاب‌آوری از طریق کاهش هیجانات منفی می‌تواند سلامت روان را افزایش دهد.

افراد تاب‌آور به احتمال بیش‌تری در مواجهه با شرایط ناگوار در جستجوی معنا هستند. داشتن ایمان به افراد قدرت تحمل سختی‌ها و غلبه بر چالش‌ها و تغییرات در زندگی را می‌دهد. همچنین ارتباطات فرامعنوی (یعنی به چیز بزرگ‌تری ایمان داشتن) به عنوان عوامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری یاد شده است و اعتقادات مذهبی به عنوان یک تکیه‌گاه و پشتیبان در جهت سازگاری بیشتر فرد عمل می‌کند و معنویت عامل کلیدی در پرورش تاب‌آوری یاد شده است. در مطالعات مختلف نشان داده شده است که معنویت به افراد کمک می‌کند که هیجانات منفی خود را کاهش دهند و از تنش و اضطراب خود بکاهند و بهتر بتوانند مشکلات زندگی‌شان را مدیریت کنند و بتوانند از راهبردهای مناسبی در جهت کاهش استرس و افسردگی‌شان استفاده نمایند و در عین حال سلامت روانشان را حفظ نمایند. چرا که وجود افسردگی و تنش و اضطراب به عنوان یک عامل خطر زا می‌تواند زمینه‌ی بروز بیماری‌های جسمی و مشکلات متعدد بهداشت و روان را فراهم نماید.

همچنین با توجه به فطرت خداجوی انسان و زمینه و بافت مذهبی و فرهنگی قوی در کشور ما و وجود ریشه‌های عمیق معنویت و باورهای مذهبی و همچنین وجود سنبل‌ها و نمونه‌های صبر و استقامت مانند حضرت زهرا (س) و حضرت زینب (س) و احادیث و آیه‌های

¹. Berton

². Farlane & Carol

مختلف در این زمینه به عنوان نمونه (آیه ۶ از سوره طلاق^۱) و آیه (۸۷ از سوره یوسف^۲) و همچنین آیه (۱۵۵ - ۱۵۴ از سوره بقره^۳) می‌تواند به عنوان منابع حمایتی مهمی به حساب آید که تامین‌کننده سلامت روان و حفظ آرامش فردی و افزایش توان مقابله و کنار آمدن کارآمد در شرایط سخت زندگی باشد.

فرضیه فرعی ۴:

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سرزندگی و شادابی با ۹۹٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های استینهارد و دولیبر (۲۰۰۸)، شاین و همکاران (۲۰۰۵) عرفه و همکاران (۲۰۰۸)؛ مون و همکاران (۲۰۰۶)؛ کیم و یو، (۲۰۰۴)؛ بونانو^۴ و همکاران (۲۰۰۷)؛ بنارد، (۱۹۹۱) و دنت، (۲۰۰۹)؛ فردریکسون و همکاران (۲۰۰۳) و توگاد و همکاران (۲۰۰۴)؛ توسایاو دیبر (۲۰۰۴) به نقل از هگینی و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. داشتن روحیه‌ای شاد و حس سرزندگی می‌تواند قدرت تحمل افراد را در برابر سختی‌ها بالا برده و به جنبه‌های مثبت مسئله نگاه کنند و مسئله و مشکل هر چقدر هم که سخت و بزرگ باشد بالاخره در گذر زمان به پایان خواهد رسید. ارسطو نیز بیان می‌کند که شادی انسان را به سمت زندگی خوب هدایت می‌کند (سینتیا، ۱۹۹۸).

از طرفی سرزندگی و شادابی باعث می‌شود که افراد از امیدواری بیش‌تری برخوردار باشند و امید نقش اکسیژن روانی را برای بشر ایفا می‌کند که وجود آن برای بقا و مبارزه با چالش‌ها در زندگی ضروری به نظر می‌رسد. افراد با داشتن امیدواری از انرژی زیادی برخوردار

۱. بعد از هر سختی آسانی خواهد بود (سیجعل الله بعد عسر یسرا)

۲. ولا تائبسوا من روح الله (از رحمت خدا نومید نباشید)

۳. ولنبلونکم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الاموال والانسف و الثمرات و بشر الصابرين. الذين اذا اصابتهم مصيبة قالوا اننا لله وانا اليه راجعون (و البته شما را به سختی‌ها چون ترس، گرسنگی و نقصان اموال و نفوس و آفات زراعت بیازمائیم و بشارت و مژده آسایش از آن سختی‌ها، صابران راست. آنانکه چون به حادثه سخت و ناگواری دچار شوند، صبوری پیشه گرفته و گویند ما به فرمان خدا آمده و به سوی او رجوع خواهیم کرد).

4. Bonanno

خواهند بود و این مسئله منجر به ایجاد انگیزه و حرکت در مسیر زندگی خواهد شد و همچنین افراد امیدوار از نگاه مثبتی نسبت به آینده برخوردار هستند و آن‌ها عزم درونی و ایمان قوی در جهت مبارزه با سختی‌های زندگی دارند (به نقل از کاوه، ۱۳۸۸).

فرضیه فرعی ۵

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش درد بدنی با ۹۵٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های عرفه و همکاران (۲۰۰۸)؛ شاین و همکاران (۲۰۰۵)؛ جانسون^۱ و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

تاب‌آوری یک سازه روانشناختی است که با تغییر در سبک نگرش افراد، زمینه سازگاری و در پی آن سلامت روان را فراهم می‌نماید. همچنین رابطه تنگاتنگی میان سلامت جسم و روان وجود دارد و سلامت روان پیش زمینه سلامت جسم خواهد بود. همچنین افراد تاب‌آور از حس شوخ‌طبعی و طنز به عنوان یکی از ویژگی‌های درونی برخوردار هستند. این مسئله می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی مهم و به عنوان یک آزاد سازنده انرژی و یکی از عواطف مهم به حساب آید که ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی را در پی دارد که از جمله بهبود وضعیت تنفسی، قلبی - عروقی و آرامش و سلامت روان و سازگاری در مسیر زندگی خواهد بود (به نقل از کاوه، ۱۳۸۸).

فرضیه فرعی ۶

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش عملکرد پائین با ۹۵٪ تائید گردید... نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های اسکھیل (۲۰۰۱)؛ سلیمی بیجستانی، (۱۳۸۸)؛ یی و ویتالیانو، اسمیت و وینگرک (۲۰۰۸) همخوانی دارد. تاب‌آوری یکی از راهکارهای مناسب برای ارتقاء سلامت روان است و سازگاری مثبت و سازش عاطفی و شناختی و قابلیت اجتماعی

^۱. Johnson

را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر کیفیت کارها و تعهدات اجتماعی را نیز افزایش خواهد داد (ماستن، ۱۹۸۹).

یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور داشتن منبع کنترل درونی است. این ویژگی در افراد احساسی ایجاد می‌کند مبنی بر اینکه می‌توانند در محیطشان تاثیرات مطلوب به جای بگذارند. افراد با منبع کنترل درونی خود را قادر بر تاثیر گذاری بر نتایج رویدادها می‌دانند. آن‌ها حس درماندگی کمتری از خود نشان می‌دهند و برخورد با شرایط ناگوار را فرصتی جهت رشد و تجربه موفقیت آمیز می‌دانند و اعتقاد به اینکه حتی شرایط موجود هر چقدر هم که سخت باشد، بالاخره در گذر زمان به پایان خواهد رسید و آن‌ها همچنین احساس کنترل بیشتری بر زندگی شان دارند.

فرضیه فرعی ۷

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر جنبه‌های هیجانی و عاطفی با ۹۹٪ اطمینان تأیید گردید؛ توگاد^۱ و همکاران (۲۰۰۴)؛ مک گراث (۲۰۰۰)؛ فردریکسون^۲ و همکاران (۲۰۰۳)؛ ماستن (۱۹۸۹) همخوانی دارد.

تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده در روانشناسی مثبت‌نگر است که بر توانمندی‌ها و قدرت‌های فردی توجه دارد (سلیگمن، ۲۰۰۳؛ به نقل از نینان^۳، ۲۰۰۹، ص ۳۷) و شوخ‌طبعی و مثبت‌اندیشی می‌تواند راهکار مناسبی در جهت فائق آمدن بر استرس، اضطراب و مشکلات باشد (ماستن، ۱۹۸۶). با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان را افزایش داده و میزان رضایتمندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد.

^۱. Tugade

^۲. Fredrickson

^۳. Neenan

فرضیه فرعی ۸

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر عملکرد جسمانی تائید نشد و با ۹۵٪ اطمینان رد گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های برادشو^۱ و همکاران (۲۰۰۷)؛ اسکھیل (۲۰۰۱)؛ ناواک^۲ (۱۹۸۹) هم‌خوانی دارد یکی از دلایل قابل تأمل در رد این فرضیه شاید این باشد که ارزش فعالیت‌های جسمانی به عنوان قسمتی از آموزش تاب‌آوری نامشخص است. از دیگر دلایل عدم تاثیر برنامه آموزشی بر عملکرد جسمانی ممکن است این باشد که این برنامه تاکید بر محتواهای مرتبط با عملکرد جسمانی نداشته و مادران در این زمینه آموزش خاصی دریافت نکرده‌اند.

فرضیه فرعی ۹

پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش تاب‌آوری مادران با ۹۹٪ اطمینان تائید گردید. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های کردمیرزا (۱۳۸۸)؛ نانسی (۲۰۰۲)؛ نیل و دیاس (۲۰۰۱)؛ هامیل^۳ (۲۰۰۳)؛ استنسا، هیجر و استالن (۲۰۰۷)؛ استینهارد و دولبیر (۲۰۰۸)؛ کاوه (۱۳۸۸)؛ مک گراث (۲۰۰۰) هم‌خوانی دارد. مک گراث (۲۰۰۰) به این نتیجه رسید که برنامه افزایش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد راهبردها و مهارت‌های رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی را فرا گیرند.

بنابراین تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی به مانند نوعی واکنش‌ناسیون عمل می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا از راهبردهای مقابله‌ای موثری در برخورد با مسائل زندگی استفاده می‌نمایند و نگاه آن‌ها به مشکلات به گونه‌ای است که در نظر آن‌ها مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد می‌باشد.

^۱. Bradshaw

^۲. Nowack

^۳. Hamill

در پایان پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقاء بهداشت روان برای والدین دارای فرزندان مبتلا به سرطان، مانند برنامه افزایش تاب‌آوری از طرف سازمان‌های ذیربط و مسئولان در فهرست خدماتی ارائه شده به آن‌ها قرار گیرد و مداخلات آموزشی برای والدین به عنوان قسمتی از برنامه درمانی برای بچه‌های مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

منابع فارسی

- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده از زلزله شهرستان بم. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*.
- سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روانی، تاب‌آوری و امیدواری دانشجویان دانشکده روان‌شناسی علامه طباطبایی. پایان‌نامه دکتری در رشته مشاوره. دانشکده روان‌شناسی علامه طباطبایی.
- طاوولی، آزاده. منتظری، علی. محقق، محمد علی. روشن، رسول. طاوولی، زهرا. ملیانی، مهدیه. (۱۳۸۶). نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش. *فصلنامه پایش*. سال ششم. شماره سوم ص ۲۵۸.
- فرگوسن، جرج و یوشیوتا کانه. *تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی*. ترجمه علی دلاور و سیامک نقش‌بندی. تهران: نشر ارسباران، ۱۳۸۴.
- کاوه، منیژه. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف*. پایان‌نامه دکتری در رشته روان‌شناسی استثنایی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبایی.
- میرخانی، مجید. (۱۳۷۸). *مبانی توانبخشی*، چاپ اول، انتشارات سازمان بهزیستی.

منابع انگلیسی

- Arafa, Mostafa. A, Salah. R Zaher, Amira A El-dowaty and Dalia E Moneeb. (2008). Quality of life among parents of children with heart disease. *Health and quality of life outcomes*. 6:91
- Burton. Nicola. W, Pakenham. Kenneth. I, Brown. Wendy. J. (2009). Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity :a cluster randomized trial of the ready program. *BMC public health*. 80, 77-89.
- Bonanno. G. A, galea. S. Bucciareli. A & Vlahov. D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*. 75 (5) ,671-682.
- Benard, B. (1991). Fostering resiliency in kinds: protective factors in the family, school, and community. Portland. OR: western center for drugfree schools and communities. 4, 142- 175.
- Bradshaw. B, Richardson. G, kumpfer. K, Carlson. J, Stanchfield. J, Overall. J, Brooks. A, kulkami. K. (2007) Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *the diabetes educator* 33(4):650-659
- Cynthia. R, Pamelas. (1998). *Quality of life from nursing & perspectives*. Canada: Jones & Bartlett. 12, 173- 194.
- Cooper, linnea. (2008). Concept analysis: resilience. Pacific Lutheran university school of nursing. 2, 45 -79.
- Dent, Maggie. (2009). Real kids in an unreal world: building resilience and self-esteem in today chaotic world. 23 ,79 -89.
- Eiser, Chirstine (2004). *Cancer: The quality of life*. *Journal of pediatric psy chology*. 29(8):579-590
- Eiser, chirstine. Lawrence, Eribaum. (2006). Children with cancer: the quality of life. Newjersey, USA. 8,79 -93.
- Farlane, M. K & Carol, I. (2000). Resilience therapy: A group intervention program to promote the psychological wellness of adolescents at risk. Unpublished doctoral dissertation, university of south Africa.

- Fredrickson. BL, tugade. M. M, Waugh. C. E & larkin. G. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on September 11th2002. *Journal of personality and social psychology*, 84(2): 365-376.
- Hegney, DG. Buikstra, E. Baker, p. Rogers – clark, C. Pearce, S. Ross, H. King, C. Watson–Luke. A. (2007). Individual resilience in rural people: a Queensland study, Australia. *Journal of rural and remote health research*, 27, 387- 405
- 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.
- Hinds, Cora. (1990). Personal and contextual factors predicting patient reported quality of life: exploring congruency with betty neumanns assumption. *J. of adv. Nur.* 15: 456 – 462
- Hanestad. B. R, Alberksten. G. (1992). The stability of life experience in people with type1 diabetes over a period of year. *J. advnur.* 30: 473-483
- Johnson. lisa, Wright, Alex. J, Zautra, Scott, going. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: The role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical function. *Ann behav med.* 36(1): 70-80.
- Kim. DH, Yoo. IY. (2004). Relationship between depression and resilience among children with nephritic syndrome. *Journal acadnurs.* 34(3): 534-540.
- Klassen, robert. Klassen. Annel. (2008). Impact of caring for a child with cancer on parents, health – related reality of life. *Journal of clinical oncology*, vol 26 no 36. pp: 5884-5889.
- King, D. W, King, L. A, Fairbank, J. A, Keane, T M, & Adams, G. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.
- Lavee .Yoav, mey-Dan. Mali. (2003). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Journal health and social work.* vol1, 28.
- Mchorney, C, Ware, J. E and raczek, A. E. (1993). The most 36 –item short form health survey (sf 36): II. psychometric clinical tests of

- validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care*: 31:247-263.
- MacGrath, H. (2000). The bounce back! resiliency program: Apilot study. paper presented at the ameican educational research_asspciation annual conference, new Orleans, April 24th- 28th.
- Moon. JR, Jung. YY, hung. J kang. IS, park. sw, yang. JH, jun. TG. kim. MJ, lee. HJ. (2006). Relationship, between depression and resilienv in *adolescents with congenital heart disease. Korean Journal of Pediator.* 49(5) 523-528.
- Masten. A. S. (1995). resilience in development. *hand book of positive psychology.* new york. Pp: 3-25 – hillsdale, NJ: Eribaum
- Masten, A. S. (1989). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261-294). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nancy, white. Judy, richter.jane, koeckeritz. youngae, lee. kiristy, I. (2002). Across cultural familiy resiliency in hemodialysis patients, *journal of trams cultural nersing.* 13, 134 -157.
- Neill, J. T & Dias, K. I. (2001). Adventure education and resilience: Adouble-Edged sword *.Journal of adventure education outdoor learning,* 1, 35-42
- Neenan, Michael, (2009). Developing resilience: A cognitive–behavioural approach. *Development and psychopathology–2:* 425 - 444
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *journal of behavioral medicine,* 12(2), 145 – 58.
- 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
- Oliver, gosph. (1997). quality of life and mental health services, 1ed, London: Routledge. 170: 529 - 535.
- Roman–oertwig, Sandra. (2004). *Teacher resilience and job-satisfaction.*a dissertation propodal submitted to the faculty of the university of nourth Carolina at chapel hill in partial fulfillment of the requirements for the degree of education in the school of education.

- 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.
- Shin, Yamizaki. Shigeru, sokejima. Tetsuya, mizoue. Akira, eboshida and Shunichi, Fukuhara. (2005). Health – related quality of life of mothers of children with leukemia in Japan. *Quality of life Research*, Vol -14, NO – 4. PP: 1079 -1085.
- Shin. YH, Sim. MK, Kim. TI. (2006). Resilience and health – related quality of life in children with chronic illness. *Journal of child health nurs.* 12 (3): 295-303.
- Schoon, Ingrid. (2006). Risk and resilience adaptation in changing times. *Journal of marriage and family*-68: 1383 -1384.
- Steensma, H. Hejer, M. D & stallen, V. (2007). Effect-of resilience training on the redutch workers. *Quarterly of community health education* , 27(2), 145 -159.
- Steinhard T. M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomology. *Journal of American college health*, 56(4), 445 – 453.
- Tugade. M. M, Fredrickson. B. L. & Barrett. L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*. 72(6): 1161-1190
- Werner, E. E. (1982). Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill New York: McGraw -Hill
- Wong. MCS, Sun. J, lee. A, Stewart. D, Cheng. Ffk, Kan. W, Ho. M, (2009). The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent-and teacher-perceived resilience environment among health program schools in hong kong. *Journal of epidemiol community health.* 63: 209 -214.
- Yi. Jp, Vitaliano. PP, Smith. Re, Yi. Jc, Weingerk. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Br J health psychol.* 13(pt2).311-25.