

ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی از طریق برنامه

آموزش تاب‌آوری برای مادران کودکان دارای اختلال یادگیری

خدامراد مؤمنی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۲۸

پرستو ابراهیمی^۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۱۰

سیمین حسینیان^۳

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهرستان بهشهر در سال ۹۱ انجام شد. روش تحقیق، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌ای با حجم ۵۰ نفر از میان مادرانی که در مرکز اختلال‌های یادگیری در سطح مدارس شهرستان بهشهر بودند، انتخاب شد که نیمی از آن‌ها در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده عبارت‌اند از: پرسشنامه تاب‌آوری ۲۵ سؤالی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه سلامت روان ۲۸ سؤالی گلدبرگ (۱۹۷۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی ویر و شربورن (۱۹۹۲). داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ($p < 0.01$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نشان دادند که میانگین کیفیت زندگی و سلامت روان مادرانی که تحت آموزش قرار گرفتند، از مادرانی که تحت این آموزش قرار نگرفتند، در پس‌آزمون و آزمون پیگیری بیشتر بود. نتایج نشان داد که برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، اثرگذار است و نیز برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثر معنی‌داری دارد. لذا استفاده از این برنامه برای مادران کودکان دارای اختلال یادگیری توصیه می‌شود.

کلید واژه: تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سلامت روان، اختلال یادگیری.

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی

۲- کارشناس ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه الزهرا (س) ebrahimiparastoo@gmail.com

۳- استاد گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س)

مقدمه

همه انسان‌ها از آغاز حیات خود درصدد بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی‌شان هستند، اما در دوران معاصر کیفیت زندگی به موضوع مطالعه دانشمندان تبدیل شده است. زیرا آن‌ها به این واقعیت پی برده‌اند که آینده جامعه درگرو شناسایی عواملی است که بر شرایط زندگی انسان‌ها تأثیر می‌گذارند (زاهدی، ۱۳۸۲). داشتن کیفیت زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا این آرزو به بهبود وضعیت ظاهری افراد از قبیل میزان درآمد، تحصیلات، سلامتی جسمی و مسکن محدود بود ولی اکنون به طیف‌های وسیعی از جمله متغیرهای کیفی و ذهنی توجه می‌شود. کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بُعد کمی زندگی انسان و طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی موردتوجه اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفت (مختاری، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی معمولاً به‌طور مشخص یا ضمنی با کمیت زندگی (سال‌های عمر) تضاد دارد و ممکن است رضایت‌بخش، خوشایند و بدون مزیت باشد (فریش^۱، ۱۳۹۰).

افزون بر متغیر کیفیت زندگی، یکی دیگر از متغیرها که توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، بهداشت یا سلامت روان است. در موضوع بهداشت روانی گرچه ظاهراً به مسائل درونی و غیرقابل رؤیت استناد می‌شود، اما از آنجا که روح و روان انسان با جسم او به هم وابسته و این وابستگی جدایی‌ناپذیر است، در جنبه‌های جسمانی و اجتماعی هم مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. در زدوبندهای اجتماعی، اگر بُعد بهداشت روانی به قدر کافی موردتوجه قرار نگیرد، فراوانی مسائل و مشکلات رفتاری، آنقدر رو به فزونی خواهد گذاشت که عوارض ناشی از بی‌توجهی به ابعاد مختلف آن بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی خانواده را

فرا خواهد گرفت و آثار سوء و غیرقابل‌جبران بر جا خواهد گذاشت (افضل نیا، ۱۳۸۵).

از سویی یکی دیگر از متغیرها، تاب‌آوری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نگر است. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به‌جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در سال‌های اخیر موردتوجه روان‌شناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد هستند. در این میان، تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته، به‌طوری‌که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (گارمزی و ماستن^۱، ۱۹۹۱). اگرچه تاب‌آوری تا حدودی نوعی ویژگی شخصی و تا حدودی نیز نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، ولی انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد، به‌طوری‌که آن‌ها که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط غلبه کنند (کوردیچ، هال و پیرسون^۲ ۲۰۰۵؛ کورنون^۳، ۲۰۰۷). در پژوهشی که توسط کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، انجام شد این نتیجه حاصل شد که برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین، اثرگذار است. این نتیجه با پژوهشی که شاین و سیم‌کیم^۴ (۲۰۰۴) درباره تاب‌آوری و کیفیت زندگی انجام دادند مطابقت مطابقت دارد. در این پژوهش، پژوهشگر به بررسی رابطه تاب‌آوری باکیفیت

1 - Garmezy & Masten

2 - Kordich, Hall & Pearson

3 - Corhonen

4 - Shine & simkim

زندگی و تاب‌آوری با مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌عنوان پژوهشی اکتشافی پرداخته که نشان می‌دهد افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی شود.

حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) تحقیقی باهدف تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی انجام دادند، نتایج تحقیق نشان داد بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی هم‌بستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

همچنین، مسئله ناتوانی‌های خاص یادگیری اخیراً به‌طور چشمگیری توسعه‌یافته و توجه متخصصان و دست‌اندرکاران مسائل آموزشی کودکان را بیش‌ازپیش به خود جلب نموده است. در کنار کودکان ناشنوا، نابینا و عقب‌مانده ذهنی، کودکانی هستند که بدون اینکه ناشنوا، نابینا و عقب‌مانده ذهنی باشند، کلمات را درک نمی‌کنند. این دسته از کودکان با اینکه عمدتاً از نظر هوشی در سطح طبیعی هستند، اما گروه ناهمگن و غیر یکنواختی را تشکیل می‌دهند که به‌هیچ‌وجه در قالب گروه‌بندی‌های معمول کودکان استثنایی نمی‌گنجد، ولی از نظر رشد زبان، ادراک بینایی و شنوایی و یا در یادگیری خواندن، صحبت کردن، هجی کردن، نوشتن و حساب کردن دچار اشکال هستند. به علت ناهمگن بودن این گروه از کودکان، مشکل می‌توان ناتوانی‌های خاص آنان را در یادگیری به‌وضوح توصیف نمود. در این رابطه از عناوینی همچون، «اختلال جزئی در کار مغز»، «اختلال در درک و بهره‌برداری از اطلاعات کسب‌شده»، «ناتوانی در ادراک» و نظایر آن استفاده‌شده است (افروز، ۱۳۹۰). به خاطر منابع محدود برای آموزش ویژه، رشد سریع، گوناگونی و بالا رفتن نرخ شیوع، اختلالات یادگیری موردتوجه ویژه پرورش‌کاران و قانون‌گذاران قرار گرفته است (کریمی، ۱۳۹۱). ناتوانی‌های یادگیری دانش‌آموزان بر سازگاری خانواده‌های آن‌ها ضربات مخربی وارد می‌کند و مطالعات مختلف نشان می‌دهد خانواده‌هایی که فرزند آن‌ها به اختلال یادگیری دچار است، نسبت به والدین عادی مشکلات سازشی بیشتری دارند. مطالعات نشان می‌دهد پدر و مادر کودکان

مشکل دار، محدودیت‌هایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (کوین و پا اول، ۱۹۸۵؛ روآچ، آرموند و بارات، ۱۹۹۹؛ والتین، درمات و اندرسون^۱، ۱۹۹۸).

طبق نظر مک‌کالا، برایجستوک، دونادسون و کالرا^۲ (۲۰۰۵)، آموزش‌هایی که به عضو مراقب درزمینه کاهش فشار روانی داده می‌شود، می‌تواند کیفیت زندگی او را افزایش دهد. از آنجا که افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی شود (شاین و سین کیم، ۲۰۰۴) مادرانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند، در کیفیت زندگی نیز می‌توانند نمرات بهتری به دست آورند. این افراد بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی کنار بیایند و زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. این مادران در روابط خانوادگی احساس امنیت می‌کنند و از پیشرفت‌هایی که فرزند مبتلا به اختلال یادگیری آن‌ها دارد، راضی هستند و تلاش برای یادگیری و سازگاری با دنیای خارج نیز در فرزندان مادران دارای تاب‌آوری بالا بیشتر است که به دنبال آن کیفیت زندگی مطلوب‌تری خواهند داشت. ولف^۳ (۲۰۰۱)، درزمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌دهد، مانند توان اجتماعی، توانایی حل مسئله، خودگردانی، احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد.

داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر عقاید، باورها، افکار و احساسات مادران این کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد تا جایی که مادران چنین کودکانی، احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ‌کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان تاب‌آوری و رفتار سرسختانه مادران این دانش‌آموزان، تأثیر منفی می‌گذارد. مادران

1 - Quin & Paul. Roach, Ormond & Barratt. Valentine, Mcdermat & Anderson

2 - Mccallah, Brigstocke, Donaldson & Kalra

3 - Wolf

کودکان دارای اختلال یادگیری به دلیل مشکلات عمده‌ای که فرزندانشان در امر فراگیری، به‌کارگیری توانایی گوش دادن، صحبت کردن و غیره دارند، ممکن است توانایی لازم برای تحمل شرایط را نداشته باشند و کیفیت زندگی‌شان از سطح بالایی برخوردار نباشد. این امر آرامش روانی والدین را به هم می‌زند و سبب افت و پایین آمدن سلامت روان آن‌ها می‌شود و اغلب واکنش‌های رایج این والدین در قبال کودک خود، طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود. از این رو محقق به دنبال پاسخگویی به این سؤالات است: آیا آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثرگذار است؟ و آیا آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثرگذار است؟

روش تحقیق

طرح تحقیق از نوع آزمایشی است. جامعه مورد پژوهش شامل مادران کودکان دارای اختلال یادگیری در سطح مدارس شهرستان بهشهر در سال ۹۱ است. معیارهای ورود به طرح شامل جنسیت که زن است، محل سکونت که شهرستان بهشهر است، داشتن کودک مبتلا به اختلال یادگیری در مقطع اول تا پنجم دبستان، نداشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش تاب‌آوری. معیارهای خروج از طرح برای گروه آزمایش که شامل: عدم حضور در جلسات، بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، به وجود آمدن مشکلات شخصی یا بیماری و غیره. معیارهای خروج از طرح برای گروه کنترل: عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، به وجود آمدن مشکلات شخصی یا بیماری و...

این پژوهش با همکاری مرکز اختلالات یادگیری وابسته به آموزش و پرورش شهرستان بهشهر انجام شده است. تعداد کودکان دارای اختلال یادگیری در این

مرکز و در سطح مدارس شهرستان بهشهر، ۱۳۰ نفر بود که در مقطع اول تا پنجم دبستان درس می‌خواندند. از مادران آن‌ها برای همکاری دعوت به عمل آمد. از مادران کودکان دارای اختلال یادگیری پرسشنامه تاب‌آوری گرفته شد و ۶۰ نفر از مادرانی که تاب‌آوری پایین‌تری داشتند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگذاری شدند (که گروه آزمایش به علت ریزش به ۲۵ نفر تقلیل یافت). این افراد در پیش‌آزمون به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. سپس آموزش تاب‌آوری به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی برای گروه آزمایش اجرا شد. بعد هر دو گروه کنترل و آزمایش بار دیگر در پس‌آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی را پر کردند و تأثیر آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری بررسی شد. بعد از گذشت یک ماه نیز آزمون پیگیری برگزار شد. در پژوهش حاضر از ابزارهای مختلف جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد که عبارت‌اند از:

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)^۱: این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. محمدی (۱۳۸۴)، این مقیاس را در ایران هنجاریابی کرده است. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل است. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و درخطر) احراز شده است. سپس برای احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. پایایی

مقیاس، ۰/۹۳ حاصل شد که کاملاً منطبق با پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بود. نتایج حاضر با یافته‌های دیگر تحقیقاتی که روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نمودند هم‌خوانی دارد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶؛ محمدی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، یک پرسشنامه خودگزارشی است که توسط ویر و شربورن^۱ (۱۹۹۲) ساخته شد. این پرسشنامه پس از اعمال تغییرات لازم، در مطالعه‌ای جمعیتی در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر به کار رفت. روایی و پایایی پرسشنامه را برای اولین بار در ایران، منتظری و همکاران بر روی ۴۱۶۳ نفر ارزیابی کردند. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری «هم‌خوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته‌شده» و «روایی هم‌گرایی» مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون آماری «مقایسه گروه‌های شناخته‌شده» نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است. ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۰ بود نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سطح جمعیتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

پرسشنامه سلامت روان: متن اصلی این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۲ (۱۹۷۲) ساخته شد. نسخه ۲۸ سؤالی پرسشنامه واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته‌شده است. روایی هم‌زمان ۰/۶۰ و ضریب اعتبار ۰/۷۲ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰). این پرسشنامه دارای چهار

1 - Ware & Sherbourne
2 - Goldberg

زیرمقیاس است که هر مقیاس هفت پرسش دارد. نمرات فرد در تمام زیرمقیاس‌ها می‌تواند در دامنه‌ای بین ۱۴ تا ۲۱ قرار گیرد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزار پژوهشی معتبری در پژوهش‌ها، باهدف ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت، مورد استفاده قرار می‌گیرد (دانش، ۱۳۸۹). با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۲۸^۱ سؤالی محاسبه شد که ۰/۹۱ بود. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، ۰/۶۹، اضطراب، ۰/۷۹، اختلال در عملکرد اجتماعی، ۰/۶۸، افسردگی، ۰/۸۱ و برای کل مقیاس، ۰/۸۷ محاسبه شد.

برنامه آموزشی: مداخله این پژوهش، آموزش تاب‌آوری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت نگر به منظور ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری است. برنامه آموزش تاب‌آوری در ۸ جلسه رسمی نود دقیقه‌ای تشکیل شد. این برنامه برگرفته از (سلیگمن، ۱۳۹۱؛ فریش، ۱۳۹۰) است.

رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به‌جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد هستند. در این میان، تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به‌طوری‌که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۱؛ به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶).

روان‌شناسی مثبت‌نگر با کمک به افراد برای اینکه به توانایی‌های مهم خود پی ببرند، درمان کامل‌تری را که به رشد کمک می‌کند، نوید می‌دهد. هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر این است که افراد و جوامع، مسئولیت، انعطاف‌پذیری، عدالت، خوش‌بینی و سایر توانمندی‌های نهادی را پرورش دهند. این موضوع ده‌ها فعالیت را شامل می‌شود که به افراد و جوامع کمک می‌کنند که فقط تحمل نکنند بلکه شکوفا نیز بشوند (پروچاسکا، ۱۳۸۸). هسته مرکزی مفهوم تاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که فطرتی زیست‌شناختی برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد که به‌طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود (رحیمیان و اصغر نژاد، ۱۳۸۷).

در واقع در برنامه آموزش تاب‌آوری، مجری نقش الگوی فرد تاب‌آور را ایفا می‌کند و با صبر و بردباری شرکت‌کنندگان را به سمت اهداف از پیش تعیین‌شده پیش می‌برد. همچنین در مورد قوانین شرکت در پژوهش از قبیل رازداری، صداقت و رعایت نظم به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و روند کلی و اهداف پژوهش برای آن‌ها توجیه شد. محتوای هر جلسه متشکل از: ۱ - واریسی تکالیف جلسه قبل، ۲ - آموزش مستقیم به روش سخنرانی، ۳ - نوشتن نکات مهم بر روی تخته‌سیاه و تشویق به یادداشت‌برداری شرکت‌کنندگان از نکات مهم، ۴ - بحث گروهی، ۵ - چالش فکری، ۶ - جمع‌بندی جلسه بود. روش‌هایی همچون بارش فکری و بررسی سود و زیان در طول جلسات مورداستفاده قرار گرفت.

محتوای جلسات آموزشی

جلسه اول: افزایش هیجان مثبت برای رسیدن به شادی اصیل. در این جلسه به آموزش سه نوع هیجان مثبت که شامل گذشته، حال و آینده است، پرداخته شد. این هیجان‌ات به دو بخش لذت‌ها و خشنودی‌ها تقسیم می‌شود.

جلسه دوم: به‌کارگرفتن قابلیت‌های اختصاصی در حوزه‌های مهم زندگی. در این جلسه استفاده از قابلیت‌ها و فضیلت‌ها در حوزه‌های مهم زندگی، کار، عشق و فرزند پروری و یافتن معنا پرداخته شد.

جلسه سوم: آموزش اصول شادمانی به‌منظور افزایش رضایت‌مندی از زندگی. در این جلسه به آموزش اصول شادمانی مانند پذیرش و علاقه به جسم خویش، سود بانکی، یافتن رفیق و ثبات شخصیت برای افزایش رضایت از زندگی پرداخته شد.

جلسه چهارم: ادامه آموزش اصول شادمانی: شامل توجه به نقاط مثبت خویش، همدلی یا درک همه بر اساس بخشودگی آن‌ها و اصل اعتماد پرداخته شد.

جلسه پنجم: آموزش مداخله‌هایی در زمینه افزایش شادکامی: مداخله‌هایی چون اهداف و ارزش‌ها و زندگی معنوی، احترام به خویشتن، مراحل بهبود روابط و فواید کار و اشتغال پرداخته شد.

جلسه ششم: ادامه آموزش مداخله‌هایی در زمینه افزایش شادکامی: که شامل مهربان و خوش‌قلب بودن، من از هیچ انسانی بیزار نیستم است.

جلسه هفتم: ادامه آموزش مداخله‌هایی در مورد شادکامی: شامل تنظیم برنامه کمک و یاری‌رسانی، آموزش و تمرین خلاقیت و اصول تنظیم و کنترل وقت است.

جلسه هشتم: آموزش فرمول شادی مارتین سلیگمن و مرور مطالب.

یافته‌ها

در ابتدا آماره‌های توصیفی مربوط به تحصیلات مادران، نوع اختلال یادگیری فرزند و سن مادران ارائه می‌شود. سپس به فرضیه‌های پژوهش برحسب جداول آمار توصیفی و استنباطی پاسخ داده می‌شود. در پژوهش حاضر، ۱۴ نفر (معادل ۵۶ درصد)، از افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۱ نفر (معادل ۴۴ درصد)، تحصیلات دانشگاهی نداشتند. در گروه آزمایش، ۱۷ نفر (معادل ۶۸ درصد) از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۸ نفر (معادل ۳۲ درصد)،

تحصیلات دانشگاهی نداشتند. برحسب نوع اختلال یادگیری، در گروه کنترل، ۱۱ نفر (معادل ۴۴ درصد)، از مادران دارای کودک مبتلابه اختلال خواندن و نوشتن، ۶ نفر (معادل ۲۴ درصد)، اختلال بیش‌فعالی و ۸ نفر (معادل ۳۲ درصد)، اختلال ریاضی بودند. در گروه آزمایش نیز، ۱۷ نفر (معادل ۶۸ درصد)، از مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال خواندن و نوشتن، ۵ نفر (معادل ۲۴ درصد)، اختلال بیش‌فعالی و ۳ نفر (معادل ۱۲ درصد)، اختلال ریاضی بودند. همچنین، ۷ نفر از افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه، در محدوده سنی ۳۰ - ۲۵ سال (معادل ۱۴ درصد)، قرار داشتند، ۱۰ نفر در محدوده سنی ۳۵ - ۳۱ سال (معادل ۲۰ درصد)، ۲۰ نفر در محدوده سنی ۴۰ - ۳۶ سال (معادل ۴۰ درصد) و ۱۳ نفر در محدوده سنی ۴۵ - ۴۱ سال (معادل ۲۶ درصد)، قرار داشتند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی تاب‌آوری و کیفیت زندگی و سلامت روان آزمودنی‌های گروه

کنترل و آزمایش

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه	زمان آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری		کنترل	پیش‌آزمون	۲۵	۵۶/۰۱	۸/۱۴
			پس‌آزمون	۲۵	۵۶/۴۲	۸/۲۳
		آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵	۵۵/۸۱	۹/۰۱
			پس‌آزمون	۲۵	۷۱	۱۰/۵۶
کیفیت زندگی		کنترل	پیش‌آزمون	۲۵	۱۴۰۰	۱۴/۶۸
			پس‌آزمون	۲۵	۱۴۴۰	۱۴/۳۵
		آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵	۱۳۴۰	۱۶/۱۱
			پس‌آزمون	۲۵	۱۵۰۰	۱۶/۹۸
سلامت روان		کنترل	پیش‌آزمون	۲۵	۱۸	۳/۸
			پس‌آزمون	۲۵	۱۷	۳/۱۱
		آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵	۱۹	۴/۰۱
			پس‌آزمون	۲۵	۱۰	۲/۹۷

فرضیه اول: آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر دارد.

جدول ۲: جدول خلاصه آنکوا برای اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری با کنترل متغیر کیفیت زندگی پیش‌آزمون

سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری متغیرها
	۱۰/۱۸	۱	۵۰۲/۲۲	۵۰۲/۲۲	همپراش (کیفیت زندگی پیش از آموزش تاب‌آوری)
۰/۰۰۰	۲۵/۲**	۱	۵۶۷/۳۸	۵۶۷/۳۸	آموزش تاب‌آوری
		۳۵	۱۰۷/۶۳	۱۲/۰۹	خطای باقی‌مانده

** در سطح یک درصد معنی‌دار است

با توجه به جدول ۲ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس می‌توان فرضیه شماره یک را میزان اطمینان $P=0/99$ مورد تأیید قرار داد.

فرضیه دوم: آموزش تاب‌آوری برافزایش سلامت روان مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر دارد.

جدول ۳: جدول خلاصه آنکوا برای اثربخشی آموزش تاب‌آوری برافزایش سلامت روان مادران دارای کودکان اختلال یادگیری با کنترل متغیر کیفیت زندگی پیش‌آزمون

سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری متغیرها
	۶/۱۸	۱	۹/۱۳	۹/۱۳	همپراش (سلامت روان پیش از آموزش تاب‌آوری)
۰/۰۰۰	۱۹/۲**	۱	۱۴/۷	۱۴/۷	آموزش تاب‌آوری
		۳۵	۷/۱۲	۶/۰۹	خطای باقی‌مانده

** در سطح یک درصد معنی‌دار است

با توجه به جدول ۳ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس می‌توان فرضیه شماره دو را با میزان اطمینان $P=0/99$ مورد تأیید قرارداد. به‌منظور بررسی این نکته که نتایج به‌دست‌آمده باگذشت زمان پایدار است یا خیر، بعد از یک ماه از گذشت آموزش تاب‌آوری، آزمون پیگیری به عمل آمد. برای بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بعد از گذشت یک ماه از روش کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه آنکوا برای اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای کودکان اختلال یادگیری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری متغیرها	زمان آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۱۴۷۰	۱۵/۶۷	۵۶۷/۳۸	۵۶۷/۳۸	۱	۲۵/۲	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱۴۶۵	۱۶/۳	۵۳۹/۴	۵۳۹/۴	۱	۲۳/۷	۰/۰۰۰
سلامت روان	پس‌آزمون	۱۳/۵	۳/۰۴	۱۴/۷	۱۴/۷	۱	۱۹/۲	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱۴	۴/۱	۱۳/۱۶	۱۳/۱۶	۱	۱۷/۸۷	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۴ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری برافزایش سلامت روان آزمودنی‌ها باگذشت زمان ثابت باقی می‌ماند؛ یعنی باگذشت زمان نتایج یکسان است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری با ۹۹ درصد اطمینان مؤثر است و یافته‌ها حاکی از پایداری این نتایج در پیگیری یک‌ماهه است. برای بررسی فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا به تبیین ماهیت متغیرهای

موردبررسی در پژوهش یعنی تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سلامت روان و اختلال یادگیری پرداخته و سپس به تحقیقات انجام‌شده در این زمینه و نتیجه‌گیری می‌پردازیم.

تاب‌آوری یکی از بنیادی‌ترین سازه‌های موردپژوهش در روان‌شناسی مثبت‌نگر است. مفهوم تاب‌آوری از علوم طبیعی وارد ادبیات روان‌شناسی شده است (میلر^۱ و دیگران، ۲۰۱۰)، در تعریف دیگری از رزنیک^۲ (۲۰۱۰)، تاب‌آوری به ظرفیت بازگشت از چالش‌های اجتماعی، مالی و یا احساسی به تعادل مجدد اطلاق شده است و بیانگر توانایی فرد جهت سازش یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب و عوامل درهم‌تنیده زندگی است. به‌عبارت‌دیگر، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط نامطلوب است (نقل از قاسم و چاری، ۱۳۹۱). تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از آن‌ها در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (ایزدیان، ۲۰۱۰). از سوی دیگر تاب‌آوری نه‌فقط افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن است. تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملايمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند بدون اینکه آسیب ببینند و حتی از این موقعیت‌ها به‌عنوان فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود استفاده می‌کنند (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۱).

افزون بر شناخت ویژگی‌های رفتاری تاب‌آوری، متغیر دیگر کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی امروزه در بین تمامی اقشار انسانی در شکل‌های متفاوت و مختلف تسری یافته است. این پدیده را باارزش‌های مثبتی مانند شادی، موفقیت، سلامتی و

رضایت‌مندی مرتبط دانسته‌اند و آن را مفهومی معرفی نموده‌اند که بر درک افراد از اثراتی که حوادث و یا تجربیات بر زندگی‌شان می‌گذارند بناشده است این پدیده میزان رضایت‌مندی فردی در حوزه‌های اساسی زندگی افراد یا در ابعادی که برای آن‌ها تصور می‌شود را نشان می‌دهد (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

متغیر دیگر که توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است سلامت روان است. به طور کلی بهداشت یا سلامت روان عبارت است از: «سازگاری فرد با خود و محیط و استفاده به‌هنجار و موفقیت‌آمیز از تمامی امکانات، توانایی‌ها و قابلیت‌های خویش در طول دوران زندگی»؛ بنابراین هنجار بودن آن، بدون مقایسه با اجتماع افراد یا ملاک‌های مقایسه‌ای در باورهای دینی و اخلاقی، سنتی و مردمی، قانونی و رسمی ما تنها ملاک سلامت و سازگاری قرار می‌گیرد (نوابی نژاد، ۱۳۸۱ نقل از افضل‌نیا، ۱۳۸۵).

از سوی دیگر رهبران انجمن کودکان دارای اختلالات یادگیری (که در حال حاضر نام آن انجمن اختلالات یادگیری آمریکا است) در سال ۱۹۸۶ تعریف خودشان از اختلالات یادگیری را به‌صورت زیر ارائه کردند: اختلالات یادگیری خاص یک حالت مزمن دارای ریشه‌های عصب‌شناختی است که به صورتی انتخابی در رشد، یکپارچه‌سازی و به‌ظهور رساندن توانایی‌های کلامی یا غیرکلامی اختلال ایجاد می‌کند (کریمی، ۱۳۹۱). به‌خاطر منابع محدود برای آموزش ویژه، رشد سریع، گوناگونی و بالا رفتن نرخ شیوع، اختلالات یادگیری مورد توجه ویژه پرورش‌کاران و قانون‌گذاران قرار گرفته است (کریمی، ۱۳۹۱).

بر اساس فرضیه اول برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با بیشتر پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده مانند پژوهش کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، حق‌رنجبر و همکاران (۱۳۹۰)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، حسینی قمی و

سلیمی (۱۳۹۰)، پور سردار و همکاران (۱۳۹۱)، صیدی و همکاران (۱۳۹۰)، خلعتبری و بهاری (۱۳۸۹)، شهرکی پور و همکاران (۱۳۸۸)، گارباسکی^۱ (۲۰۱۱)، سالن و موری (۲۰۱۱)، بنزیس و مکژیک^۲ (۲۰۰۸)، آنگ^۳ و همکاران (۲۰۰۶)، شاین و سیم کیم (۲۰۰۴)، هم‌خوانی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثر معنی‌دار دارد، با توجه به اینکه توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملايمات زندگی نه تنها جان سالم به دربرد (بونانو، ۲۰۰۴)، بلکه بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرآیندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به‌طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند. به طور کلی به مفهوم پیامدهای مثبت، به‌رغم تجربه‌های ناگوار، ناملايمات، عملکرد مثبت و مؤثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه مهم است (ماستن و همکاران، ۲۰۰۱؛ نقل از قاسم و چاری، ۱۳۹۱).

والدین دارای فرزند ناتوان در یادگیری، هرچه تاب‌آوری بالاتری داشته باشند، توان عملکرد مثبت آن‌ها در شرایط ناگوار بالا می‌رود و می‌توانند در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزند مبتلا به اختلال یادگیری، مقاوم‌تر باشند که کیفیت زندگی هم در این وضعیت بالاتر خواهد رفت. از آنجاکه تاب‌آوری فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها و مشکلات و چالش‌ها سازگار شود، بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، به نظر می‌رسد در صورتی که بتوان تاب‌آوری مادران فرزندان دارای اختلال یادگیری را بالا برد، می‌توان باعث افزایش کیفیت زندگی آنان نیز شد. برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای کنار آمدن و

1 - Garbowski
2 - Benzies&mychasiuk
3 - ong

سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شوند که از این راه آن‌ها می‌توانند کیفیت زندگی را افزایش دهند.

نتایج تحقیق بنزیس و مکیزیک (۲۰۰۸)، نشان داد که تاب‌آوری علاوه بر اینکه انسجام مجدد و کارکرد مطلوب به دنبال حوادث و چالش‌های استرس‌زای زندگی است، یک فرآیند تعاملی بین فرد، خانواده و اجتماع است. تکرار پژوهش‌هایی از این نوع بی‌ثمر نیست. در این راستا پژوهش حاضر باهدف ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری را می‌سنجد. پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده‌شده در این پژوهش دارای ۸ زیرمقیاس است که شامل سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد روانی، احساس سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و درد جسمی یا بدنی است که در مجموع بعد فیزیکی و روانی فرد را می‌سنجد، در این پژوهش نمره کلی فرد، موردنظر بوده است. بر اساس تعریف سیف‌الدینی (۱۳۸۱)، کیفیت زندگی، دربرگیرنده شاخص‌های ذهنی همچون رضایت و شادمانی و شاخص‌های عینی همچون فرصت‌های اجتماعی، امیدهای اشتغال و اوقات فراغت است. در برنامه آموزش تاب‌آوری استفاده‌شده در پژوهش حاضر نیز به این موارد ذهنی و عینی (فیزیکی و روانی) پرداخته شده است.

بر اساس فرضیه دوم آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری اثر دارد. نتایج پژوهش حاضر با بیشتر پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده مانند پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، پورسردار و همکاران (۱۳۹۱)، میرزایی و همکاران (۱۳۹۱)، میکائیلی منیع (۱۳۸۷)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۵)، تام^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، منیکس و مارگارت^۲ (۲۰۱۱)، تالی

1 - Tam

2 - Mannix & Margaret

(۲۰۰۲) و ولف (۲۰۰۰)، هم‌خوانی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر است. تالی (۲۰۰۲)، در پژوهشی که به بررسی تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در مادران واجد کودکان ناتوان در یادگیری و معلولیت جسمی پرداخته بودند، نتیجه گرفت که مادران این کودکان، نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند. چون پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی را تجربه می‌کنند و برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود تلاش می‌کنند (نقل از میکائیلی، گنجی و جویباری، ۱۳۹۱). میکائیلی منبع (۱۳۸۷)، در پژوهش خود آورده است که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بالاتری دارند.

خانواده‌های دارای کودکان ناتوان در یادگیری با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند و در حین رشد و تحصیل کودک خود دچار مشکلات متعددی در مورد آموزش فرزند خود در مدرسه می‌شوند که این امر سبب می‌شود آن‌ها از نظر روانی، دچار احساس عذاب وجدان شوند که همین موضوع آرامش روانی والدین را به هم می‌زند و سبب افت و پایین آمدن سلامت روان در آن‌ها می‌گردد. اغلب واکنش‌های رایج این والدین در قبال کودک خود، طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود (معمدین، سهرابی، فتحی آذر و ملکی، ۱۳۸۷). سلامت روانی افرادی که تحت تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند به خطر می‌افتد؛ بنابراین تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن این عوامل سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند (بشارت، ۲۰۰۷). به بیان دیگر نخستین اثر ارتقای توانمندی فرد در زمینه تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش سلامت روان و در نتیجه افزایش میزان رضایت‌مندی از زندگی خواهد بود (میکائیلی و همکاران،

(۱۳۹۱). تکرار پژوهش‌هایی از این نوع بی‌ثمر نیست، در این راستا پژوهش حاضر باهدف ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری را می‌سنجد. پرسشنامه سلامت روان استفاده‌شده در پژوهش حاضر، دارای ۴ زیرمقیاس است که شامل نشانه‌های بدنی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم اختصاصی افسردگی است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸، سلامت روان عبارت است از تندرستی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی که در سال‌های اخیر با گنجاندن توانایی داشتن "یک زندگی مثر ثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی" این تعریف را غنی نموده است. در برنامه آموزش تاب‌آوری استفاده‌شده در پژوهش حاضر نیز به این موارد فیزیکی، روانی و اجتماعی پرداخته‌شده است. در این پژوهش، پژوهشگر به آموزش تاب‌آوری برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری پرداخته است، با این امید که در جهت توجه به سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر در خانواده‌های آن‌ها، به‌خصوص مادران، اقدامی انجام شود؛ بنابراین آموزش تاب‌آوری به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان برای گروه مادران کودکان دارای اختلال یادگیری توصیه می‌شود.

تفاوت پژوهش حاضر با پژوهش‌های ذکرشده در این است که آموزش تاب‌آوری به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان برای گروه مادرانی که فرزند مبتلابه اختلال یادگیری دارند با توجه به پیشینه پژوهش حاضر، انجام نشده است. پژوهش‌هایی که در مورد والدین یا مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال یادگیری انجام‌شده است، آزمایشی نبوده‌اند و فقط به رابطه بین متغیرها پرداخته‌اند، پژوهش‌های آزمایشی نیز بر روی والدین یا مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است. در مجموع برنامه آموزش تاب‌آوری می‌تواند بر ارتقای کیفیت

زندگی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر باشد. این اثربخشی می‌تواند به دلیل افزایش آگاهی در مورد قابلیت‌ها و توانمندی‌ها و استفاده از قابلیت‌های اختصاصی برای به دست آوردن خشنودی در حوزه‌های اصلی زندگی یعنی کار، عشق، فرزند پروری و یافتن معنا، همچنین آشنایی با اصول شادمانی و توجه به نقاط مثبت خویش، افزایش مسئولیت‌پذیری، احساس ارزشمندی، همدلی، انعطاف‌پذیری، عدالت، علاقه به جسم خویش و ورزش، معاشرت، خوش‌بینی و پرورش توانمندی‌های نهادی باشد، این فعالیت‌ها به افراد و جوامع کمک می‌کند که فقط تحمل نکنند، بلکه شکوفا نیز بشوند. نظریه تاب‌آوری می‌گوید: انسان اسیر ضعف‌های انسانی تغییرناپذیر نیست، بلکه دارای توانایی‌های بالقوه نامحدودی است. بنابراین تاب‌آوری علاوه بر اینکه انسجام مجدد و کارکرد مطلوب به دنبال حوادث و چالش‌های استرس‌زای زندگی است، یک فرآیند تعاملی بین فرد، خانواده و اجتماع است. در واقع تفاوت برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری، بالا بردن سطح شناخت و آگاهی است، بنابراین با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش در پژوهش حاضر و یافته‌های حاصل از آن، انجام پژوهش‌هایی نظیر پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

در تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل نمود زیرا جامعه این پژوهش، مادران دارای فرزندان اختلال یادگیری شهرستان بهشهر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در این زمینه با انتخاب جامعه آماری مادران دارای فرزندان عادی نیز تحقیق انجام شود. همچنین، انجام تحقیق در زمینه این اختلال با حجم نمونه وسیع‌تر و نیز پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر آموزش تاب‌آوری بر اختلالات یادگیری (خواندن و نوشتن، ریاضی و بیش‌فعالی) به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تعدد مقاطع و پایه‌های تحصیلی، تحقیقات جداگانه‌ای با هر کدام از مقاطع و پایه‌های تحصیلی انجام شود و نتایج باهم مقایسه گردد. با توجه

به احتمال تأثیرپذیری کیفیت زندگی از زمینه‌ها و شرایط اقتصادی و فرهنگی مختلف، بهتر است پژوهش‌های متعددی در این زمینه با جوامع آماری مختلف انجام شود. انجام تحقیق در این زمینه با انتخاب جامعه آماری والدین (نه تنها مادر) دارای فرزند مبتلابه اختلال یادگیری و نیز متغیر تاب‌آوری علاوه بر کیفیت زندگی و سلامت روان بر روی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری مورد پژوهش قرار گیرد.

منابع

- ۱- افروز، غلامعلی (۱۳۹۰). **مقدمه‌ای بر روان‌شناسی آموزش و پرورش کودکان استثنایی**. چاپ بیست و هشتم. تهران: موسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- ۲- افضل نیا، محمدرضا (۱۳۸۵). **بهداشت روانی خانواده**. تهران: نسل نو اندیش.
- ۳- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). بررسی رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روان در ورزشکاران. **فصلنامه روان‌شناسی معاصر**. ۳(۲).
- ۴- پروچاسکا، جیمز؛ ا و نورکراس، جان. سی (۱۳۸۷). **نظام‌های روان‌درمانی**. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- ۵- پورسردار، فیض اله؛ عباسپور، ذبیح اله؛ عبدی زرین، سهراب؛ سنگری، علی اکبر (۱۳۹۱). تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روان و رضایت از زندگی. **فصلنامه یافته**. صص ۵۱، ۸۱.
- ۶- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. **مجله روان‌شناسی**. ۵(۴): ۳۹۸ - ۳۸۱.
- ۷- جواهری، فاطمه؛ سراج زاده، سید حسین؛ رحمانی، ریتا (۱۳۸۹). تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان (مطالعه موردی: زنان شاغل در وزارت جهاد کشاورزی). **فصلنامه زن در توسعه و سیاست**. ۸(۲): ۱۶۲ - ۱۴۳.
- ۸- حسینی قمی، طاهره؛ سلیمی بچستانی، حسین (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلابه بیماری. **روان‌شناسی و دین**. ۴(۳).
- ۹- حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا؛ برجعلی، احمد؛ برماس، حامد (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. **فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی**. (۱)۱.

- ۱۰- خلعتبری، جواد؛ بهاری، صونا (۱۳۸۹). ارتباط بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی. **فصلنامه روان‌شناسی تربیتی**. ۱(۲): ۹۴ - ۸۳.
- ۱۱- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. **مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران**: ۷۰-۶۲.
- ۱۲- زاهدی، محمدجواد (۱۳۸۲). **توسعه و کیفیت**. تهران: نشر مازیار.
- ۱۳- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی. **مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران**: ۵۰.
- ۱۴- سلیگمن، مارتین (۱۳۹۱). **شادمانی درونی**. ترجمه مصطفی تبریزی، رامین کریمی و علی نیلوفری. چاپ دوم. تهران: نشر دانژه.
- ۱۵- سیف‌الدینی، فرانک (۱۳۸۱). **فرهنگ واژگان برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای**. چاپ دوم. دانشگاه شیراز.
- ۱۶- شهرکی پور، حسن؛ کریم زاده، صمد؛ کرامتی، مهین (۱۳۸۸). بررسی اثر آموزش زندگی خانوادگی در کاهش تنیدگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری در خواندن و نوشتن. **فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی**. ۱۵: ۶۲ - ۴۷.
- ۱۷- صیدی، محمد سجاد؛ پور ابراهیم، تقی؛ باقریان، فاطمه؛ منصور، لادن (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده با تاب‌آوری، باواسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده. **فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی**. ۲(۵): ۶۷.
- ۱۸- غفاری، غلامرضا؛ امیدی، رضا (۱۳۸۸). **کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی**. چاپ اول. تهران: نشر شیرازه.
- ۱۹- فریش، مایکل بی (۱۳۹۰). **روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (جلد اول و دوم)**. ترجمه: اکرم خمسه. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۲۰- قاسم، مرضیه؛ چاری، مسعود حسین (۱۳۹۱). تاب‌آوری روان‌شناختی و انگیزش درونی، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. **فصلنامه روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی**. ۹(۳۳).
- ۲۱- کاوه، منیژه؛ علیزاده، حمید؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی. **فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی**. ۱۱(۲): ۱۴۰ - ۱۱۹.
- ۲۲- کریمی، یوسف (۱۳۹۱). **اختلالات یادگیری**. چاپ هشتم. تهران: نشر ساوالان.

- ۲۳- مؤمنی، خدامراد؛ کرمی، جهانگیر؛ شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. **ماهنامه علوم پزشکی کرمانشاه**. ۱۶(۸): ۶۳۴ - ۶۲۶.
- ۲۴- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد، (رساله دکتری). دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ۲۵- مختاری، مرضیه (۱۳۸۹). **جامعه‌شناسی کیفیت زندگی**. تهران: نشر نی.
- ۲۶- معتمدین، مختار؛ سهرابی، فریبا؛ فتحی آذر، اسکندر؛ ملکی، صادق (۱۳۸۷). مقایسه بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی. **مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)**. ۳۵: ۱۵ - ۱۲.
- ۲۷- میرزایی، مرضیه؛ اقلیما، مصطفی؛ راهب، غنچه؛ عرشی، ملیحه (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی به‌کارگیری روش توسعه مددکاری گروهی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی سلامت عمومی سالمندان فرهنگ‌سرای سالمند تهران. **مجله سالمندی ایران**. ۷(۲۶).
- ۲۸- میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی با دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی و عادی، اثر سبک‌های مقابله‌ای. **فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی**. ۱(۲۷): ۶۸ - ۵۳.
- ۲۹- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین دارای کودکان ناتوانی یادگیری و عادی. **مجله ناتوانی‌های یادگیری**. ۲(۱): ۱۳۷ - ۱۲۰.
- ۳۰- نریمانی، محمد؛ آقا محمدیان، حمیدرضا؛ رجبی، سوران (۱۳۸۵). مقایسه سلامت روان مادران کودکان استثنایی و عادی. **فصلنامه اصول بهداشت روان**. ۱۵: ۲۴ - ۹.
- ۳۱- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۷۶). **مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی**. تهران: انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.

- 1 - Benzies, K. & Mychasiuk, R (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors, *Child and Family Social Work*, 14; 103-114.
- 2 - Besharat, M.A. (2007). Tabavari Asibpaziriva Salamate Ravan. *Majale Oloome Ravanshenakhthi*, 6 (383), 24-373.

- 3 - Bonanno, G.A. (2005). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28.
- 4 - 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(2), 76-82.
- 5 - Garbowski, M. (2011). Transformational leadership and dispositional effects of hope, optimism, and resilience on governmental leaders. Regent university united states- Virginia, proquest, 123, AAT3425737.
- 6 - Garmezy, N. & Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In EM, Cummings.
- 7 - Garmezy, N. (1993). Risk and resilience. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey & Widaman, K. (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 377-398). Washington, DC: American Psychological Association.
- 8 - Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford university press.
- 9 - Izadian, N. Amiri, M. Jahromi, R. & Hamidi, SH. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 9-15.
- 10 - Kordich-Hall, D. & Pearson, J. (2005). Resilience, Giving children the skills to bounce back. *Journal of Education and Health*, 23(1), 12-15.
- 11 - Mannix, A. & Margaret, F. (2011). Optimism, resilience and leadership-3 qualities to help move you toward greatness. <http://enlinearticles.com>.
- 12 - Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-38.
- 13 - McCullah, E. Brigstocke, G. Donaldson, N. & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Journal of American Health Association*, 36, 2181-2186.
- 14 - Miller, F. Osbahr, H. Boyd, E. Thomalla, F. Bharwani, S. Zeirvogel, G. Walker, B. Birkmann, J. Vander Leeuw, S. Rockstrom, J. Hinkel, J. Dowing, T. Folke, C. & Nelson, D. (2010). Resilience and vulnerability: complementary or conflicting concepts? *Ecology and Society*, 15(3), 11.

- 15 - Montazeri, A. Goshtasbi, A. Vahdaninia, M. &Gandek, B. (2005). The short form health survey (SF – 36): Translation and validation study of the Iranian version Qual life Res. (14), 82-875.
- 16 - Ong,D.Bergeman,c.s.Toni,L.Bisconti,W.&Wallace,A. (2006). Psychological resilience,positive emotions, and successful adaptations to stress in latter life. Journal of Personality and Social Psychology,91(4), 730-749.
- 17 - Quine,L.&Paul,J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children.British Jornal of Social Work, 15, 501-517.
- 18 - Resnick,B. (2010). The relationship between resilience and motivation.Newyork:Springer.
- 19 - Roach,M.A. Ormond,G.I.&Barrat,M.S. (1999). Mothers and fathers of children with down syndrome: parental stress and involvement in children.AmericanJornal on Mental Retardation,104, 422-436.
- 20 - Souri, H. &Hasanirad,T. (2012). Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine a School of Educational Psychology, Psychology and Education Faculty. University of Tehran, Iran.
- 21 - Tali,H. (2002). Parent of children with disabilities: resilience, coping and future expectations 1. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14, 2.
- 22 - Tam, C. L. Lee, T. H. Foo, Y. C. Lim, Y. M. (2012). Communication skills, conflict tactics and mental health: A study of married and cohabitating couples in Malaysia. Asian Social Science, 7. 6. 79-87.
- 23 - Valentine,D.P. Mcdermott,S.&Anderson,D. (1998). Mothers of adults with mental retardation: is race a factor in perceptions of burdens and gratification? Families in Society.79, 577-584.
- 24 - Ware, J.E. &Sherbourne,C.D. (1992). The MOS 36- Item short-form health survey and item selection Med care.
- 25 - Wolf,W. (2001). Embarrassment in diagnostic process Mental retarded. 3, 29-31.