

اثر بخشی آموزش شیوه های تربیتی بر تاب آوری روانی و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی

پریسا الفتی فر^۱، سمیه یاوری روشن^۲، سمیه مرادی^۳، فائزه حیدری شیخی آبادی^۴

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات کرمانشاه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات کرمانشاه

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

^۴ کارشناس آموزش کودکان با نیازهای ویژه، دانشگاه فرهنگیان الزهرا تبریز

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شیوه های تربیتی بر تاب آوری روانی و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مدرسه استثنایی شهر کرمانشاه بودند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) بود. نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد. آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است. آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است.

واژه های کلیدی: تاب آوری، سلامت روان، کم توان ذهنی، شیوه های تربیتی

مقدمه

مشاهدات روزمره روان پزشکان و روان شناسان نشان می‌دهد که وجود کودک کم توان ذهنی مسائل و مشکلاتی را در خانواده‌ها ایجاد می‌کند، بخصوص اگر سایر کودکان خانواده دارای هوش طبیعی و حتی با هوشتر از طبیعی باشند. واکنش‌های پدر و مادر نسبت به کودکان عقب مانده خود یکسان نیست و غالباً به میزان عقب ماندگی ذهنی، راهنمایی روان پزشک، روان شناس، وضع اجتماعی و اقتصادی خانواده، شخصیت والدین و سایر عوامل بستگی دارد. اصولاً شنیدن این خبر که کودک نورسیده یا کودکی که به مدرسه می‌رود مبتلا به عقب ماندگی ذهنی است و نمی‌تواند مانند سایر کودکان به طور طبیعی پیشرفت کند برای خانواده شوک آور و ناراحت کننده است و اثرش کمتر از آن نیست که به والدین گفته شود که کودکشان به علت ناراحتی جسمی مادام العمر زمین گیر خواهد بود. از همان ابتدا پدر و مادر واکنش‌های مختلفی نسبت به این مسئله از خود نشان می‌دهند. بنابراین پزشک برای اینکه به والدین بگوید که کودکشان عقب مانده است باید نهایت دقت را به کار برد. بعد از تشخیص عقب ماندگی نباید به مادران گفته شود که کودکشان کودن یا ابله است. اگرچه مدت‌هاست این اصطلاحات استفاده نمی‌شود، ولی به کار بردن این کلمات ناراحتی والدین را افزایش خواهد داد (افروز، ۱۳۹۸). واقعیت‌های ادبیات تحقیقی بیانگر استعداد فزاینده والدین دارای فرزند کم توان ذهنی به شماری از مشکلات سلامتی همچون مشکلات سلامت روان است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام والدین دارای کودک کم توان ذهنی دارای مشکلات روان‌پزشکی هستند که این خود به درک و توانایی آن‌ها برای حمایت از فرزند کم توانشان مفید است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گستره مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آن‌ها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده‌اند. همچنین، والدین این کودکان سردرگمی، فقدان و مشقت زیادی را تجربه می‌کنند (افتخاری نبوی، ۱۳۹۷). در این راستا افروز (۱۳۹۰) اظهار می‌دارد که اصولاً هر رفتاری مبتنی بر بازخورد و نگرشی است که در فرد نسبت به اشخاص و پدیده‌های مختلف زندگی پدیدار می‌شود و در حقیقت نحوه نگرش، باورها و برخورد هر انسان نسبت به پدیده‌های مختلف محیط اطراف، نتیجه شناخت و احساس فرد نسبت به آن پدیده می‌باشد. والدین افراد دچار کم توان ذهنی نیز در گذار از مراحل زندگی به یکسری باورها و آگاهی‌ها دست می‌یابند. بررسی این دسته از باورها و نگرش‌ها باعث می‌شود که متخصصان به مسائل و مشکلات این نوع والدین آگاهی بیشتری پیدا کنند و در زمینه‌های مشاوره و درمان از آنها بهره بگیرند (احمدوند، ۱۳۹۸).

در این میان، یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضاء خانواده را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روانشناختی را افزایش دهد، تاب آوری می‌باشد. گارمزی و ماستن^۱ (۲۰۰۶)، تاب آوری را یک فرآیند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده‌اند. والر^۲ (۲۰۰۱) تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است (کاوه، ۱۳۹۸).

یکی از عواملی که می‌تواند بر تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی را افزایش دهد آموزش شیوه های تربیتی است. داشتن کودک شاد و سالم یکی از مهم ترین چالش‌ها و البته دستاوردهای والدین است. در حال حاضر بسیاری از والدین، تمرکز مناسبی بر روی فرزند پروری سالم همان طور که بر روی یک شغل متمرکز هستند، را ندارند.

^۱garmez & Masten

^۲Waller

بسیاری از والدین ممکن است صرف نظر از تاثیر گذاری مهارت فرزند پروری، روش های فرزند پروری مشابه والدین خود داشته باشند. مهارت فرزند پروری یکی از موضوعات تحقیقی در زمینه علوم اجتماعی است. متخصصین صرف نظر از سبک فرزند پروری شما یا سوالات و نگرانی های شما در مورد فرزند پروری، می توانند در پیشگیری در درگیری کودک شما به مشکلات رفتاری و بیماری های شایع چاقی کمک کننده باشند. همچنین فرزند پروری موفق می تواند همدلی، صداقت، کنترل بر روی خود، اعتماد به نفس، مهربانی، همکاری و شاد بودن را در کودک تقویت نماید. فرزند پروری همچنین کنجکاوی فکری، انگیزه و میل به رسیدن را در کودک ارتقا می بخشد. یکی از اصول مهم دیگر در فرزند پروری والدین، هماهنگی فرزند پروری با رشد کودک است. کودک در حال رشد است، در نتیجه در نظر گرفتن این که افزایش سن چگونه رفتار کودک را تحت تاثیر قرار می دهد در فرزند پروری بسیار اهمیت دارد (مهرابی هنرمند، ۱۳۹۸). بروکس^۳ (۱۹۷۸) معتقد است که فرآیند تربیت شامل تغذیه، حفاظت و راهنمایی کودک در گستره تحولی او است. فرزند پروری فعالیتی پیچیده است و شامل بسیاری از رفتارهای اختصاصی می شود که هر یک از والدین به طور جداگانه و یا جلب مشارکت یکدیگر از این مهارت ها استفاده می کنند تا رفتار کودک خود را تحت تاثیر قرار دهند. شیوه فرزند پروری بیانگر تنوع های بهنجار در تلاش های والدین برای کنترل و اجتماعی کردن فرزندان است بنابراین شیوه ها ابزاری برای توصیف تفاوت های بهنجار فرزند پروری بوده و با موضوع کنترل ارتباط تنگاتنگ دارند. اکثر پژوهشگران معتقدند که نقش اصلی والدین آموزش و کنترل است (آهنگر انزایی، ۱۳۹۶). لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش شیوه های تربیتی بر تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. قبل از اعمال مداخله های تجربی در مورد گروه آزمایش، از شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل خواسته شد تا به پرسشنامه های تاب آوری و سلامت روانی پاسخ دهند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مدرسه استثنایی شهر کرمانشاه بودند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش:

۱) پرسشنامه تاب آوری: برای سنجش میزان تاب آوری از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده گردید مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ گویه ای است که کانر و دیویدسون آن را با باز بینی منبع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در گروه هایی مثل جمعیت های عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال پس از ضربه انجام شده است سازندگان این مقیاس معتقدند که این پرسشنامه افراد تاب آور را از افراد غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا می کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار رود. این پرسشنامه در یک مقیاس پنج درجه ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست ساخته شده است. به نحوی که کاملاً درست نمره یک، به ندرت درست نمره دو، گاهی درست نمره سه، اغلب درست نمره چهار و همیشه درست نمره پنج را به خود اختصاص می دهند. دامنه نمره گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. کانرو و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده

^۳ - Brooks

اند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنا دار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معنا داری داشتند. که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال ۱۳۹۶ هنجاریابی شده است. برای سنجش روایی این مقیاس ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شده است، قبل از سنجش تحلیل عاملی، دو شاخی KMO و آزمون کرویت بارتلت هم محاسبه شد و مقدار KMO برای ۰/۸۷ و مقدار تی دو در آزمون بارتلت ۲۸/۵۵۵۶ به دست آمد که هر دو این موارد نشان دهنده شرایط مناسب برای انجام تحلیل عاملی است. برای پایایی این مقیاس هم از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. و میزان آن هم ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۹۶). در پژوهش دیگری که توسط سامانی و همکاران (۱۳۹۶) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برای ۲/۴۷ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن، مهار / معنویت را برای مقیاس تاب آور یاد کرده است. چون روایی و پایایی زیر مقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده اند در حال حاضر نمره کل تاب آوری برای هدف های پژوهشی معتبر محسوب می شود.

۲) پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ و هیلر: این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس می باشد. علائم جسمانی، اضطراب، افسردگیو اختلال در کنش اجتماعی را می سنجد و هر مقیاس هفت سؤال دارد. مطالعات انجام شده، حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می باشد. نتایج فرا تحلیل ۴۳ پژوهش که توسط (ویلیامز ماری، گلدبرگ، ۱۹۸۸) انجام شد، میانگین حساسیت ۰/۸۴ و متوسط ویژگی ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط (یعقوبی نصر و شاه محمدی، ۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می باشد. ضریب پایایی و بازآزمایی و آلفای کرونباخ در این مطالعه برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی سلامت روانی افراد جامعه و مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت روانی می باشد که توسط گلد برگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در جامعه، مراکز درمانی و موقعیت های مختلف بوده است. ملزم اصلی و اولیه این پرسشنامه، مشتمل بر ۶۰ سؤال بوده که به بررسی سلامت روان فرد در ماه اخیر می پردازد و شامل نشانه هایی از افکار و احساسات نابهنجار و رفتارهای اجتماعی قابل مشاهده است. این پرسشنامه به طور مکرر مورد تجدیدنظر قرار گرفته و به صورت فرم های (۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰) سؤالی در دسترس می باشد. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت (۱۹۸۱ و ۲۸) که سؤالات آن در برگزیده ۴ خرده مقیاس می باشد و هر یک از آنها دارای ۷ سؤال هستند، استفاده شده است. سؤالات هر خرده مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده است، به گونه ای که از سؤال (۱ تا ۷) مربوط به مقیاس علائم جسمانی - از سؤال (۸ الی ۱۴) مربوط به مقیاس اضطراب - از سؤال (۱۵ الی ۲۱) مربوط به مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی - و از سؤال (۲۲ الی ۲۸) مربوط به مقیاس افسردگی می باشد.

روش اجرای پژوهش

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد یکی از مدارس استثنایی شهر کرمانشاه، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۳۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون تاب آوری و سلامت روانی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون برنامه کلاسهای آموزش مهارتهای فرزندپروری به گروه آزمایشی که شامل ۱۵ نفر هستند داده شد. این آموزشها

۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته طول کشید برای این آموزش از پکیج آموزشی مهارت های فرزندپروری، کتاب های معتبر آموزش مهارت های فرزندپروری، جزوه ها و سی دی ها و سخنرانی های مختلف در زمینه مهارت های فرزندپروری استفاده شد. بعد از اتمام جلسات آموزش، دوباره از هر دو گروه دعوت به عمل آمد و در همان شرایط آزمون اولی دوباره آزمون تاب آوری و سلامت روانی از افراد به عمل آمد (پس آزمون). این آزمون نیز مانند آزمون اولی یعنی پیش آزمون، تفسیر و نتیجه و نمرات آن نیز ثبت گردید تا پژوهشگر تأثیرات متغیر پیش بین بر متغیر ملاک را ارزیابی کند. از آنجایی که پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود لذا اکثر متغیر های مزاحم آن کنترل شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مهارت های فرزندپروری روش لین کلارک

جلسه هدف
جلسه اول: جلسه آشنایی و معرفی، اهمیت تعلیم و تربیت و تعریف آن، آشنایی با مراحل رشد کودکان دبستانی و همچنین خصوصیات این دوره، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم: تعریف فرزندپروری و اهمیت آن در زندگی اعضای خانواده
جلسه سوم: معرفی سبک های فرزندپروری
جلسه چهارم: معرفی قواعد اساسی برای فرزندپروری موثر
جلسه پنجم: چگونگی استفاده از قوانین تقویت
جلسه ششم: معرفی روش های تنبیه ملایم
جلسه هفتم: معرفی اشتباهات شایع والدین
جلسه هشتم: آشنایی با شرایط رشدی کودکان و تأثیر منفی جملات انتقادی و مایوس کننده
جلسه نهم: آشنایی با برخی ناسازگاری ها و مشکلات رایج کودکان
جلسه دهم: مقایسه سبک های فرزند پروری با هم و کشف بهترین شیوه، نتیجه گیری، اجرای پس آزمون

یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تاب آوری	پیش آزمون	آزمایش	۸۶/۴۰	۹/۰۱	۱۵
		گواه	۷۹/۰۶	۷/۲۹	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹۷/۸۶	۹/۹۳	۱۵
		گواه	۸۰/۶۰	۷/۶۱	۱۵
سلامت روانی	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۵۳	۵/۱۹	۱۵
		گواه	۳۴/۸۰	۴/۲۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۴۵/۰	۶/۵۷	۱۵
		گواه	۳۵/۲۶	۳/۶۹	۱۵

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی

کلموگروف - اسمیرنف				کلموگروف - اسمیرنف				نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها
معنی داری	درجه آزادی	آماره	گروه ها	معنی داری	درجه آزادی	آماره	گروه ها		
۰/۴۶۹	۱۵	۰/۸۴۷	گواه	۰/۶۲۳	۱۵	۰/۷۵۳	آزمایش	تاب آوری	
۰/۷۸۲	۱۵	۰/۶۵۷	گواه	۰/۴۱۶	۱۵	۰/۸۸۳	آزمایش	سلامت روانی	

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای تاب آوری و سلامت روانی تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۹۴	۲	۲۷	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰۶	۲	۲۷	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۲۶۴	۲	۲۷	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۲۶۴	۲	۲۷	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری و سلامت روانی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۹/۶۲۱$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۵ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مربوط به تأثیر آموزش شیوه های تربیتی می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری و سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجدور	توان
تغییرات	مجدورات	آزادی	مجدورات		p معنی داری	اتا	آماري
پیش آزمون	۱۴۰۸/۲۲۸	۱	۱۴۰۸/۲۲۸	۴۸/۴۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹۹
گروه	۷۳۷/۰۹۴	۱	۲۹/۰۷۸	۲۵/۳۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
خطا	۷۸۵/۱۰۶	۲۷	۳۶/۵۷				
پیش آزمون	۳۴/۴۱۸	۱	۳۴/۴۱۸	۲۱/۲۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
گروه	۷۱۹/۰۷۸	۱	۷۱۹/۰۷۸	۲۵/۴۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۸
خطا	۷۶۲/۵۱۵	۲۷	۲۸/۲۴۱				

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۵/۳۴$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. به عبارت دیگر، آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تاب آوری مربوط به تأثیر آموزش شیوه های تربیتی می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. همچنین با کنترل پیش آزمون بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۵/۴۶$). به عبارت دیگر، آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت روانی مربوط به تأثیر آموزش شیوه های تربیتی می باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۸ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۲ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تاب آوری مربوط به تأثیر آموزش شیوه های تربیتی می باشد. در تبیین نتیجه این یافته می توان گفت که به نظر می رسد والدین بسیاری، فاقد دانش علمی کافی برای تربیت فرزند خود و مواجهه با مشکلات رفتاری آنان هستند. این موضوع از این نظر حائز اهمیت اساسی است که شیوه فرزندپروری والدین در تحول و رشد کودک و همچنین پدیدآیی و تداوم رفتارهای مثبت و یا غیرانطباقی در کودکان نقشی اساسی دارد. برای مثال با استناد به شواهد پژوهشی نارضایتی، گوشه گیری، بی اعتمادی و یا خودمختاری و سلامتی و بهزیستی کودکان متأثر از روش فرزندپروری والدین آنها است. بر این اساس، آموزش روش های صحیح تربیت فرزند یک ضرورت اساسی است. پدران و مادرانی که فرزندان خود را مورد پذیرش قرار می دهند نسبت

به کودک، عاطفی، تأثیر کننده و گرم هستند و کودک خود را آنگونه که هست درک می کنند. انضباط و تربیت در نظر آنان شامل تشویق و ستایش و کمتر تنبیه بدنی است. این پذیرا بودن باعث ایجاد دلبستگی بین والدین و فرزند می گردد. دلبستگی به واسطه آن رابطه ی محبت آمیزی بین والدین و فرزندان بوجود می آید و کودک را برمی انگیزد تا با اطلاعات از والدین این دلبستگی را حفظ کند (کریمی، ۱۳۹۸).

در مقابل والدین بی تفاوت احتمالاً هیچ لذتی از حضور فرزندان خود احساس نمی کنند. آنها اغلب از رفتار کودکان خود گله مند هستند بدین صورت که کودکان نافرمانند و خوسرانه عمل می کنند. پدر و مادری که به آرزوهای خود نرسیده یا همواره احساس ضعف و بی لیاقتی می کنند در زندگی فرصت فرمانروایی و تحکم نداشته اند می خواهند آنها مطیع باشند و از شیوه های استبدادی استفاده می کنند. والدین طرد کننده بیشتر کودک را طرد و با او رفتار سرد دارند و نسبت به نیازهای او ناآگاه و بی توجه هستند و حساسیتی در جهت رفع آن ندارند در نتیجه بین والدین و فرزندان فاصله می افتد و با بزرگتر شدن کودکان و روابط نامطلوب با والدین به صورت تعارض بین والدین و فرزندان پیدا می کند که به اختلاف و ناسازگاری می انجامد (شعاری نژاد، ۱۳۹۴). عکس العمل بچه ها در مقابل مراقبت شدید والدین نیز به صورت های مختلف ظاهر می شود گاهی بچه ها در اثر مراقبت شدید حالت اطاعت و تسلیم در مقابل والدین به خود می گیرند و استقلال خود را از دست می دهند و زمانی در مقابل آنها حالت طغیان و سرکشی ظاهر می سازند. این دست از کودکان نمی توانند با بچه های دیگر به سر برند و سازگاری اجتماعی ندارند. بعضی از بچه ها کم رو و خجالتی هستند و در بعضی موارد از طرف گروه همسن خود طرد می شوند زیرا آشنا به مهارت های اجتماعی نیستند لذا به اختلالات روانی و عدم سازگاری می انجامد. تاب آوری یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است و صرفاً پایداری در برابر آسیب ها با شرایط تهدید آمیز نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده ی فرد در محیط است و می توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می باشد. مادرانی که در تاب آوری است چاره ساز و انعطاف پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می گردد. مادرانی که در انتهای سطح پایین تاب آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت های جدید وفق می دهد. اینها به کندی از موقعیتهای فشار زا به حالت طبیعی بهبود می یابند. در واقع مادران دارای کودکان آموزش پذیر تاب آوری بالا نسبت به مادران دارای کودکان عادی رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر در نظر می گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می دانند و از شیوه های مقابله ای مفیدتر نیز سود می جویند.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش شیوه های تربیتی با توجه به میانگین سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سلامت روانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت روانی مربوط به تأثیر آموزش شیوه های تربیتی می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که هیچ پدر و مادری دوست ندارد که فرزند کم توان ذهنی به دنیا آورد. اما وقتی این اتفاق افتاد، اولین واکنش عاطفی آن ها شوک و انکار است و مدتی طول می کشد تا برای والدین چنین کودکی بودن، آماده شوند؛ زیرا این کودکان نسبت به سایر کودکان مشکلات رفتاری بیشتری همچون رفتارهای تکانشی، کج خلقی و پرخاشگری فیزیکی و مشکلات سلامت روان بیشتری دارند. چنین شرایطی سبب شده است تا تمام والدین دارای کودک کم توان ذهنی دارای مشکلات روان پزشکی باشند. بنابراین، یک کودک عقب مانده ذهنی، به عنوان یک فشار خردکننده روی والدین است. در حقیقت تولد یک کودک عقب مانده ذهنی نمایش گر مرگ ایده های والدین از آنچه کودک آنها باید می بودو یک واقعیتی که زندگی آن ها به آن آزادی

که آنها تصور می کردند نیست. داشتن کودک، با کم توان ذهنی باعث بحران شوک، احساس گناه، انکار، غم، احساس تنهایی و کاهش ارتباط در فامیل شده و زمینه را برای جدایی والدین فراهم می کند از این رو توانایی تحمل و امید به زندگی مادران این کودکان نسبت به سایرین بالاتر می باشد. تئوری عمومی سیستم ها نیز به این موضوع توجه دارد که خانواده یک گروه به هم پیوسته است هنگامی که بحران، تعادل این سیستم را به هم بزند این گروه ضعیف می گردد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که خانواده های کودکان با نارسایی هوشی تحولی، استرس فزاینده ای را تجربه می کنند که از آن جمله می توان به عدم سلامت جسمی، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه اعم از مراقبت جسمی، درمانی و آموزشی، مشکلات خانوادگی، شامل ناکامی ها و آرزوها و رؤیاهای بر باد رفته، تحمل سرزنش های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت های خانواده، مسائل مالی و ... اشاره کرد که تمامی این عوامل، استرس بسیاری بر خانواده، به ویژه مادر، تحمیل می کند.

در این راستا می توان به تحقیقاتی همچون اشاره کرد که نریمانی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای در مورد بچه های دارای نقایص جسمانی، ذهنی و یا آموزش پذیر داشته اند، بر روی ۸۷ مادر دارای بچه های استثنایی (۲۹ بچه عقب افتاده ذهنی و ۲۸ نابینا و ۳۰ بچه کر) صورت گرفته است که در مدرسه ابتدایی تحصیل می کرده اند. نتایج حاصله نشان داد که مادران دارای بچه های استثنایی در مقایسه با آنها که بچه های عادی داشته اند، تفاوت قابل ملاحظه ای داشته اند و مادرانی که دارای بچه های عقب افتاده ذهنی بوده اند تاثیرات بسیار بدتری در مقایسه با مادران دارای کودکان کر و لال پذیرفته اند و دارای سطح تحمل کمتری در مقابل ناکامی ها داشته و تاب آوری کمتری از خود نشان داده اند چرا که صبر و تحمل خود را در برابر بروز مشکلات بوجود آمده بتدریج از دست می دهند. رای^۴ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که خانواده های کودکان با نارسایی هوشی تحولی، استرس فزاینده ای را تجربه می کنند که از آن جمله می توان به عدم سلامت جسمی، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه اعم از مراقبت جسمی، درمانی و آموزشی، مشکلات خانوادگی، شامل ناکامی ها و آرزوها و رؤیاهای بر باد رفته، تحمل سرزنش های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت های خانواده، مسائل مالی و ... اشاره کرد که تمامی این عوامل، استرس بسیاری بر خانواده، به ویژه مادر، تحمیل می کند. تقوی لاریجانی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای که بر روی مادران دارای بچه های آموزش پذیر و عقب افتاده ذهنی داشتند، ۴۰ مادری را که دارای بچه های آموزش پذیر عقب افتاده ذهنی بودند را بررسی کرده و برنامه ای ذهنی-حرکتی را بمدت چهار هفته و هر بار هم بمدت دو ساعت انجام دادند. و نتایج بدست آمده نشان داد که این بچه هایی که برنامه ذهنی-حرکتی را برایشان بکار برده بودند، از نظر آموزش پذیری بهتر بوده و مادرانشان سطحی از بهزیستی و تاب آوری را داشته اند. واگار عظیم^۵ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان اضطراب و افسردگی در والدین کودکان ناتوان ذهنی در پاکستان، به این نتیجه دست یافتند که بین اضطراب و افسردگی مادران با شدت ناتوانی ذهنی کودکان رابطه دارد. بودلا، سایما و امارا^۶ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی، به این نتیجه دست یافتند که بین امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان دچار اختلال ذهنی رابطه معنادار وجود دارد. بومین^۷ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان اضطراب، افسردگی و امید به زندگی والدین کودکان ناتوان ذهنی، به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان ناتوان ذهنی اضطراب و افسردگی بالاتری دارند و از امید به زندگی پایین تری برخوردار هستند. مک کانلی^۸ و همکاران (۲۰۱۰) در

^۴Ray^۵ Waqar Azeem^۶ Bodla, Saima & Ammara^۷ Bumin^۸ McConkey

پژوهشی با عنوان آسیب های مادران کودکان کم توان ذهنی، به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سلامت و بهزیستی روان شناختی پایین تری دارند. باومن^۹ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان والدین کودکان ناتوان ذهنی، به این نتیجه دست یافت که تاب آوری والدین کودکان استثنایی کمتر از والدین عادی می باشد و در مطالعه آنان، تاب آوری کمتر منجر به بروز بیشتر اختلالات روانی در والدین می شود.

یکی از آموزش های تاثیر گذار بر تقویت روحیه کودکان مهارت های فرزندپروری است. داشتن کودک شاد و سالم یکی از مهم ترین چالش ها و البته دستاوردهای والدین است. در حال حاضر بسیاری از والدین، تمرکز مناسبی بر روی فرزند پروری سالم همان طور که بر روی یک شغل متمرکز هستند، را ندارند. بسیاری از والدین ممکن است صرف نظر از تاثیر گذاری مهارت فرزند پروری، روش های فرزند پروری مشابه والدین خود داشته باشند. مهارت فرزند پروری یکی از موضوعات تحقیقی در زمینه علوم اجتماعی است. متخصصین صرف نظر از سبک فرزند پروری شما یا سوالات و نگرانی های شما در مورد فرزند پروری، می توانند در پیشگیری در درگیری کودک شما به مشکلات رفتاری و بیماری های شایع چاقی کمک کننده باشند. همچنین فرزند پروری موفق می تواند همدلی، صداقت، کنترل بر روی خود، اعتماد به نفس، مهربانی، همکاری و شاد بودن را در کودک تقویت نماید. فرزند پروری همچنین کنجکاوی فکری، انگیزه و میل به رسیدن را در کودک ارتقا می بخشد. یکی از اصول مهم دیگر در فرزند پروری والدین، هماهنگی فرزند پروری با رشد کودک است. کودک در حال رشد است، در نتیجه در نظر گرفتن این که افزایش سن چگونه رفتار کودک را تحت تاثیر قرار می دهد در فرزند پروری بسیار اهمیت دارد (قدم پور، ۱۳۹۷). بروکس^۱ (۱۹۷۸) معتقد است که فرآیند تربیت شامل تغذیه، حفاظت و راهنمایی کودک در گستره تحولی او است. فرزند پروری فعالیتی پیچیده است و شامل بسیاری از رفتارهای اختصاصی می شود که هر یک از والدین به طور جداگانه و یا جلب مشارکت یکدیگر از این مهارت ها استفاده می کنند تا رفتار کودک خود را تحت تاثیر قرار دهند. شیوه فرزندپروری بیانگر تنوع های بهنجار در تلاش های والدین برای کنترل و اجتماعی کردن فرزندان است بنابراین شیوه ها ابزاری برای توصیف تفاوت های بهنجار فرزند پروری بوده و با موضوع کنترل ارتباط تنگاتنگ دارند. اکثر پژوهشگران معتقدند که نقش اصلی والدین آموزش و کنترل است (آهنگر انزابی، ۱۳۹۶).

منابع

- آجیل چی، بیتا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش مهارت های فرزندپروری در کاهش تنیدگی مادران و فرزندان و افزایش حرمت خود کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- آرجیل، مایکل. (۲۰۰۱). روانشناسی شادی، ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمید طاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ، فاطمه بهرامی. (۱۳۹۳). انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۹). روانشناسی کودکان استثنایی. تهران: انتشارات پیام نور.
- افروز، غلام علی. (۱۳۹۹). مقدمه ای بر روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- افتخاری نبوی، شیرین. (۱۳۹۸). کودک کم توان ذهنی بیماریها عفونتها و فوریتهای شایع. تهران: پرسمان.

^۹ Bauman

^۱ - Brooks

افروز، غلام علی. (۱۳۹۷). روان شناسی و توان بخشی کودکان آهسته گام (کم توان ذهنی). تهران: دانشگاه تهران، موسسه انتشارات.

افروز، غلام علی. (۱۳۹۹). مقدمه‌ای بر روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.

امامی، شیرین، نوری، ابوالقاسم، ملک پور، مختار، عابدی، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دلبستگی ناایمن کودک. *روانشناسی بالینی*، ۳ (۳): ۷-۱۶.

اصلانی، خالد، صیادی، علی، امان الهی، عباس. (۱۳۹۷) رابطه بین سبک های دلبستگی با کارکرد خانواده و سلامت عمومی، فصلنامه مشاوره و رواندرومانی خانواده، سال دوم، شماره ۲، ص ۱۶۳-۱۷۷

ابراهیمی گلشن، گلرخ. (۱۳۸۰). خصوصیات روش های تربیت فرزند والدین از دیدگاه دانش آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی شهرستانهای شیراز. پایان نامه فوق لیسانس دانشگاه شیراز

اتکنیسون، هیلگارد. (۱۳۷۸). زمینه روانشناسی، ج ۱، ترجمه دکتر براهنی. انتشارات رشد.

احدی، منوچهر. (۱۳۸۰). روان شناسی شخصیت. انتشارات فرهنگ. تهران

ربانی خوراسگانی، علی. کیانپور، مسعود (۱۳۹۶). مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی. مطالعه موردی شهر اصفهان، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۵، شماره ۵۸ و ۵۹.

سلطانی، زهرا. (۱۳۹۷). نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در تاب آوری و بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان نامه

کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.

سوری وهمکاران. (۱۳۹۸). رابطه ی بین تاب‌آوری ومثبت اندیشی و بهزیستی روانی در بین دانشجویان پزشکی، پایگاه اطلاعات علمی SID

شکری امید. (۱۳۹۶). تفاوت های جنسیتی در بهزیستی ذهنی و نقش ویژگیهای شخصیت، مجله پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴

علی پور، احمد. (۱۳۹۸). مقدمات روانشناسی سلامت، تهران، انتشارات پیام نور.

عنایتی، الهه، امیدیان؛ مرتضی، عابدی؛ احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان تیزهوش، دوره ۷، شماره ۳، پژوهشنامه سلامت روانشناختی، صفحه ۳۲-۴۳

غیبی، معصومه. (۱۳۹۹). رابطه بین سبک‌های یادگیری و خودکارآمدی در دانشجویان دوره کارشناسی گروه‌های تحصیلی (علوم انسانی، فنی-مهندسی و علوم پایه) دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، مدیریت و برنامه ریزی آموزش عالی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

فرقدانی، آزاد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه ی بین فرزندپروری و سازگاری اجتماعی و دانشجویان دختر دوره ی کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، پایان نامه ی کارشناسی ارشد.

فخری، زهرا. (۱۳۹۹). بررسی نظام ارزشی باورهای خودکارآمدی و سازگاری دانش آموزان دبیرستان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.

فلاح، فریبا. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر محرک‌های شنیداری (ریتمیک - ملودیک) بر روی پردازش اطلاعات دیداری شنیداری کودکان کم توان ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم توان بخشی.

همتی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش شیوه های تربیتی بر خودکارآمدی، افسردگی و ارتقاءفرزندپروری دانش آموزان راهنمایی محروم از پدر، پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر شده، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

Bandura, A. (2001). Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral. Psychological review, 84(2), 191- 215.

- Conner. K.Davidson, j. (2003); development of a new resilience scaler,the conner-Davidson Resilience scal(CD-RISC).Depression and anxiety (18):76-82
- TaghaviLarijani, T, Ghadirian F, Aliakbarzadeh A, Z, Sharifi, N, Noghani F, Faghihzadeh S. (2019). The effect of a psycho educational program for mothers of educable mentally retarded children: Based on Roy's adaptation theory. The European Journal of Social & Behavioral Sciences, 231-249.
- Zost, G. (2010). Adjustment problems of Iranian international students in Scotland, *Journal of International Education*, 6(4), 484-493.
- Narimani, M, Mosazadeh, T. (2020). Comparing the psychological well being factors among the parents of the mentally retarded children with those of the normal children. International Letters of Social and Humanistic Sciences Vol. 21 pp 1-8.
- Garmzy.H. (2006). *resilience and rulner ability to adverse development out come associate with poverty*. American Behavioral scientitic, 34:412-43.
- Bauman S, (2018). Parents of children with mental retardation: coping mechanisms and support needs, Unpublished doctoral dissertation, The Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, USA
- Gardner J Harmon T, (2011). Exploring resilience from a parent's perspective: A qualitative study of six resilient parents of children with an intellectual disability, Australian Social Work, 55 (1): 60-68.
- Ostir, R. M. (2020).on happiness and human potentials: A review of research onhedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of psychology; 52,pp:141-166.
- Frasure, N, Lesperance, F. (2015). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. Arch Gen Psychiatry; 65,pp: 62-۷۱.
- Asen, G. (2020) *mindfulness, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress Disorder After Exposure to a Terrorist Attack: A prospective study. Psychosomatic Medicine* ۶۸:۹۰۴-۹۹۹.
- Martensson,J; Dracup,K; Canary, C & Fridlund B. (2015).living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses.J heart lung transplant; 22(4),PP:460-70.
- Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., VIIIatte, J. L., Pistorello, j. (2013). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral scince: Examining the progress of a distinctrve model of behavioral and cognitive the rapy. Behavior therapy. 44(2). ۱۸۸-۱۹۸.
- Bricker, J. J. Tollison, s. (2017). Comparison of motional interviewieing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.
- Deyo, M. (2019). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in ternational; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.
- Folk, F. (2012) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed om long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2011). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. Behavior Reserch and Therapy, 47: 1079-1084.

Cooper, E. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).