

اثر بخشی آموزش برنامه تاب آوری بر استرس فرزندپروری مادران دانش آموزان دختر با اختلال فلج مغزی

خدیجه محمدی^۱ | پریسا تجلی^۲ | افسانه قنبری پناه^۳

۶۰

سال هفدهم
پاییز ۱۴۰۱

چکیده

فلج مغزی به عنوان یکی از شایع ترین اختلال های حرکتی بوده که عملکرد خانواده را با مشکل مواجه می سازد. یکی از رایج ترین مشکلاتی که والدین این کودکان با آن مواجه هستند، استرس فرزندپروری است. این والدین به ویژه مادران برای کنار آمدن با ناتوانی فرزندان و کاهش استرس های خود، نیازمند حمایت های روانی و اجتماعی هستند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف آموزش برنامه تاب آوری بر استرس فرزندپروری مادران دانش آموزان دختر با اختلال فلج مغزی انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دارای فرزند دختر با اختلال فلج مغزی مشغول به تحصیل در پایه های اول تا ششم دوره ابتدایی (۷ تا ۱۲ سال) مدرسه استثنایی پویا واقع در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ تشکیل دادند. از این جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر، پس از احراز ملاک های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. از هر دو گروه پیش آزمونی برای تعیین وضعیت تاب آوری و استرس فرزندپروری آنان به عمل آمد. سپس گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه، برنامه آموزشی تاب آوری را دریافت کردند، پس از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. ابزار پژوهش مقیاس استرس فرزندپروری بری و جونز (۱۹۹۵) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته انجام شد. نتایج نشان داد که در متغیر استرس فرزندپروری، کاهش معناداری در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش رخ داده است، این تفاوت با در نظر گرفتن سطح $P \leq 0.01$ (سطح معناداری تصحیح شده در آزمون بنفرونی برای سطح معناداری ۰/۰۵) معنادار می باشد. بنابراین، تأثیر آموزش تاب آوری بر کاهش استرس فرزندپروری معنادار بوده و اثر آن پس از گذشت دو ماه همچنان پایدار بود.

کلیدواژه ها: فلج مغزی؛ مادران، تاب آوری؛ استرس فرزندپروری

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۰/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۰۳/۱۵

صص: ۲۴۹-۲۲۳



DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.60.9.2

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

P.tajali@yahoo.com

ایران.

۳. استادیار، گروه روان شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال فلج مغزی^۱ از جمله اختلال‌های پیچیده و چندبعدی، غیرپیشرونده و ایستا در حرکت و وضعیت بوده که متعاقب ضایعه عصبی بروز می‌کند. فلج مغزی اغلب با نشانه‌های بسیاری همراه بوده و با علائمی نظیر تشنج و ناهنجاری‌هایی در شناخت، رفتار، گفتار و هوش مشخص می‌گردد (وندکر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). در مبتلایان به فلج مغزی، نشانه‌های بسیار گوناگونی از ناتوانی گسترده و عمومی در کنترل حرکات بدن گرفته تا صرفاً نقصی جزئی و خفیف مشاهده می‌گردد. براین اساس، طبقات فلج مغزی تحت عنوان طبقه‌بندی فیزیولوژیک شکل گرفته و از یکدیگر متمایز گردیده است و شامل فلج اسپاستیک^۳، فلج اتاکسیک^۴، فلج اتوئید^۵ و فلج ترمور^۶ می‌باشد (دئون و گابِر-اسپیرا^۷، ۲۰۱۰). فلج مغزی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های حرکتی بوده که برآورد شیوع آن از ۱/۵ تا بیش از ۴ مورد در هر هزار تولد است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری^۸، ۲۰۲۰). شیوع این اختلال در ایران ۲ تولد در هر ۱۰۰۰ تولد تخمین زده شده است (موحدی و پاکزاد، ۱۳۹۹). فلج مغزی بر کنترل و حرکت ماهیچه‌ها تأثیر می‌گذارد و اغلب ناشی از صدمه به مغز در زمان قبل یا حین یا بعد از تولد است. جدیدترین یافته‌ها در این زمینه نشان می‌دهد از هر چهارصد کودک بریتانیایی، یک کودک به فلج مغزی مبتلا می‌شود (اسمیت^۹ و همکاران، ۲۰۱۹).

کودکان فلج مغزی محدودیت عمده‌ای در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن و توانایی تحرک و جا به جایی دارند. این محدودیت‌ها، استرس‌های مراقبتی بسیاری را برای مادران به وجود می‌آورد (آلتمداغ، آیکن، آکن، کوسال و ارسین^{۱۰}، ۲۰۰۷). این اختلال بار وظایف مراقبتی والدین را افزایش می‌دهد (لیما، راموس، پونتر و سیلوا^{۱۱}، ۲۰۲۱) که

1. Cerebral palsy
2. Wadnerkar, M.
3. Spastic
4. Ataxic
5. Athetoid
6. Termor
7. Deon, L., & Gaebler-Spira, D.
8. Centers for Disease Control and Prevention
9. Smith, K.
10. Altmdag, O. İçcan, A., Akcan, S., Koksall, S., & Erçin, M.
11. Lima, M., Ramos, E., Pontes, F., & Silva, S.

می‌تواند کیفیت زندگی و سطح سلامت جسمی و روانی آنان را کاهش دهد. همچنان که بخشی از پژوهش یانگ^۱ (۲۰۱۰؛ نقل از توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۶) نشان داد که تحمل روانی خانواده‌های این کودکان بسیار کمتر از خانواده‌های دیگر بوده و بسیار بیشتر از آنان نیازمند کمک بودند. مادران به‌عنوان مراقبان اصلی کودکان با نارسایی همچون فلج مغزی، معمولاً استرس‌های روان‌شناختی فراوانی را تجربه کرده و این فرآیند سبب آسیب دیدن سایر فرآیندهای روانی آنان می‌شود (کراستیک، میهیک و میهیک^۲، ۲۰۱۵). گزارش شده است که ۳۰ درصد از مادران کودکان مبتلا به اختلال فلج مغزی علائم افسردگی را دارند که نیازمند توجه و حمایت ویژه هستند، زیرا این افسردگی سلامت روان مادر را تحت تأثیر قرار داده و بر تربیت و رفتار او با فرزندان تأثیر می‌گذارد (پارک^۳، ۲۰۲۱). در همین راستا، لازم است اشاره شود مشکلاتی که کودکان با ناتوانی‌های جسمی - حرکتی از جمله فلج مغزی با آن مواجه هستند، عملکرد خانواده را با مشکل مواجه می‌سازد. یکی از رایج‌ترین مشکلاتی که والدین این کودکان با آن مواجه هستند، استرس فرزندپروری^۴ است که به‌عنوان یک واکنش روانی به نیازهای والدین شناخته شده است (ویدولین^۵، ۲۰۱۳).

استرس فرزندپروری، عبارت است از اختلاف ادراک شده بین مطالبات موقعیتی برخاسته از وظیفه فرزندپروری و ظرفیت‌های موجود والدین (اسبرگ و هاگیگال^۶، ۲۰۰۰؛ نقل از حسن‌زاده، ۱۳۹۱). مرور پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که تجربه استرس، تأثیرات منفی بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد دارد (کال‌فیلد، چانگ، دلارد و الشاگ^۷، ۲۰۰۴). سطوح استرس بالای والدین اختلال‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری ایجاد می‌کند و اسنادهای منفی را افزایش می‌دهد که سرانجام به تفسیر منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و افزایش مشکل در تعاملات خانواده منجر می‌شود (بریری و پیرعلی، ۱۳۹۴). والدینی که استرس زیادی را تجربه

1. Young
2. Krstic, T., Mihic, L., & Mihic, I.
3. Park, E.
4. Parenting stress
5. Viduoliene, E.
6. Asberg & Hagekull
7. Caulfield, N., Chang, D., Dollard, M., & Elshaug, C.

می‌کنند، دچار افکار غیرمنطقی و نشخوار فکری^۱ شده، به‌طور دائم منفی‌بافی کرده و در حال انتقاد از فرزند خود هستند. افکار غیرمنطقی و نشخوارهای فکری موجب تشدید عصبانیت والدین از فرزند خود می‌شود و راه برای برقراری هرگونه ارتباط خوب و مؤثر آنها با فرزند خود می‌بندد و در نتیجه، بر میزان لجاجتی و نافرمانی کودک می‌افزاید. ضمن آنکه افزایش استرس والدین و به‌دنبال آن کاهش اعتماد به نفس و افکار و باورهای غیرمنطقی، زمینه ایجاد افسردگی را در آنها فراهم می‌کند. بدینی، احساس عدم کنترل بر اوضاع، احساس نارضایتی از زندگی، اعتماد به نفس پایین و نداشتن هدف منطقی و قابل وصول، همه از عوامل تشدید استرس در والدین است (بیان‌فر، ۱۳۹۲). پدر یا مادری که دچار استرس شدید باشد، نمی‌تواند وظیفه خویش را نسبت به فرزندش به درستی انجام دهد.

والدین و به‌ویژه مادران دارای فرزند با فلج مغزی استرس‌های متعددی را تجربه می‌کنند و باید با تشخیص بیماری کودک خود کنار بیایند و مراقبت‌های لازم را برای وی فراهم کنند و شیوه زندگی خود را براساس نیازهای فرزندانشان تنظیم کنند اما با وجود این مشکلات، از حمایت‌های کافی برخوردار نیستند و اکثر والدین کودکان فلج مغزی، درگیر استرس و بیماری‌های روانی می‌شوند. از آنجایی که رشد کودکان ارتباط تنگاتنگی با سلامت فیزیکی و روانی والدین آنان دارد و استرس روانی والدین در عملکرد آنان و بر رشد کودکان مؤثر است؛ باید مداخلاتی با هدف افزایش تطابق مراقبان با نیازهای مراقبتی کودکان در نظر گرفته شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مهم‌ترین مداخله‌های روان‌درمانی و حمایتی که به‌نظر می‌رسد می‌تواند استرس فرزندپروری این مادران را کاهش داده و به دنبال آن، سطح سلامت جسمانی، روانی و همچنین کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشد، مداخله‌های مبتنی بر آموزش تاب‌آوری^۲ است. در این زمینه لازم است اشاره شود که مادران دارای فرزند مبتلا به فلج مغزی، کاهش تاب‌آوری را تجربه می‌کنند و سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این مادران برای کنار آمدن با ناتوانی فرزندان و حفظ سلامت روانی و جسمی خود به حمایت روانی و اجتماعی نیاز دارند (کولاکیک، دورات و ارن^۳، ۲۰۲۰). تاب‌آوری یک فرآیند فردی است که فرآیندهای

1. Rumination
2. Resilience
3. Çulhacik, G., Durat, G., & Eren, N.

حفاظتی را که توسط نظام‌های بزرگ‌تر تحریک می‌شوند را افزایش می‌دهد تا فرصت‌هایی را برای افراد برای مقابله با استرس فراهم کند (آزادی و قدمی، ۱۳۹۶). مطالعات متعددی از جمله (اسمیت و یانگ^۱، ۲۰۱۷؛ مایر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) حاکی از آن است که تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی در ارتقای بهزیستی روانی افراد و کاهش استرس آنان داشته باشد. همچنین در سازگاری با موقعیت‌های استرس‌آور زندگی کمک کرده و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (پیوی و هریس^۳، ۲۰۱۸). تاب‌آوری در روان‌شناسی، اشاره به تمایل افراد برای مقابله با تنیدگی و دشواری‌ها دارد (ماستن^۴، ۲۰۰۹) و توانایی تطبیق و بازیابی موفقیت‌آمیز خود با رویدادها و چالش‌های زندگی است (لادکارل^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). تاب‌آوری فقط توانایی غلبه و سازگاری با دشواری‌ها نیست، بلکه قدرت و منبعی است که افراد را قادر می‌سازد از یک شکست بهبود یابند و زندگی خود را ادامه دهند (والش^۶، ۲۰۱۶). پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است افرادی که در طی زندگی در برابر دشواری‌ها و ناملازمات بیشتر تحمل داشته‌اند و در واقع، از میزان تاب‌آوری بالایی در برابر مشکلات برخوردار بوده‌اند، در مراحل بعدی زندگی بهتر می‌توانند با مشکلات کنار بیایند و از رضایت‌مندی بالاتری هم برخوردارند (اعظمی، معتمدی، دوستیان، جلالوند و فرزنانگان، ۱۳۹۱). در مجموع، افراد تاب‌آور دارای این ویژگی‌ها هستند که واقعیت‌های زندگی را به سهولت می‌پذیرند و ایمان دارند که زندگی پرمعنا است که این باور معمولاً به‌وسیله ارزش‌های آنان حمایت می‌شود (خلعتبری و بهاری، ۱۳۸۹). مندل^۷ (۲۰۰۶)؛ نقل از کشتکاران، ۱۳۸۸) دو وجه را در مفهوم تاب‌آوری مهم می‌دانند؛ یکی اینکه افراد حادثه‌دشواری را تجربه کنند و دوم اینکه در برابر این حوادث، انعطاف‌پذیر باشند و دست به جبران برای بازگشت به عملکرد و کارکردهای معمول خود بزنند. بر مبنای نظر اسمیت و یانگ (۲۰۱۷) تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد مادران کودکان دارای اختلال فلج مغزی که از این ویژگی

1. Smith, G., & Yang, F.
2. Meyer, E.
3. PV, A., & Haris, F.
4. Masten, A.
5. Ladekarl, M.
6. Walsh, F.
7. Mandel, G.

محافظت‌کننده برخوردار هستند، هنگام برخورد با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تلاش می‌کنند نگرش خود را نسبت به آن عوامل فشارزا مثبت نمایند و از این طریق از وجود ویژگی‌های منفی مانند علایم افسردگی از خویش محافظت کنند (کنات و درویس^۱، ۲۰۱۴). با توجه به آنچه مطرح شد و با در نظر گرفتن مشکلاتی که کودکان با ناتوانی‌های جسمی - حرکتی از جمله فلج مغزی با آن مواجه هستند که عملکرد خانواده به‌ویژه مادر را با مشکل مواجه می‌سازد، از این رو آموزش والدین دارای فرزند با اختلال فلج مغزی ضرورت دارد. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ-گویی به این سؤال است که آیا آموزش برنامه‌تاب‌آوری بر استرس فرزندپروری مادران دانش-آموزان دختر با اختلال فلج مغزی مؤثر است؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است و در ادامه برای بررسی اثر زمان نیز پیگیری انجام شد. با توجه به نوع طرح مورد استفاده در این پژوهش، مادران دانش‌آموزان دارای فلج مغزی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. از هر دو گروه؛ پیش‌آزمونی برای تعیین وضعیت تاب‌آوری و استرس فرزندپروری آنان به‌عمل آمد. سپس گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه، برنامه آموزشی تاب‌آوری را (با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی به دلیل شیوع بیماری کرونا) دریافت کردند، این در حالی بود که در طی این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. بعد از پایان آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. پس از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری برای گروه آزمایش اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دارای دانش‌آموزان دختر با اختلال فلج مغزی مشغول به تحصیل در پایه‌های اول تا ششم دوره ابتدایی (۷ تا ۱۲ سال) مدرسه استثنایی پویش واقع در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ تشکیل دادند. افراد گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از مادران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از احراز ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و

1. Cénat, J., & Derivois, D.

کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که شیوه جایگماری تصادفی بدین صورت بود که افراد یکی در میان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل جایدهی شدند.

معیارهای اولیه ورود مادران به گروه نمونه پژوهش عبارت بود از: اعلام موافقت مادران برای شرکت در پژوهش؛ داشتن فرزند با نشانه‌های فلج مغزی از نوع پافلجی (فلج هر دو پا یا فلج نیمه تحتانی بدن)؛ داشتن نمره تاب آوری پایین تر از میانگین (پایین تر از ۵۲ براساس پرسشنامه تاب آوری کاتر و دیویدسون) برای مادران شرکت کننده در پژوهش؛ مادران شرکت کننده در پژوهش پیش از شرکت در جلسات برنامه آموزشی تاب آوری، تحت آموزش برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی مشابه دیگری قرار نگرفته باشند. نداشتن سوابق بیماری یا اختلالات روان‌پزشکی یا حادثه منجر به آسیب‌های جسمانی و روانی شدید در بین مادران شرکت کننده در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل شرکت مادران در جلسه‌های برنامه‌های آموزشی روان‌شناختی مشابه دیگر، وجود سابقه بیماری روانی شدید در مادران و غیبت مادران در بیش از دو جلسه از جلسات برنامه آموزشی تاب آوری بود.

ابزار سنجش متغیرها

مقیاس استرس فرزندپروری^۱ بری و جونز^۲ (۱۹۹۵)

این مقیاس که ۱۸ گویه دارد، برای سنجش استرس فرزندپروری استفاده می‌شود. مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود. گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت فرزندپروری و همچنین، جنبه‌های منفی آن را مورد توجه قرار می‌دهند. در این مقیاس از والدین تقاضا می‌گردد موافقت یا عدم موافقت خود را با هر گویه، براساس رابطه‌ای که به‌طور معمول با فرزند خود دارند در یک مقیاس لیکرت شامل کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق اعلام کنند. هفت گویه به‌صورت معکوس و بقیه به‌صورت مستقیم نمره داده می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره آن ۹۰ است. هر چقدر نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد، نشانگر استرس بیشتر است. بری و جونز (۱۹۹۵)، اعتبار درونی^۳ و اعتبار آزمون^۴ - پس آزمون این مقیاس را به ترتیب،

1. Parenting Stress Scale (PSS)

2. Berry, J., & Jones, W.

3. Internal validity

4. Reliability test

۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در بررسی مقدماتی که به منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه شده به زبان فارسی، روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون-پس آزمون، با فاصله زمانی یک هفته، ۰/۷۸ به دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه، کمتر بودن تعداد گویه‌های آن و در نتیجه، کوتاه‌تر بودن آن است که استفاده از آن را برای والدین مطلوب‌تر می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳)

این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. دامنه نمره‌گذاری این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نمره میانگین این مقیاس نمره ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد (تقی‌زاده و میرعلائی، ۱۳۹۲). در مقابل، هر چه نمره آزمودنی به صفر نزدیک‌تر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار خواهد بود. محمدی (۱۳۸۴) در پژوهشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی این مقیاس را برابر با ۰/۸۹ به دست آورد. شایان ذکر است که در پژوهش محمدی (۱۳۸۴) برای تعیین روایی این مقیاس، ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شد. محاسبه ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل نشان داد که به جز مورد گویه ۳، ضرایب بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ بودند. جوکار (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی دیگر روایی و پایایی این مقیاس را در فرهنگ ایرانی بررسی و با استفاده از روش تحلیل عوامل، روایی آن را تأیید کرد. همچنین، ضریب پایایی مقیاس مذکور، با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش شده است (جوکار، ۱۳۸۶).

1. Connor-Davidson Resilience Scale (CDRS)

معرفی برنامه آموزش تاب‌آوری

برنامه آموزش تاب‌آوری که در این پژوهش اجرا شده است، در یک پژوهش کیفی که از نوع تحلیل کیفی متن به روش قراردادی صورت گرفته است، در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طراحی شده است که پس از بررسی روایی و تأیید توسط چند متخصص روان‌شناسی اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها از روش تحلیل مضمون از نوع شبکه مضامین استفاده شد. کرسول^۱ (۲۰۰۹) جهت سنجش روایی پژوهش کیفی، استفاده از راهبردهای چندگانه را توصیه می‌کند. در پژوهش حاضر، جهت اعتبارسنجی از روش‌های پیشنهادی کرسول، روش‌های زیر استفاده شد:

۱- نظر ممیز بیرونی: برای بررسی کل پروژه از یک ارزیابی بیرونی جهت سنجش عینی از جریان اجرای فرآیند پژوهش و نتیجه‌گیری از یافته‌ها استفاده شد. در این راستا، مضامین به دست آمده به سه تن از روانشناسان و متخصصین آموزش تاب‌آوری ارائه شد و با ارائه توضیحات شفاهی در خصوص اهداف پژوهش، متن و فیش‌های تهیه شده در مطالعات کتابخانه‌ای و نتایج کدگذاری مصاحبه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت تا مضامین به دست آمده را مورد بازنگری قرار دهند. با انجام بازنگری ایشان، برخی مضامین سازمان‌دهنده تغییر کرد و پس از اصلاح، تأیید نهایی نظرات متخصصین حاصل شد. ارتباط مضامین استخراج شده (فراگیر و سازمان‌دهنده) با جلسات آموزشی تدوین شده در برنامه تاب‌آوری در جدول شماره ۱ آمده است.

۲- استفاده از پرسشنامه در جهت بررسی اعتبار مضامین: پس از مشخص نمودن مضامین (فراگیر، سازمان‌دهنده و پایه) از صاحب‌نظران (اساتید) در رابطه با هر یک از مضامین نظرخواهی شد و همچنین، از صاحب‌نظران درخواست شد تا چنانچه مضمونی باید اضافه یا اصلاح گردد، بیان نمایند. هدف از این پرسشنامه، اعتبارسنجی و بررسی اهمیت مضامین استخراج شده است. سپس برای هر مضمون، شاخص نسبت روایی محتوایی^۲ (CVR) لاوشه محاسبه شده است. این شاخص از نظر کارشناسان متخصص در زمینه محتوایی محاسبه می‌شود و با توضیح اهداف برنامه آموزشی برای آنها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به مضامین، از آنان درخواست شد تا هر یک از

1. Creswell, J.

2. Content Validity Ratio

از سؤالات را براساس گویه‌های "ضروری است"، "مفید است ولی ضروری نیست" و گویه "ضرورتی ندارد" طبقه بندی کنند. ضرایب به دست آمده برای مضامین اصلی به شرح زیر است: خودبهبودی ۰/۹۰، تأثیرگذاری: ۰/۹۵، راهبردهای انطباقی: ۰/۹۰، عملکرد مثبت خانواده: ۱/۰۰، تعامل اجتماعی: ۱/۰۰، خودرهبری: ۰/۹۰، راهبردهای شناختی: ۰/۹۰، تعدیل هیجانی: ۰/۹۰ و باورهای مثبت: ۰/۹۵

جدول ۱. ارتباط مضامین استخراج شده با جلسات آموزشی

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	شماره جلسه آموزشی
افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر	رویاریبی فعال با تئیدگی، راهبردهای مقابله‌ای، حل مسأله و مداومت در تلاش و پشتکار	جلسات ۵ و ۶
خودبهبودی	یادگیری از چالش، چالش‌جویی، توسعه خود و تفکر بهبودی‌یاب	جلسه ۱۱
تأثیرگذاری	دیدگاه متفاوت درباره تجربه و تسلط بر موقعیت	جلسه ۱ و ۲
راهبردهای انطباقی	سازگاری و انطباق، تعادل جویی و حفظ سلامت	جلسه ۱ و ۲
عملکرد مثبت خانواده	توسعه منابع خانوادگی، انسجام و مشارکت در خانواده، حمایت خانواده و روابط خانوادگی مطلوب	جلسه ۳ و ۴
تعامل اجتماعی	روابط دوستانه، جستجوی حمایت (حمایت عاطفی و اطلاعاتی) و توسعه روابط	جلسه ۳ و ۴
خودرهبری	خوداتکایی و خودکارآمدی، باور به ارزش‌های خود و خودتنظیمی	جلسه ۹ و ۱۰
راهبردهای شناختی	پردازش فعال، راهبردهای شناختی و واقع‌بینی و پذیرش	جلسه ۵ و ۶
تعدیل هیجانی	تجربه هیجانات مثبت و مدیریت هیجان	جلسه ۷ و ۸
باورهای مثبت	امیدواری، مثبت‌اندیشی و استعانت از معنویت	جلسه ۹ و ۱۰

مؤلفه‌های برنامه تاب‌آوری در جدول شماره ۲ مطرح شده است:

جدول ۲. عناوین جلسات و شرح مختصری از اهداف هر یک از جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه
جلسه اول	آشنایی مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی با اهداف برنامه آموزشی تاب‌آوری	<p>۱- آشنایی والدین با یکدیگر و با مربی</p> <p>۲- آشنایی والدین با آنچه که در طی برنامه آموزش تاب‌آوری خواهند آموخت و نقش این مهارت‌ها در بهبود کیفیت ارتباط مطلوب و کارآمد آنان با فرزندشان؛ در کاهش استرس فرزندپروری آنان و بهبود بهزیستی روان‌شناختی‌اشان.</p> <p>۳- بیان اهداف و انتظارات والدین از شرکت در جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری</p> <p>۴- آشنایی والدین با اختلال فلج مغزی و عوامل به‌وجودآورنده این اختلال</p> <p>۵- آشنایی والدین با ویژگی‌ها و الگوهای رفتاری کودکی که اختلال فلج مغزی دارد.</p> <p>۶- آشنایی والدین با افکار منفی و باورهای نادرستی که درباره مشکل فرزندشان در ذهن دارند.</p> <p>۷- آشنایی مقدماتی والدین با تاب‌آوری و مفاهیم اولیه آن</p> <p>۸- پاسخگویی به پرسش‌های والدین</p> <p>۹- جمع‌بندی و ارایه تکلیف و تمرین عملی در رابطه با مطالب آموخته شده در این جلسه به والدین</p> <p>۱۰- ارایه برنامه زمان‌بندی شده جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری.</p>
جلسه دوم	آشنایی مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی با تاب‌آوری، عوامل مؤثر بر آن و ویژگی‌های افراد تاب‌آور	<p>۱- آشنایی والدین با تعریف تاب‌آوری و اهمیت آن در مواجهه با مسائل و دشواری‌های زندگی</p> <p>۲- آشنایی والدین با ویژگی‌های افراد تاب‌آور و اینکه افراد تاب‌آور چگونه رفتار می‌کنند.</p> <p>۳- آشنایی با روش‌ها و راهبردهای کلیدی و مهم برای ارتقای تاب‌آوری</p> <p>۴- آشنایی والدین با مؤلفه‌های تاب‌آوری</p>

<p>۵- پاسخگویی به پرسش‌های والدین ۶- جمع‌بندی و ارایه تکلیف در رابطه با مطالب آموخته شده در این جلسه به والدین.</p>		
<p>۱- آشنایی والدین با عوامل حمایتی درونی (درون‌فردی) در ارتقای تاب‌آوری شامل: مفهوم خوش‌بینی، منبع کنترل، استرس و راهکارهای کنار آمدن با آن، راهکار شناخت استعدادها و علایق (خودشناسی). ۲- آشنایی والدین با عوامل حمایتی بیرونی (بین‌فردی) در ارتقای تاب‌آوری شامل: سیستم حمایت‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار، راهکار احساس تعلق داشتن و باززش بودن ۳- پاسخگویی به پرسش‌های والدین ۴- جمع‌بندی و ارایه تکلیف در رابطه با مطالب آموخته شده در این جلسه به والدین.</p>	<p>آشنایی مادران با عوامل حمایتی درونی و بیرونی در ارتقای تاب‌آوری</p>	<p>جلسه سوم و چهارم</p>
<p>۱- آگاهی از نقش افکار منفی در کاهش تاب‌آوری ۲- شناخت شایع‌ترین افکار منفی ۳- یادگیری مقابله با افکار منفی ۴- آشنایی با خطاهای تفکر (تحریف‌های شناختی) ۵- بازسازی شناختی و مقابله با تحریف‌های شناختی ۶- به چالش کشیدن افکار منفی و جایگزین کردن آن‌ها با افکار واقع‌بینانه تکلیف منزل برای جلسه بعد: در یک دفترچه به صورت روزانه حوادث، افکار و احساسات خود را بنویسید و سپس با به چالش کشیدن افکار منفی، افکار منفی خود را شناسایی و افکار مفیدتری را جایگزین آن کنید. در طی هفته هر وقت قدرت تحمل تاب‌آوری‌تان پایین آمد، افکار خود را بنویسید و مشخص کنید این افکار در کدام طبقه افکار منفی قرار می‌گیرد. در مرحله بعد افکار خود را با استفاده از سؤالاتی که در فوق ذکر شد، به چالش بکشید و آن‌ها را با افکار منصفانه‌تر و واقع‌بینانه‌تری جایگزین کنید. در نهایت تأثیر این</p>	<p>نقش افکار منفی و تحریف‌های شناختی و راهکارهای مقابله با آنها در تاب‌آوری</p>	<p>جلسه پنجم و ششم</p>

<p>جایگزین‌سازی افکار را روی خلق خود بررسی کنید.</p>		
<p>ارائه آموزش هیجانی (شناخت انواع هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی) ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و مهارت‌های هیجانی اعضا شامل سه بخش: ۱. خودارزیابی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی خود ۲. خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجان خود و ۳. خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی خود.</p>	<p>آموزش تنظیم هیجانی (بخش اول) انتخاب موقعیت</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>آموزش مهارت تسکین و تعدیل هیجان ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب. آموزش مهارت‌ها از جمله: ۱. مهارت حل مسأله ۲. مهارت بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).</p>	<p>آموزش تنظیم هیجانی (بخش دوم) مهارت هیجانی و اصلاح موقعیت</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>۱- مرور تکالیف ۲- بحث در مورد اینکه آیا مسئله‌ای در زندگی‌تان وجود دارد که به خاطر آن از دست خدا ناراحت و یا عصبانی باشید و ندانید که چرا خدا این کار را با شما کرده؟ (از مادران شرکت‌کننده در پژوهش می‌خواهیم که خاطره‌هایشان و نمونه‌هایی از زندگی خودشان را بیان کنند). ۳- خواندن داستانی با این پیام که گاهی ما حکمت اتفاقاتی که در زندگی‌مان رخ می‌دهند را نمی‌دانیم و به همین خاطر به خدا شکایت می‌کنیم و اینکه خداوند بهتر از هر کسی مصلحت ما را می‌داند. ۴- خواندن آیه ۲۱۶ سوره بقره با همین مضمون و بحث در مورد آن. ۵- ارائه این تکلیف که نمونه‌ای را از زندگی‌تان بیان کنید که در آن دلیل اتفاقی که افتاده را نفهمیده باشید و بعداً متوجه آن شده باشید. ارائه تکلیف کامل کردن دو جمله ناتمام: اگر من به خدا تلفن می‌زدم حتماً به او می‌گفتم که.....</p>	<p>نقش معنویت در تاب‌آوری (بخش اول) (معنایابی در رنج)</p>	<p>جلسه نهم</p>

<p>اگر من به اندازه خدا قدرتمند باشم حتماً.....</p>		
<p>۱- مرور تکالیف ۲- خواندن داستانی در مورد توکل به خدا و بحث کردن در مورد پیام داستان و مفهوم توکل ۳- خواندن آیه ۱۶۰ سوره آل عمران با همین مضمون و بحث در مورد آن ۴- بحث کردن در مورد اینکه زمانی که فردی به خدا توکل می‌کند، خودش در قبال کارش چه وظیفه‌ای دارد؟ آیا باید تلاشی هم بکند؟ ۵- ارائه این تکلیف که در مورد تصمیماتی که برای آینده‌تان گرفته‌اید با خدا صحبت کنید و ترس‌هایتان را در این مورد با او در میان بگذارید. در چه مواردی بیشتر دوست دارید به خدا توکل کنید. ۶- ارائه این تکلیف که سه تا پنج مورد از موارد سختی که در زندگی‌تان به خدا توکل نموده‌اید را بنویسید.</p>	<p>نقش معنویت در تاب‌آوری (بخش دوم) توکل</p>	<p>جلسه دهم</p>
<p>آشنایی والدین: با اهمیت داشتن هدف در زندگی و نقش آن در ارتقای تاب‌آوری با ویژگی‌های هدف واقع‌بینانه از جمله عملی بودن، دست‌یافتنی بودن، واضح و روشن بودن؛ با نقش و اهمیت امیدواری و در عین حال تلاش به‌عنوان پیش‌شرط لازم برای رسیدن به اهداف با نمونه‌های عینی از اهداف واقع‌بینانه و غیر واقع‌بینانه پاسخ به پرسش‌های والدین و ارائه تکلیف برای جلسه بعد.</p>	<p>آشنایی مادران با فرایند هدف‌گذاری و نقش آن در تاب‌آوری</p>	<p>جلسه یازدهم</p>
<p>ارائه جمع‌بندی از مباحث ارائه شده در برنامه آموزشی تاب‌آوری از طریق پرسش و پاسخ بیان میزان دستیابی به اهداف مد نظر از دیدگاه والدین بیان لزوم پیگیری فرآیندهای آموزش توسط والدین در آینده انجام پس‌آزمون.</p>	<p>جمع‌بندی و مرور مطالب آموخته شده در جلسات گذشته</p>	<p>جلسه دوازدهم</p>

یافته‌های پژوهش

میزان تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. توزیع شرکت کنندگان در پژوهش براساس تحصیلات

گروه کنترل		گروه آزمایش		گروه‌ها
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۳,۳	۵	۴۰,۰۰	۶	دیپلم
۶۰,۰	۹	۵۳,۳	۸	کارشناسی
۶,۷	۱	۶,۷	۱	کارشناسی ارشد و بالاتر
۱۰۰,۰	۱۵	۱۰۰,۰	۱۵	جمع کل

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، بیشتر افراد نمونه در همه گروه‌ها، دارای تحصیلات در سطح کارشناسی هستند. ۵۳,۳ درصد در گروه آزمایش و ۶۰ درصد در گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی هستند. کمترین فراوانی در تحصیلات بالاتر از کارشناسی است که در هر گروه یک نفر دارای این سطح تحصیلی هستند. سن شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل نیز در جدول شماره ۴ ذکر شده است.

جدول ۴. توزیع شرکت کنندگان در پژوهش براساس سن

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش	۳۲,۸۶	۵,۸۰	۲۹	۴۲
کنترل	۳۳,۲۶	۵,۸۹	۲۹	۴۳

طبق ارقام مندرج در جدول ۴، میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش حدود ۳۲ الی ۳۴ سال می‌باشد. کمترین سن ۲۹ سال و بیشترین سن ۴۳ سال است.

شاخص‌های توصیفی متغیر استرس فرزندپروری به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۵. میانگین استرس فرزندپروری به تفکیک گروه و آزمون

انحراف معیار \pm میانگین		مرحله اندازه‌گیری
گروه کنترل	آزمایش	
$۵۹,۲۶ \pm ۵,۲۷$	$۵۹,۷۳ \pm ۵,۴۰$	پیش آزمون
$۵۸,۶۶ \pm ۵,۶۵$	$۴۷,۴۵ \pm ۵,۴۰$	پس آزمون
$۵۷,۸۰ \pm ۵,۴۵$	$۴۷,۴۶ \pm ۴,۶۵$	پیگیری

بررسی فرضیه پژوهش

به منظور بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون باکس M جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه و آزمون کرویت ماچلی برای بررسی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های ماتریس واریانس - کوواریانس در گروه‌های مورد بررسی اجرا شده است.

جدول ۶. بررسی همگنی واریانس‌ها و ماتریس واریانس - کوواریانس

آزمون ماچلی			آزمون باکس M		
مقدار P	مقدار خی دو	مقدار ماچلی	مقدار P	مقدار F	مقدار M
۰,۰۰۲	۱۵,۵۳	۰,۶۲	۰,۲۷	۱,۲۶	۸,۵۹

نتایج آزمون باکس M نشان می‌دهد که مقدار F آمده در خصوص بررسی تفاوت واریانس - های دو گروه در هر سه آزمون، در سطح $P \leq ۰,۰۵$ معنادار نمی‌باشد. بنابراین، تفاوت معناداری در واریانس‌های دو گروه وجود ندارد و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. تفاوت ماتریس واریانس - کوواریانس در آزمون‌های مختلف با بهره‌گیری از آزمون ماچلی بررسی شده است. مقدار خی دو به دست آمده در سطح $P \leq ۰,۰۵$ معنادار است و به دلیل ناهمگنی ماتریس، می‌بایست از ضرایب تصحیح شده استفاده نمود. همچنین، به دلیل مقدار اسپیلن کمتر از $۰,۷۵$ می‌بایست از ضریب گیسر استفاده نمود.

جدول ۷. تحلیل واریانس عاملی و اندازه‌گیری مکرر (بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر استرس فرزندپروری)

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
استرس فرزندپروری	زمان	۱,۵۷	۵۶۶,۴۵	۱۰۴,۲۳	۰,۰۱	۰,۷۸	۱,۰۰
	متغیر آزمایشی	۱	۱۱۱۶,۵۴	۱۵,۲۲	۰,۰۱	۰,۳۵	۰,۹۶
	زمان*متغیر آزمایشی	۱,۵۷	۴۰۵,۴۵	۷۴,۶۰	۰,۰۱	۰,۷۲	۱,۰۰

در متغیر استرس فرزندپروری در بررسی تفاوت‌های بین گروهی، مقدار $F: ۱۵,۲۲$ و ضریب ای‌تا^۱: $۰,۳۵$ ، می‌باشد که در سطح $P \leq ۰,۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، بین نمرات در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. ضریب ای‌تا در دامنه مطلوب قرار دارد و حاکی از اثرگذاری خوب آموزش بر متغیر وابسته است. همچنین، مقدار F به دست آمده در خصوص تفاوت میانگین‌ها در آزمونهای مختلف در سطح $P \leq ۰,۰۵$ معنی‌دار است. بنابراین، بین نمرات مربوط به استرس فرزندپروری در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

مقایسه‌های دو به دو در خصوص تفاوت درون گروهی و بین گروهی، با استفاده از آزمون بنفرونی^۲ انجام شده است که نتایج آن در ادامه آمده است.

جدول ۸. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو درون گروهی و بین گروهی)

متغیرها	مقایسه‌ها	
	تفاوت میانگینها	سطح معناداری
استرس فرزندپروری	پیش آزمون و پس آزمون	۰,۰۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	۰,۸۱

1. Partial π^2
2. Bonferroni

در استرس فرزندپروری، کاهش معناداری در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش رخ داده است، این تفاوت با در نظر گرفتن سطح $P \leq 0,01$ (سطح معناداری تصحیح شده در آزمون بنفرونی برای سطح معناداری ۰/۰۵) معنادار می‌باشد. در حالی که تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست؛ بنابراین، تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس فرزندپروری معنادار بوده و اثر آن در طول زمان حفظ شده است.

جدول ۹. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو بین گروهی در متغیرهای پژوهش)

تفاوت گروه آزمایش و کنترل		مقایسه‌ها	متغیرها
سطح معناداری	تفاوت میانگینها		
۰,۰۰۰۱	-۱۱,۲۶	تفاوتها در پس‌آزمون	استرس فرزندپروری
۰,۰۰۰۱	-۱۰,۳۳	تفاوتها در پیگیری	

تفاوت معناداری در نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های تحت آموزش و گروه کنترل، در سطح $P \leq 0,01$ (سطح معناداری تصحیح شده در آزمون بنفرونی برای سطح معناداری ۰/۰۵) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش برنامه‌تاب‌آوری به مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی، بر کاهش استرس فرزندپروری آنان مؤثر است. در راستای تبیین نتایج به دست آمده، لازم است اشاره شود که پژوهش‌ها حاکی از آن است که آموزش والدین دارای کودک مبتلا به فلج مغزی باعث افزایش روابط مثبت بین مادر و پدر و کودک می‌شود و در نتیجه سبب ارتقای بهزیستی روانی والدین خواهد شد (یلماز، ارکین و ایزکی، ۲۰۱۳). یکی از این آموزش‌های مهم، تاب‌آوری است. در اکثر موارد، مادران به دلیل درگیر شدن در مسائل مختلف مراقبتی، بهداشتی و آموزشی فرزند معلولشان، نه تنها خود را فراموش می‌کنند؛ بلکه از دیگر اعضای خانواده نیز غافل می‌شوند. آموزش تاب‌آوری به آنها کمک می‌کند تا به ویژگی‌ها و توانمندی‌های فردی خود آگاهی یابند. تاب‌آوری مادران را به توجه و تقویت عوامل درون‌فردی در

راستای برخورد سازگاران با شرایط و موقعیت‌های چالش‌برانگیز زندگی سوق داده و موجب کاهش تنش‌های آنان می‌گردد (حسینی قمی و جهان‌بخشی، ۱۴۰۰). بر اساس مطالعات انجام شده، داشتن ویژگی تاب‌آوری در مادران دارای فرزندان با اختلال فلج مغزی می‌تواند به آنها کمک کند که با استرس‌های فرزندپروری مقابله کرده و هیجان‌های مثبت را تجربه کنند. همچنین تعامل مثبت بیشتری با کودک خود داشته باشند و با رشد انعطاف‌پذیری شناختی خویش، دارای کنترل بیشتری بر وقایع باشند. این امر به نوبه خود باعث می‌شود مادران، نقش والد‌گری خویش را به خوبی ایفا کنند (آرس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). آموزش تاب‌آوری که یک فرایند پویای روان-شناختی به شمار می‌رود، در موقعیت‌های مختلف زندگی به ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تأثیر قرار داده و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، عملکرد بهتر آنها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد (مایر، ۲۰۱۱). این فرایند، سازگاری موفق با شرایط ناگوار و استرس-آور را در افراد افزایش می‌دهد. پژوهش‌های بسیاری از جمله (اسمیت و یانگ، ۲۰۱۷؛ مایر و همکاران، ۲۰۱۹) نشان داده‌اند که تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی در ارتقای بهزیستی روانی افراد و کاهش استرس آنان داشته باشد. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است افرادی که در طی زندگی در برابر دشواری‌ها و ناملایمات بیشتر تحمل داشته‌اند و در واقع، از میزان تاب‌آوری بالایی در برابر مشکلات برخوردار بوده‌اند، در مراحل بعدی زندگی بهتر می‌توانند با مشکلات کنار بیایند و از رضایت‌مندی بالاتری هم برخوردارند (اعظمی، معتمدی، دوستیان، جلالوند و فرزنانگان، ۱۳۹۱). افراد دارای سطح تاب‌آوری بالا، برای حل مسایل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند، استقامت بیشتری دارند. در نتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجان‌ات مثبت را بروز دهند، همچنین نسبت به تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت روان و بهزیستی آنها را به خطر می‌اندازد، مصون هستند (رضایی‌فرد، ۱۴۰۰).

یکی از محورهای اصلی در آموزش تاب‌آوری در پژوهش حاضر، به نقش تفکر تأکید دارد و تفکر کارآمد و تحریف نشده را به عنوان عاملی برای ارتقای تاب‌آوری در نظر می‌گیرد. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که تفکر آشفته، منفی و تحریف شده به عنوان یک علامت آسیب در

1. Arce, E.

زمینه شناختی مانع از عملکرد روزانه مطلوب می‌شود. افکار تحریف شده، توان و انگیزه فرد را برای فعالیت مطلوب کاهش می‌دهد زیرا بخش زیادی از تمرکز فرد بر روی این افکار است و توان کمتری برای انجام فعالیت صرف می‌شود (نیک‌خو و حسینی قمی، ۱۴۰۰). در شرایط بحرانی، تفکر تحریف شده باعث ایجاد تنش عاطفی می‌شود (به عنوان مثال، احساس اضطراب، نگرانی، ترس). علاوه بر این، می‌تواند منجر به انجام فعالیت‌های به اصطلاح مزاحم و آزاردهنده شود (برسler^۱، ۲۰۲۰). تحریف شناختی، تفسیری غیرواقعی و ناکارآمد از موقعیت ایجاد می‌کند و عمدتاً فرد را به سمت نشخوار حوزه مشخصی از تفکر سوق می‌دهد (برسler^۲، ۲۰۲۰). این نوع از تفکر، به طور منفی دیدگاه ما از جهان، خود و دیگران را تحریف می‌کنند. همانطور که لیدوکس^۲ (۲۰۰۳) می‌گوید، احساسات (مانند پاسخ‌های نباتی و رفتاری) محصول مکانیسم‌های مغزی پیچیده و تکاملی هستند که برای رفع نیاز طراحی شده‌اند و باعث ایجاد واکنش و رفتار مناسب در فرد می‌شوند که تا رفع نیاز ادامه می‌یابد. در فرآیند "آگاه شدن" از احساسات خود، یک فرد ممکن است خطاهای متعددی را مرتکب شود (به عنوان مثال، تحریف‌های شناختی)، زیرا احساسات نتیجه تفاسیر شناختی از موقعیت‌ها هستند، که با مفاهیم شناختی که بر بازسازی، بازنمایی ذهنی و برانگیختگی عاطفی تمرکز دارند، همسو است (نیک‌خو و حسینی قمی، ۱۴۰۰). عمدتاً تحریف‌های شناختی موجب می‌شوند که یک احساس بخصوص مثل غم، احساس شکست، ناامیدی و یا ترس، بیش از اندازه و بعضاً نابجا تجربه شود و همین امر کارکرد بهینه هیجان را از بین می‌برد، بنابراین، در جریان آموزش تاب‌آوری، لازم است که این مکانیسم به شرکت‌کنندگان آموزش داده شود، تحریف‌های شناختی آنها شناسایی شود و با آموزش و به‌کارگیری تمرین‌های بازسازی شناختی تعدیل گردد. قابل ذکر است که به دنبال بازسازی شناختی افراد، ورود به مهارت‌های تنظیم هیجان بدیهی است، زیرا مدیریت تفکر اساساً با هدف تنظیم هیجان صورت می‌گیرد و به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان، از عوامل ضروری در رشد تاب‌آوری است (توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۶).

1. Bresler, J.
2. LeDoux, J.

یکی دیگر از محورهای اساسی در آموزش تاب‌آوری به مادران شرکت‌کننده در این پژوهش، ارتقای معنوی مادران است. شواهد تجربی حاکی از ارتباط مثبت بین مذهب و تاب‌آوری در مراقبانی است که با گروه‌های مختلف بیماران کار می‌کنند. در گروهی از زنان مراقب خانواده افراد دارای ناتوانی شدید، مشارکت معنوی- مذهبی با سازگاری بهینه‌تر و توانایی بالاتر برای ایجاد ارتباط با عضو ناتوان خانواده مرتبط بود (کونینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در یک مطالعه طولی، مداخلات معنوی مبتنی بر دین و آموزه‌های معنوی توانسته است تاب‌آوری را در مراقبت والدین از کودکان مبتلا به اوتیسم تقویت کنند (پاندیا^۲، ۲۰۱۸). هیث^۳ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسید که ارزش‌های مذهبی و معنوی ذاتاً در طول بسیاری از تصمیم‌گیری‌هایی که توسط مراقبین گرفته می‌شود تأثیرگذار به نظر می‌رسد. پژوهش‌های قبلی ارتباط روشنی بین گرایش‌های معنوی و تاب‌آوری را نشان داده است. در حین مواجهه با چالش‌ها و بحران‌ها، افراد می‌توانند راه‌حل‌ها و توضیحات سازنده را در قالب حمایت‌های معنوی بیابند که آنها را قادر می‌سازد بر حوادث نامطلوب غلبه کنند. بنابراین قابل درک است که معنویت با تاب‌آوری همراه است و معمولاً به عنوان یک ویژگی فردی است که نشان‌دهنده توانایی فرد برای سازگاری مؤثر و سازگاری با شرایط چالش‌برانگیز زندگی است (مونوز، بردی و براون^۴، ۲۰۱۷). کراک، زارزیکا و تلکا^۵ (۲۰۲۱) ادعا کردند که معنویت و یا دین از طریق راهبردهای مقابله معنوی می‌تواند راه حل‌های سازنده‌ای برای مشکلات زندگی چالش‌برانگیز و استرس‌زا ارائه دهد که به طور مثبت بر تاب‌آوری تأثیر می‌گذارد.

از دیگر محورهای اساسی برنامه تاب‌آوری در پژوهش حاضر که به مادران آموزش داده شد، حمایت اجتماعی بود که به عنوان عامل مهمی در ارتقای تاب‌آوری محسوب می‌شود و لازم است مادران دارای فرزند فلج مغزی برنامه زندگی خود را بر مبنای حفظ ارتباطات صمیمی، نزدیک و دوستانه تنظیم نمایند و جلب این نوع حمایت‌ها عمدتاً در راستای تأمین نیازهای عاطفی این گروه می‌باشد. در این زمینه لازم است اشاره شود که حمایت اجتماعی می‌تواند با ارائه همدلی به

1. Koenig, H.
2. Pandya, S.
3. Hayes, A.
4. Munoz, R, Brady, S., & Brown, V.
5. Krok, D., Zarzycka, B. & Telka, E.

مادران، تاب‌آوری آنها در تحمل شرایط بیماری فرزند را افزایش دهد (جانگ، جانگ و بنگ، ۲۰۱۳). به علاوه، این عامل می‌تواند طرحواره‌های جدیدی در فرد ایجاد کند که تفسیر او از موقعیت بحرانی را تغییر دهد و این طرحواره‌های جدید و تفسیر جایگزین، منجر به مواجهه مؤثر با بحران می‌شود (احمدی و محرابی، ۱۳۹۹). برخی کارشناسان بر این باورند که دریافت حمایت اجتماعی در هر نوع و شکلی، یک متغیر پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری نیست. آنچه که در جریان حمایت اجتماعی می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد، ارائه همدلی، صمیمیت، درک متقابل و شنونده بودن است (صنایع و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین علاوه بر حمایت اجتماعی، فنون تنظیم هیجان نیز به عنوان عاملی که نقش کلیدی در تاب‌آوری دارد، در جلسات برنامه‌تآآوری به مادران آموزش داده شد. در تبیین این قسمت از یافته‌ها می‌توان گفت تنظیم هیجانی می‌تواند به کاهش پاسخ‌های هیجانی منفی و پذیرش آنها کمک کند و در نتیجه تاب‌آوری فرد در شرایط نامساعد را افزایش دهد. سازوکار تنظیم هیجانی سبب می‌گردد فرد افکار خودکار خود را شناسایی کرده و آنها را مدیریت کند. این موضوع سبب کاهش استرس فرد نیز می‌گردد (نیرومند، صیدمرادی، کاکاوند و توسلی، ۱۳۹۸). فرایندهای شناختی کمک مؤثری به ما می‌کنند تا بتوانیم مدیریت و یا تنظیم هیجان‌ات و عواطف خود را برعهده گرفته و از این طریق در مهار هیجان‌ها بعد از رویدادهای استرس آور توانمندتر شویم (گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون، ۲۰۰۱).

به طور کلی می‌توان گفت خصیصه تاب‌آوری با حفظ تعادل روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف، موجب بهبود سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانی افراد می‌گردد. از این رو، آموزش تاب‌آوری برای والدین دارای فرزند با اختلال فلج مغزی به جهت هر چه بهتر برخورد کردن آنان با کودک خود و همچنین ارتقای سطح بهداشت روانی و کاهش سطح استرس و تنیدگی آنها مؤثر است و توصیه می‌شود مدارس استثنایی و سایر افرادی که با این گروه از افراد با نیازهای ویژه کار می‌کنند آموزش‌های لازم برای این مادران را مد نظر قرار دهند.

این پژوهش فقط بر روی مادرانی که فرزند دختر با اختلال فلج مغزی از نوع پافلجی (فلج هر دو پا یا نیمه تحتانی بدن) داشتند انجام شد و آن دسته از مادرانی که فرزند پسر با اختلال فلج

1. Jeong, Y., Jeong, Y., & Bang, J.
2. Garnefski, N., Kraaij, V & Spinhoven, P.

مغزی داشتند یا فلج مغزی فرزندشان بجز مورد ذکر شده بود، مورد بررسی قرار نگرفتند. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این بررسی را علاوه بر مادران و فرزندان دختر، در بین پدران و همچنین فرزندان پسر نیز انجام دهند تا از این طریق امکان مقایسه بین هر دو جنس (پسران و دختران) و بین هر دو والد (پدران و مادران) فراهم آید. همچنین پیشنهاد می‌شود به‌طور همزمان اثربخشی این برنامه آموزشی را با سایر برنامه‌های مطرح در زمینه آموزش والدین دارای فرزندان با اختلال فلج مغزی مورد مقایسه قرار دهند. اثربخشی آموزش برنامه مداخله‌ای مورد استفاده در این پژوهش را بر روی جوامع هدف دیگر (نظیر مادرانی که فرزند با اختلال‌های رفتاری یا آسیب‌های جسمانی و حرکتی دیگری بجز فلج مغزی دارند) نیز انجام دهند و نتایج آن را با جامعه هدف پژوهش حاضر که مادران دارای فرزند با فلج مغزی از نوع پافلجی بودند مورد مقایسه قرار دهند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری خدیجه محمدی در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی به راهنمایی دکتر پریسا تجلی و مشاوره دکتر افسانه قنبری پناه است و بدینوسیله از تمامی مادرانی که با حضور در جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری و شرکت در فرایند پژوهش به اجرای بهتر آن کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

- آزادی، فاطمه و قدمی، ابوالفضل (۱۳۹۶). مقایسه مدل ارتباطی سبک‌های مقابله با استرس و رضایت از زندگی با میانجی‌گری تاب‌آوری در افراد مصروع و عادی شهر تهران. *مجله روان‌سنجی*، ۲۳ (۴)، ۸۹-۱۰۲.
- احمدی، زینب و محرابی، حسینعلی. (۱۳۹۹). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با رشد پس از سانحه: نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۵ (۹)، ۱۳-۱.
- اعظمی، یوسف؛ معتمدی، عبدالله؛ دوستیان، یونس؛ جلالوند، محمد و فرزنانگان، محسن (۱۳۹۱). نقش تاب‌آوری، معنویت و دینداری در پیش‌بینی رضایتمندی از زندگی در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲، ۲۰-۱.
- بریری، لیلا و پیرعلی، معصومه (۱۳۹۴). مقایسه تنیدگی والدگری و مهارت حل مشکل خانواده در مادران دانش-آموزان عادی و نیازهای ویژه. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۷، ۱۳۵، ۵۱-۴۳.
- بیان‌فر، فاطمه (۱۳۹۲). *لجبازی کودکان: چگونه با کودک لجباز و نافرمان خود رفتار کنیم؟*. تهران: نشر دانژه.
- تقی‌زاده، محمداحسان و میرعلائی، مرضیه‌السادات (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۷، ۱۵، ۸۲-۹۶.
- توفیقی، زهرا، آقایی، اصغر و گل‌پرور، محسن (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷، ۲۸، ۹۳-۷۱.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روان‌شناسی معاصر*، ۴، ۱۲-۳.
- حسن‌زاده، سعید (۱۳۹۱). استرس والدینی در مادران دارای فرزند ناشنوا. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۴۲، ۶۲-۵۱.
- حسینی قمی، طاهره و جهان‌بخشی، زهرا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲، ۴۶، ۲۲۸-۲۰۵.
- خلعتبری، جواد و بهاری، صونا (۱۳۸۹). ارتباط بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، ۱، ۲، ۹۴-۸۳.
- رضایی‌فرد، اکبر (۱۴۰۰). نقش تاب‌آوری و سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دانش-آموزان با اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. *فصلنامه پژوهشی روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰، ۴، ۸۵-۷۶.
- کشتکاران، طاهره. (۱۳۸۸). رابطه‌ی الگوهای ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱ (۳۹)، ۵۵-۴۳.

- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- موحدی، یزدان و پاکزاد، سجاد (۱۳۹۹). تأثیر بازی‌های ویدئویی در محیط واقعیت مجازی بر عملکرد حرکتی کودکان مبتلا به فلج مغزی. سلامت جامعه، ۱۴، ۱، ۱۰-۱.
- نیرومند، رقیه؛ صیدمرادی، کاوه؛ کاکاوند، علیرضا و توسلی، زهرا (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون تنظیم هیجان بر کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری دانشجویان. اندیشه و رفتار، ۱۴، ۵۳، ۱۶-۷.
- نیک‌خو، فاطمه و حسینی قمی، طاهره (۱۴۰۰). پیش‌بینی سلامت روان و تاب‌آوری مادران دارای فرزند آهسته - گام بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱ (۳۴)، ۱۳-۲۲.
- Altmdag, O., İçcan, A., Akcan, S., Koksall, S., Erçin, M., Ege, L. (2007). Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53, 4-22.
- Arce, E., Simmons, A.N., Stein, M.B., Winkelman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M.P. (2009). Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 286-293.
- Bresler J. (2020). Thinking about obsessional thinking: an integrative model. *Psychoanalytic Inquiry*, 40:384-94.
- Caulfield, N., Chang, D., Dollard, M.F. & Elshaug, C.A. (2004). Review of occupational stress interventions in australia. *International Journal of Stress Management*, 11, 149-166.
- Cénat, J.M., & Derivois, D. (2014). Psychometric properties of the Creole Haitian version of the ResilienceScale amongst child and adolescent survivors of the 2010earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2014) 388-395.
- Creswell, J. W., (2009), *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, Thousands Oaks, CA: Sage.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Çulhacik, G.D., Durat, G.g., Eren, N. (2020). Effects of activity groups, in which art activities are used, on resilience and related factors in families with disabled children. *Perspect. Psychiatr. Care*, 57(1):1-8.
- Deon, L.L., & Gaebler-Spira, D. (2010). Assessment and treatment of movement disorders in children with cerebral palsy. *Orthopedic Clinics*, 41(4), 507-517.
- Garnefski, N., Kraaij, V & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal of personality and individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. 2. Guilford Press.
- Jeong, Y.G., Jeong, Y.J., & Bang, J. (2013) Effect of social support on parenting stress of Korean mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Physical Therapy Science*, 25(10): 1339- 1342.

- Koenig, H.G., Nelson, B., Shaw, S.F., Saxena, S. & Cohen, H.J. (2016). Religious involvement and adaptation in female family caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3):578-583.
- Krok, D., Zarzycka, B. & Telka, E. (2021). The Religious Meaning System and Resilience in Spouse Caregivers of Cancer Patients: A Moderated Mediation Model of Hope and Affect. *J Relig Health*. 2021; 60(4): 2960-2976.
- Krstic, T., Mihic, L., Mihic, I. (2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*; 47: 135-143.
- Ladekarl, M., Olsen, N. J., Winckler, K., Brødsgaard, A., Nøhr, E. A., Heitmann, B. L., & Specht, I. O. (2021). Early Postpartum Stress, Anxiety, Depression, and Resilience Development among Danish First-Time Mothers before and during First-Wave COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11734.
- LeDoux, J.E. (2003). Emotion Circuits in the Brain. *Annu Rev Neurosci*, 23,155-84.
- Lima, M. B. S., Ramos, E. M. L. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. D. C. (2021). Paralisia Cerebral: Estresse Parental de Cuidadores. *Psico-USF*, 26, 357-368.
- Masten, A.S. (2009). Ordinary magic: lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- Meyer, E. C., Kotte, A., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Elliott, T. R., & et al. (2019). Predictors of lower-than-expected posttraumatic symptom severity in war veterans: The influence of personality, self-reported trait resilience, and psychological flexibility. *Behaviour Research and Therapy*, 113, 1-8.
- Munoz, R.T., Brady, S., Brown, V. (2017). The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*, 23(1):102-111.
- Pandya, S.P. (2018). Spirituality to build resilience in primary caregiver parents of children with autism spectrum disorders: A cross-country experiment. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(1):53-64.
- Park, E.-Y. (2021). Relationship among Gross Motor Function, Parenting Stress, Sense of Control, and Depression in Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 9285.
- PV, A. H., & Haris, F. (2018). Parental stress and coping strategies among parents of autistic children. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 9(6).
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 221, 36-46.
- Sanayeh, M., Nourian, M., Tajalli, S., Khoshnavay Fomani, F., Heidari, A., & Nasiri, M. (2021). Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *IJCBNM*, 9(4):336-345.
- Smith, K. J., Peterson, M. D., O'Connell, N. E., Victor, C., Liverani, S., Anokye, N., & Ryan, J. M. (2019). Risk of depression and anxiety in adults with cerebral palsy. *JAMA neurology*, 76(3), 294-300.
- Smith, G. D., & Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49, 90-95.
- Spielfogel, J.E., Leathers, S.J., Christian, E. & McMeel, L.S. (2011). Parent management training, relationships with agency staff, and child mental health: Urban foster parents' perspectives. *Children and Youth Services Review*, 33(4), 2366-2374.

- Viduoliene, E. (2013). Predicting the change of child's behavior problems: Socio demographic and maternal parenting stress factors. *Social Transformations in Contemporary Society*, 1, 267-276.
- Wadnerkar, M.B., Pirinen, T., Haines-Bazrafshan, R., Rodgers, J., & James, D. (2012). A single case study of a family-centred intervention with a young girl with cerebral.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (2 Edition). SAGE Publications.
- Yilmaz, H., Erkin, G., & İZKİ, A. A. (2013). Quality of life in mothers of children with Cerebral Palsy. *International Scholarly Research Notices*, 2013.





The Effectiveness of Resilience Training Program on Parenting Stress of Mothers' Female Students With Cerebral Palsy

Parisa Tajalli¹ | Afsaneh Ghanbari Panah² | Khadijeh Mohammadi³

Abstract

Cerebral palsy is one of the most common movement disorders that make family functioning difficult. One of the most common problems that parents of these children face is parenting stress. These parents, especially mothers, need psychological and social support to cope with their children's disability and reduce their stress. Therefore, the present study was conducted with the aim of teaching resilience program on parenting stress for mothers of female students with cerebral palsy. The aim of this study was to teach resilience program of the mothers of the children with cerebral palsy on their parenting stress. Statistical data of the present study are all mothers with daughters with cerebral palsy studying in the first to sixth grades formed. From this statistical population, using - elementary) 7 to 12 years (Pooyesh Exceptional School in the academic year 2020-2021. From this statistical population, 30 people were selected using the purposeful sampling method after meeting the criteria for entering the research and were randomly assigned to the experimental (15 people) and control (15 people) groups. In this research, a quasi-experimental method was used with a pre-test, post-test and follow-up test with a control group. from both groups; A pre-test was conducted to determine their resilience and parenting stress. Then the experimental group received the resilience training program during 12 sessions. After two months, the follow-up test was performed in both groups. The research tools were the parenting stress scale of Barry and Jones (1995) and the resilience scale of Connor and Davidson (2003). Analysis of the data obtained from the research was done using mixed variance analysis. The results showed that there was a significant decrease in the parenting stress variable in the post-test and follow-up of the experimental group, this difference considering the 0 level. $P \leq 0.01$ (significance level corrected in Benferroni test for significance level 0.05) is significant; Therefore, the effect of resilience training on reducing parenting stress was significant and its effect was still stable after two months.

Keywords: Mothers, Parenting Stress, Resilience, Cerebral Palsy.

DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.60.9.2

1. Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Corresponding Author: Ph.D. Candidate, Department of General Psychology and Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. M.khadije110@gmail.com