

The Effectiveness of Resilience Training on Resilience and Its Component in Siblings of Children with Down Syndrome

اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون

Setare Shojaee, Ph.D.;¹ Ahmad Beh-Pajoo, Ph.D.²

دکتر ستاره شجاعی^۱، دکتر احمد به‌پژوه^۲

Received: 5. 1.15 Revised: 7.4.15 Accepted: 17.6. 15

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۵ تجدیدنظر: ۹۴/۱/۱۸ پذیرش نهایی: ۹۴/۳/۲۷

Abstract

Objective: The aim of this study was investigating the effects of resilience training on resilience in siblings of children with Down syndrome. **Method:** In this study a semi-experimental design with pretest-posttest and follow up design was applied. Conner-Davidson Resilience Scale (2003) and Prince-Embury Resilience Scale (2007) were used for measuring of adolescents' resilience. The sample size includes 30 adolescents (14- 18ys) having sibling with Down syndrome that assigned for experimental and control groups randomly. **Results:** Analyzing of data is performed by using Mix Anova with repeated measure design. Results reveal that resilience and its component in siblings of children with Down syndrome in experimental group significantly improved and their Emotional vulnerability significantly decreased. Also, these results were permanent in the follow up step ($p \leq 0/05$). **Conclusion:** According to the findings of the study it can be concluded that resiliency skills training enhance the resilience in siblings of children with Down syndrome.

Keywords: Siblings, Children with Down syndrome, Resilience training, Resilience.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر میزان تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون انجام شد. **روش:** پژوهش مذکور از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری بود. برای ارزیابی متغیرها از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تاب‌آوری پرنس-امبری (۲۰۰۷) استفاده شد. ۳۰ نفر از خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون از کلیه مناطق شهر شیراز با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل در پژوهش حاضر مشارکت کردند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط به همراه اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اجرای برنامه مداخله‌ای بر میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری مؤثر بوده و اثرات مشاهده شده در مرحله پیگیری پایدار مانده بود ($p \leq 0/05$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری می‌تواند میزان تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون را افزایش دهد.

کلید واژه‌ها: خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون، آموزش تاب‌آوری، مهارت‌های تاب‌آوری

1. **Corresponding author:** Assistant professor in Shiraz University (Email: setare_shojai@yahoo.com)
2. professor in Tehran university

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه شیراز
۲. استاد دانشگاه تهران

مقدمه

سال‌های بسیاری متخصصان خانواده‌های افراد دارای نیازهای ویژه، تنها به والدین و به طور خاص به مادران توجه می‌کردند (گالاگر، پاول و رودز، ۲۰۰۶). از نظر لوباتو (۱۹۹۰) تفکر بسیاری از والدین این است که ناتوانی کودکان تأثیر زیان‌بخشی بر سایر فرزندان ندارد؛ در حالی که نتایج پژوهش‌ها، این واقعیت را برخلاف نظر والدین نشان داده است. تقریباً هیچ مطلبی را نمی‌توان دربارهٔ والدین یک کودک دارای نیازهای ویژه بیان کرد که در مورد خواهران و برادران او صدق نکند. در واقع خواهران و برادران در ارتباط با کودک دارای نیازهای ویژه، بسیاری از مشکلات مشابه با والدین خود را دارند و علاوه بر آن نیازهای منحصر به شرایط و سن خود را نیز دارا هستند (میر و ودسی، ۲۰۰۸). در این میان خواهران و برادران افراد دارای نشانگان داون نیز مشکلات بسیاری را گزارش می‌کنند که می‌توان به تخصیص زمان و توجه محدود والدین نسبت به آنها، نگرانی دربارهٔ آوردن دوستان به خانه، موقعیت‌های استرس‌زا در منزل، محدودیت فعالیت‌های افراد خانواده، احساس گناه در مورد این که چرا از ناتوانی خواهر یا برادر عصبانی هستند، شرمندگی به خاطر حضور خواهر و برادر در مجامع عمومی، بدرفتاری و اذیت کردن خواهر یا برادر، رفتار حمایتی با خواهر یا برادر و نگرانی دربارهٔ آینده اشاره کرد (لوباتو و کائو، ۲۰۰۲). پژوهش‌های مروری نشان می‌دهند که در صورت نبود امکانات کافی و خدمات حمایتی برای کودکان دارای ناتوانی و خانواده‌هایشان (لاموری، ۱۹۹۹) و عدم توجه کافی از سوی جامعه به فرد دارای ناتوانی و خانواده‌اش، این مشکلات می‌تواند منجر به مشکلات سازگاری در آنها شود (شاپیرو و همکاران، ۱۹۹۶).

نکته مهم این است که خواهران و برادران افراد دارای نشانگان داون با افزایش سن و رسیدن به سن نوجوانی، در مقایسه با سایر خواهران و برادران مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (گالاگر، پاول و

رودز، ۲۰۰۶)؛ زیرا احتمال دارد که این گروه از خواهران و برادران مجبور باشند که به جای وقت گذرانی با سایر همسالان و دوستان؛ علاوه بر مسئولیت‌های مراقبتی، اکثر وقتشان را به عنوان دوستان و همراهان اصلی خواهر یا برادر ناتوانی صرف کنند، به طوری که حتی لازم باشد در هنگام بیرون رفتن از منزل به خواهر یا برادر ناتوان خود در مورد نحوهٔ برقراری رابطه با دیگران در خارج از منزل نیز کمک کنند (فلوید و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر با افزایش طول عمر افراد دارای نشانگان داون نسبت به قبل، زمانی که والدین برای آیندهٔ فرزندان دارای نشانگان داون خود برنامه‌ریزی می‌کنند؛ اغلب از سایر فرزندان خود انتظار دارند که بعد از فوت یا از کارافتادگی والدین، از خواهر یا برادر دارای نشانگان داون خود مراقبت کنند (کاسکلی و گان، ۲۰۰۳).

در واقع، اثرات متفاوت داشتن خواهر یا برادر ناتوان موجب شده است که خواهران یا برادران عادی آنها به عنوان یکی از گروه‌های در مخاطره محسوب و در نتیجه برای مقابله با این خطرات از انواع برنامه‌های مداخله‌ای با تاکید بر جنبه‌های خاصی از مشکلات این افراد استفاده شود (سلیگمن و دارلینگ، ۲۰۰۷). از جمله رایج‌ترین برنامه‌های مداخله‌ای، برنامهٔ سیب شاپ^۱ است که برای اولین بار در سال ۱۹۸۵ توسط میر و همکارانش، تهیه شده بر آموزش مهارت‌هایی به منظور بهبود رابطه بین خواهران و برادران عادی و دارای نیازهای ویژه تمرکز دارد (میر، ۲۰۱۱).

شایان ذکر است که در سال‌های اخیر یکی از برنامه‌های مداخله‌ای موثر برای افراد در معرض خطر، برنامه‌های مداخله‌ای مربوط به تاب‌آوری هستند. لاتر و زلازو (۲۰۰۳) بر این باورند که تاب‌آوری فرایند پویای انطباق مثبت با رویدادهای ناگوار در یک بافت است. تاب‌آوری یعنی این که چگونه یک فرد بر محیط خود تأثیر می‌گذارد به گونه‌ای که بتواند با تهدیدها و اتفاقات ناگوار مقابله کرده یا سازگار شود و پیامدهای خوب را تجربه کند. این درگیری فعالانه برای اثر

با وجود این، در مورد آموزش تاب‌آوری یا انجام مداخله در حوزه تاب‌آوری در ایران، پژوهش‌های اندکی انجام شده است که می‌توان به تحقیقات کاوه و همکاران (۱۳۹۰) با موضوع طراحی برنامه تاب‌آوری برای والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عزیزاده (۱۳۹۰) با موضوع تدوین و اجرای برنامه تاب‌آوری برای نوجوانان دارای اختلال درون‌نمود و برون‌نمود، اشاره کرد. از طرف دیگر، بررسی پژوهش‌ها نشان داده است که در ایران تنها مطالعه‌های معدودی بر روی خواهران و برادران افراد دارای نیازهای ویژه انجام شده که از جمله پژوهش آرمان و فیروزکوهی مقدم (۱۳۸۳) با موضوع آموزش مادران و تأثیر آن بر اختلال رفتاری خواهران و برادران افراد با کم‌توانی ذهنی، مقاله مروری پورمحمدی تجربی (۱۳۸۹) با عنوان مداخله‌های خواهر و برادر محور افراد دارای نشانگان داون و پژوهش همبستگی شجاعی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی قابل ذکر است. در واقع در سال‌های اخیر بیشتر پژوهش‌های انجام شده در مورد تاب‌آوری، با طرح‌های همبستگی و با هدف شناسایی رابطه متغیرهای مرتبط با تاب‌آوری انجام شده‌اند.

بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند ضمن پر کردن خلاءهای پژوهشی در این زمینه، راه‌گشایی برای پژوهشگران و متخصصان جهت انجام فعالیت‌های پژوهشی و بالینی در ارتباط با خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون باشد. چه بسا توجه به نیازها و احساسات این کودکان بتواند ظرفیت‌ها و توانمندی‌های آنها را به نحو احسن شکوفا سازد، از فشار مضاعف بر آنها کاسته و تاب‌آوری و سازگاری‌شان را برای مواجهه با مشکلات فعلی و مسائلی که ممکن است در آینده به دلیل حضور خواهر یا برادر دارای نشانگان داون به وجود آید، افزایش دهد. بنابراین با توجه به شواهد موجود، پژوهش

گذارن بر محیط از اجزای شناختی تشکیل می‌شود. اجزای شناختی درک گزینه‌های مختلف برای عمل کردن (فرایندهای دانستن، تصمیم‌گیری و انجام دادن) و داشتن نگرش‌ها و ارزش‌هایی را است که در شخص این باور و اعتقاد را ایجاد می‌کند که می‌تواند به وسیله برخی روش‌ها بر محیطش تأثیر بگذارد. در این دیدگاه، به تاب‌آوری به عنوان یک ظرفیت برای انطباق در نظر گرفته می‌شود که بدون توجه به سن یا مرحله تحولی که فرد در آن قرار دارد، قابل حمایت و پرورش می‌باشد (لاتر و سیچتی، ۲۰۰۰؛ لاتر، ۲۰۰۳). لذا به نظر می‌رسد، برای اینکه سازگاری با مشکلات خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان دارای نشانگان داون افزایش یابد، یکی از بهترین راهبردها، آموزش مهارت‌های تاب‌آوری به آنها است.

در این راستا، برخی از تحقیقات اثربخشی برنامه‌های آموزش تاب‌آوری را تأیید کرده‌اند. برای مثال، نتایج پژوهش‌های مربوط به آموزش تاب‌آوری به کودکان و نوجوانان سن مدرسه (مک‌گراث، ۲۰۰۰)، برنامه تاب‌آوری پن^۲ که توسط گیلهم و همکاران (۲۰۰۶) تدوین شده و اثربخشی آن در کاهش اختلال‌های گوناگونی مانند، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و رفتارهای اخلاص‌گرانه در مهارت‌های مختلف کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه و عادی مشاهده شده است. هیمدال و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند، مداخله‌هایی که هدفشان پرورش تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار است، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر بسیار سودمند هستند. از این رو، این گونه مداخله‌ها برای خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون که به دلیل شرایط جسمی، ذهنی، مشخصات بالینی و مشکلات رفتاری و گفتاری خواهر یا برادر دارای نشانگان داون‌شان از یک طرف و نگرش و فرهنگ حاکم بر جامعه در مورد افراد دارای نشانگان داون از طرف دیگر در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند؛ می‌تواند باعث افزایش میزان تاب‌آوری آنها شود.

آزمودنی‌ها و غیبت برخی از آنها در جلسات گروه آزمایشی، در نهایت اطلاعات مربوط به دو گروه ۱۵ نفره (۸ دختر و ۷ پسر) مورد استفاده قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

برای اندازه‌گیری سازه تاب‌آوری و بررسی فرضیه‌ها، از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. از آنجایی که مقیاس مذکور تنها یک نمره کل از تاب‌آوری بدست می‌دهد؛ بنابراین برای بررسی دقیق‌تر این سازه روان‌شناختی و برای اینکه بتوان با اطمینان بیشتری اثر برنامه مداخله‌ای را اندازه‌گیری کرد، مقیاس تاب‌آوری پرینس-امبوری (۲۰۰۷) نیز اجرا شد و مورد استفاده قرار گرفت. ابزار مذکور علاوه بر نمره کل تاب‌آوری، خرده‌عامل‌های آن را نیز اندازه‌گیری می‌کند.

الف: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب‌آوری به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، افراد دارای اختلال فراگیر و دو گروه از بیماران دارای اختلال استرس پس از ضربه بررسی شده است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بر این باورند که این مقیاس به خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیربالینی تفکیک کند. در این مقیاس، ۲۵ گویه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و یک نمره کل از تاب‌آوری بدست می‌دهد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران، پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳

حاضر به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر است:

۱- آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، میزان تاب‌آوری خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون را افزایش می‌دهد و این اثر پایدار است.

۲- آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، میزان احساس تسلط خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون را افزایش می‌دهد و این اثر پایدار است.

۳- آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، میزان صمیمیت خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون را افزایش می‌دهد و این اثر پایدار است.

۴- آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، میزان واکنش‌های هیجانی خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون را کاهش می‌دهد و این اثر پایدار است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری آن تمامی خواهران و برادران ۱۴-۱۸ ساله کودکان دارای نشانگان داون شهر شیراز بودند که با مراجعه به مدارس و مراکز دولتی و غیردولتی تحت پوشش سازمان‌های آموزش و پرورش استثنایی و بهزیستی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ شناسایی و برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. این روش زمانی استفاده می‌شود که افراد مورد مطالعه، ویژگی خاصی دارند و تعدادشان اندک است (هومن، ۱۳۸۶). دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر از یک سو فرزند آخر بودن کودکان دارای نشانگان داون در اکثر موارد و در نتیجه سن بالاتر از ۱۸ سال خواهران و برادرانشان بود. از دیگر سو، در مواردی هم کودکان دارای نشانگان داون، خواهر و برادر نداشتند. بنابراین با وجود شناسایی ۱۷۳ کودک و نوجوان دارای نشانگان داون، چهل و یک خواهر و برادر ۱۴-۱۸ سال شناسایی و همگی برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. با رعایت حجم نمونه حداقل پانزده نفر در پژوهش‌های آزمایشی (گال، بورگ و گال، ۱۹۹۶، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۴) به دلیل افت

ویرایش دوم) ^۸ محاسبه شده که همبستگی بین آنها ۰/۴۵- تا ۰/۶۱- گزارش شده است. همچنین بین خرده‌مقیاس واکنش هیجانی با خرده‌مقیاس مفهوم خود مثبت بک، همبستگی ۰/۵۸- و با مقیاس مفهوم خود کودکان پیرز-هریس ^۹، همبستگی ۰/۴۹- بدست آمده است. در بررسی روایی همگرا، همبستگی بین نمرات احساس تسلط و احساس صمیمیت با مفهوم خود مثبت بک و مقیاس مفهوم خود کودکان پیرز-هریس، محاسبه و ضریب ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ برای مقیاس بک و ضریب ۰/۵۵ تا ۰/۶۰ برای مقیاس پیرز-هریس بدست آمد و همبستگی مثبت (۰/۶۵ تا ۰/۷۴) بین نمرات مقیاس عواطف و رفتارهای منفی بک با واکنش هیجانی بدست آمده است. از طرف دیگر مقایسه نمرات افراد دارای اختلال‌های اضطرابی، سلوک و افسردگی دو قطبی با افراد عادی نشان داده است که این افراد نسبت به گروه عادی نمرات بالاتری در واکنش هیجانی و نمرات پایین‌تری در احساس تسلط و صمیمیت بدست آوردند که نشان دهنده روایی ملاکی ابزار مذکور است (پرنس-امبوری، ۲۰۰۷).

از آنجا که مقیاس پرنس-امبوری برای نخستین بار است که در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ بنابراین پژوهشگر بعد از ترجمه آن به فارسی، آن را در اختیار یکی از متخصصان روان‌شناسی مسلط به زبان انگلیسی قرار داد تا با برگردان متن ترجمه فارسی به انگلیسی از صحت ترجمه آن اطمینان حاصل شود. سپس با توجه به نظرات ایشان، اصلاحات نهایی اعمال گردید. آنگاه پرسشنامه روی ۵۵ نفر از خواهران و برادران ۱۲ تا ۱۸ ساله دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی شهر شیراز اجرا و ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برای نمره تاب‌آوری کل ۰/۸۵ بدست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آن است. همچنین روایی سازه آن بر اساس روش همبستگی بین کل آزمون و خرده‌آزمون‌های آن محاسبه و برای خرده‌مقیاس‌های احساس تسلط و صمیمیت به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس واکنش هیجانی

گزارش شده است (جوکار، ۱۳۸۶). در تحقیق حاضر شاخص KMO برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۲۱۷۴ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی بودند. البته این مقیاس قبل از استفاده در پژوهش حاضر، روی ۵۵ نفر از خواهران و برادران نوجوان ۱۲-۱۸ سال دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی مدارس شیراز اجرا و ضریب پایایی آن ۰/۹۱ بدست آمد که نشان از همسانی درونی بالای آزمون می‌باشد.

ب: مقیاس تاب‌آوری کودکان و نوجوانان

پرنس-امبوری (۲۰۰۷) به شکل پرسشنامه خودگزارشی برای اندازه‌گیری تاب‌آوری فردی ^۳ کودکان و نوجوانان ۹-۱۸ ساله تهیه شده است که دارای سه خرده‌مقیاس شامل احساس تسلط ^۴ (بیست گوپه، مانند من می‌توانم چیزهای مورد نیازم را بدست آورم)، احساس صمیمیت ^۵ (بیست و چهار گوپه، مانند من می‌توانم به دیگران اجازه دهم که احساس واقعی مرا بدانند) و واکنش هیجانی ^۶ (بیست گوپه، مانند اگر مردم مرا دوست نداشته باشند، بسیار ناراحت می‌شوم) است. نمره‌گذاری پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا اکثر وقت‌ها (نمره ۴) صورت می‌گیرد. گفتنی است که بعد واکنش هیجانی به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون بعد از ساخت در سال ۲۰۰۶ در پژوهش‌ها و کشورهای مختلف استفاده شده و از ویژگی‌های روان‌سنجی بالایی برخوردار است. نمره همسانی درونی آزمون از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ برای ابعاد مختلف آن گزارش شده است. نمرات پایایی بازآزمایی آن از ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ و نمرات آلفا برای سه خرده‌مقیاس از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ بدست آمده است (پرنس-امبوری، ۲۰۰۸ و ۲۰۰۷).

برای ارزیابی روایی سازه و همگرا و واگرایی خرده‌مقیاس‌ها، ابتدا همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس احساس تسلط و احساس صمیمیت با نمرات مقیاس رفتارها و عواطف منفی ^۷ پرسشنامه نوجوانان بک

مهارت‌های زندگی می‌باشد. با توجه به این باور سروف (۱۹۹۷)، تاب‌آوری خصلت^{۱۱} مجزایی نیست که صرفاً به کودکان نسبت داده شود، بلکه فرایند پویایی است که از زمانی به زمان دیگر و بسته به فرصت‌هایی که در زندگی برای فرد پیش می‌آید، تغییر می‌کند. بنابراین در هر نقطه و مرحله‌ای در گستره زندگی می‌تواند به وجود آید (راتر، ۲۰۰۷؛ تاپس، ۲۰۰۶؛ گیلسپیت، ۲۰۰۷). از این رو، به نظر می‌رسد که تاب‌آوری یک فرایند باشد نه یک خصلت (والر، ۲۰۰۰؛ لاتر و سیچتی، ۲۰۰۰). در واقع، مهم‌ترین نتیجه کاربردی حاصل از پژوهش‌های تاب‌آوری، این است که تاب‌آوری فرایندی پویا، کیفیتی قابل تغییر و انعطاف‌پذیر است که در آن تأثیرات محیطی و شخصیتی در تعاملی متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند. تاب‌آوری قابل یادگیری و تغییر است و می‌توان آن را در افراد ایجاد کرد یا افزایش داد. به طور کلی اکثر شواهد و دیدگاه‌های موجود گویای این مطلب است که می‌توانیم توانمندی افراد را ارتقا دهیم؛ به گونه‌ای که به احساس هویت، کارآمدی، توانایی تصمیم‌گیری، هدف‌گذاری و باور به آینده دست یابند. از این رو، برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر بر اساس مطالعه پیشینه مربوط به تاب‌آوری، مصاحبه و نیازسنجی در دوازده جلسه (هر جلسه حدود ۷۰-۸۰ دقیقه) با رویکرد شناختی- رفتاری توسط شجاعی در سال ۱۳۹۱ طراحی و اثربخشی آن به شکل مقدماتی مورد تایید قرار گرفته است (شجاعی، ۱۳۹۱). فهرست کلی جلسات و هدف‌های آن به طور خلاصه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- برنامه جلسه‌های آموزش مهارت‌های تاب‌آوری برای خواهران و برادران افراد دارای نشانگان داون

۱. آشنایی و ارائه اطلاعات	هدف: معرفی افراد، معرفی برنامه، توضیح هدف‌های برنامه و دعوت از نوجوانان برای مطرح کردن انتظارات خود از برنامه، دانش‌افزایی از طریق ارائه اطلاعات کلی در مورد نشانگان داون و پاسخ به سؤال‌های خواهران و برادران. در این جلسه به آزمودنی‌ها بروشور اطلاعات داده شد. کتاب‌ها و سایت‌های اطلاعاتی معرفی و نمایش داده شد
۲. ارتباط	هدف: آشنایی با فرایند ارتباط، تمرین عملی رفتارهای مناسب ارتباطی به همراه آموختن شیوه صحیح تفکر برای برقراری ارتباط مناسب. آزمودنی‌ها روش‌هایی را که هر یک می‌توانستند متناسب با ویژگی‌های خود در برقراری ارتباط به کار گیرند با روش بحث گروهی مورد ارزیابی و تمرین قرار دادند
۳. مقابله با رفتارهای مشکل‌آفرین	هدف: مرور مهارت‌های یاد گرفته شده قبلی، شناخت رفتار مشکل‌آفرین، آشنایی با شیوه‌های برخورد با رفتار مشکل‌آفرین. منظور از رفتارهای مشکل‌آفرین، عادت‌ها و رفتارهای مشکل‌آفرین خواهر یا برادر دارای نشانگان داون بود. علاوه بر اینکه مربی برخی از شیوه‌های

ضریب ۰/۵۱ بدست آمد که نشان‌دهنده روایی سازه‌ای بالای این مقیاس است. در مورد روایی همزمان، نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین نمره کلی تاب‌آوری آزمودنی‌ها در مقیاس پرینس-امبوری با نمره تاب‌آوری مقیاس کانر و دیویدسون همبستگی معنادار ۰/۶۱ وجود دارد.

معرفی برنامه مداخله‌ای

بر اساس مطالعه پیشینه تا زمانی که افراد از تجارب زندگی خود به منظور رشد اجتماعی و روان‌شناختی استفاده می‌کنند، به عنوان یک فرد بزرگسال می‌توانند تاب‌آوری را یاد بگیرند. تحقیقات مربوط به سخت‌رویی^{۱۲} نشان داده است که نوجوانان نیز می‌توانند تاب‌آوری را بیاموزند (مدی و خوشابا، ۲۰۰۵). همچنین لاتر و سیچتی (۲۰۰۰) گزارش کرده‌اند که برای رشد مثبت، تاب‌آوری و سازگاری ظاهراً محدودیت سنی وجود نداشته باشد. تاب‌آوری بسته به موقعیت‌هایی که در زندگی برای افراد پیش می‌آید شکل می‌گیرد و به وسیله برخی از راهبردهای مداخله‌ای در افراد تغییر می‌کند. همین طور لوتانز (۲۰۰۲) و استورت، رید و مانگهام (۱۹۹۷) بر این باورند که تاب‌آوری در طول زمان تغییر می‌کند و می‌توان آن را در افراد ایجاد کرد و آن را از طریق عوامل حفاظتی افزایش داد.

برای ایجاد تاب‌آوری در کودکان و نوجوانان باید عوامل گوناگونی را در نظر گرفت که از جمله آنها ارائه حمایت و مراقبت، طراحی و ارتباط‌سازی برای افزایش امیدواری، فرصت‌سازی برای مشارکت معنادار، پیشاهنگی در برقراری پیوندهای اجتماعی و آموزش

اصلاح رفتار را به زبان ساده توضیح داد و با ارائه بروشور، اطلاعات کامل‌تر را در اختیار آزمودنی‌ها قرار داد، خود نوجوانان نیز تجربه‌های موفق خود را در مورد رفتارهای مشکل‌آفرین یکسان در اختیار یکدیگر قرار می‌دادند	
۴. مدیریت هیجانات و احساس‌ها	هدف: شناخت احساس‌های خود، آگاهی نسبت به عملکرد بروز آنها، کسب توانایی تغییر احساس‌ها از طریق تغییر دادن باورها. با استفاده از تمرین‌های عملی به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که چگونه افکار و باورهای ایجاد کننده احساس‌ها را شناسایی کند و با تمرین تغییر باورها به صورت عملی و با کمک اعضای گروه، اثر آن را بر تغییر احساس‌ها مشاهده نمایند
۵. مقابله با استرس	هدف: آشنایی با مفهوم مقابله، دانستن روش مقابله‌ای که خود نوجوان به کار می‌برد، کسب اطلاعات درباره روش‌های مقابله با استرس و تمرین عملی آنها.
۶. مدیریت خشم	هدف: شناخت احساس خشم در خود، آگاهی از میزان آن، کسب اطلاع با روش‌های کاهش و کنترل خشم، تمرین بازی نقش
۷. حل مسئله	هدف: آشنایی با مراحل حل مسئله، تمرین نحوه اجرا و کاربرد روش حل مسئله در مثال‌ها و اتفاق‌های واقعی که خود نوجوانان مطرح می‌کنند. برای مثال نوجوانان از طریق بیان خاطرات مربوط به رفتارهای نادرست خواهر یا برادر دارای نشانگان داون تشویق می‌شدند که از روش حل مسئله برای کاهش احساس ناخوشایند و از برخورد منطقی‌تر برای حل مشکلاتشان استفاده نمایند
۸. هدف‌گذاری برنامه‌ریزی	هدف: آموزش و تمرین عملی نحوه هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی صحیح، دانستن اهمیت هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای موفقیت در زندگی. در این جلسه، نوجوانان تکلیف خانگی دریافت می‌کردند تا برای یک روز یا یک هفته هدف‌گذاری کنند و در مورد هدف‌های بلندمدتشان در طول جلسه با یکدیگر صحبت می‌کردند.
۹. خوش‌بینی (۱)	هدف: آشنایی با مفهوم خوش‌بینی و واقع‌بینی و تأثیر آن بر عزت نفس، یادگیری و تمرین عملی چگونگی اصلاح سبک تبیین در برخورد با موفقیت‌ها و شکست‌ها برای یادگیری خوش‌بینی در زندگی روزمره.
۱۰. خوش‌بینی (۲)	هدف: یادگیری نحوه تغییر سبک تبیین برای موفقیت‌ها و شکست‌ها، مزایای خوش‌بینی در زندگی، تمرین عملی خوش‌بینی برای اتفاق‌های واقعی زندگی.
۱۱. خودآگاهی (من و برادر یا خواهرم)	هدف: کسب شناخت بهتر از توانمندی‌ها و انواع ویژگی‌های خود و خواهر یا برادر دارای نشانگان داون، توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های فردی، آشنایی با رابطه عزت نفس و خودآگاهی و روش‌های افزایش اعتماد به نفس
۱۲. مرور و جمع بندی	هدف: نوجوانان برای تداوم ارتباط با یکدیگر، برنامه‌ریزی کنند. از مزایای با هم بودن و کسب تجربه‌های مشترک بیشتر صحبت نمایند. معرفی منابع و مراکز حمایتی و افراد دارای نشانگان داون موفق.

از اجرای پس‌آزمون)، پرسشنامه‌های هر دو گروه آزمایشی و کنترل به درب منزل آنان برده شد و بعد از تکمیل جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان هر دو گروه آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهایی مانند سن، جنسیت، شغل و تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی خانواده همساز شده بودند. برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن، با توجه به انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری استاندارد و فرضیه‌های مطرح شده در این پژوهش، از روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (عامل بین‌گروهی: گروه‌های آزمایشی و کنترل و عامل درون‌گروهی: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). با توجه به اینکه در این پژوهش فرضیه اثربخشی برنامه مداخله‌ای بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن مطرح شده است، ابتدا

برنامه مداخله‌ای، به شکل گروهی آموزش داده شد. محل اجرای برنامه، کلینیک روان‌شناسی کودکان دارای نیازهای ویژه دانشگاه شیراز بود که به مدت شش هفته طول کشید. آزمودنی‌ها از نقاط مختلف شهر شیراز بودند که در جلسات حضور می‌یافتند. پیش از اجرای برنامه مداخله‌ای از هر دو گروه آزمایشی و کنترل پیش‌آزمون به عمل آمد. بدین شکل که از گروه آزمایشی در مکان اجرای برنامه، قبل از شروع برنامه و بعد از اتمام آن خواسته شد که پرسشنامه را کامل نمایند. در مورد گروه کنترل، پرسشنامه‌ها درون پاکت گذاشته شده و با تماس تلفنی و با هماهنگی قبلی به درب منازل شرکت‌کنندگان برده شده و بعد از تکمیل جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که نشانی منزل و تلفن تماس فرد مورد مطالعه یا خانواده‌اش قبل از اجرای برنامه و در هنگام گرفتن رضایت از والدین تهیه شده بود. در مرحله اجرای پیگیری (حدود ۳۵-۴۰ روز بعد

میانگین نمرات آزمودنی‌ها در این متغیرها گزارش شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره شرکت‌کنندگان در تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن به تفکیک عامل گروه، زمان و مقیاس اندازه‌گیری

مرحله	گروه	تاب‌آوری کانر و دیویدسون		تاب‌آوری پرینس-امبوری		احساس تسلط		احساس صمیمیت		واکنش هیجانی	
		(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M
پیش‌آزمون	آزمایشی	(۱۷)	۵۴	(۹/۳)	۴۶	(۱۰/۷)	۴۹/۸	(۱۰/۷)	۶۱/۳	(۱۰/۷)	۴۱
	کنترل	(۱۴)	۴۸	(۱۰/۶)	۴۷	(۱۲)	۴۱/۱	(۱۲)	۵۳/۵	(۹/۶)	۳۹
پس‌آزمون	آزمایشی	(۱۱/۴)	۶۹/۵	(۸)	۶۵/۵	(۸)	۵۹/۹	(۸)	۷۱/۴	(۹/۴)	۲۴/۴
	کنترل	(۱۵/۵)	۵۱/۰۶	(۱۰/۲)	۴۹/۳	(۱۱/۷)	۴۴	(۱۱/۷)	۵۴	(۱۴)	۴۰
پیگیری	آزمایشی	(۱۶/۳)	۶۷/۶	(۷/۳)	۶۶/۴	(۷/۳)	۵۹/۷	(۷/۶)	۷۳	(۸/۶)	۲۵/۱
	کنترل	(۱۰/۶)	۴۹	(۹/۲)	۴۶/۴	(۱۰/۵)	۴۳/۳	(۱۰/۵)	۴۹/۴	(۱۲/۳)	۴۰/۳

تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در گروه کنترل هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون می‌باشد. بنابراین در ادامه جهت آزمون فرض معناداری از تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین‌های نمره‌های تاب‌آوری (بر اساس هر دو مقیاس) و مؤلفه‌های آن (احساس تسلط، صمیمیت و واکنش هیجانی) در گروه آزمایشی نسبت به نمره‌های

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر نمرات تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن به تفکیک مقیاس اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
نمره کل	بین‌گروهی	۸۴۳/۷۵	۱	۸۴۳/۷۵	۵/۸۸	۰/۰۲	۰/۱۷
	زمان * گروه	۵۷۰/۴	۱	۵۷۰/۴	۳/۹۷	۰/۰۵	۰/۱۲
تاب‌آوری کانر	درون‌گروهی	۴۷۲۳/۴	۱	۴۷۲۳/۴	۱۲/	۰/۰۰۲	۰/۲۹
نمره کل	بین‌گروهی	۳۴۸	۱	۳۴۸	۲۱/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
	زمان * گروه	۴۴۰/۱	۱	۴۴۰/۱	۲۷/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
تاب‌آوری	درون‌گروهی	۵۱۷۵/۶۲	۱	۵۱۷۵/۶۲	۲۲/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
پرینس-امبوری	بین‌گروهی	۵۴۶	۱	۵۴۶	۱۶/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۳۷
احساس تسلط	درون‌گروهی	۲۲۰/۴	۱	۲۲۰/۴	۶/۶۱	۰/۰۲	۰/۱۹
	زمان * گروه	۴۱۲۰/۹	۱	۴۱۲۰/۹	۱۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵
احساس صمیمیت	بین‌گروهی	۲۲۴/۳	۱	۲۲۴/۳	۹/۳۷	۰/۰۰۵	۰/۲۵
	زمان * گروه	۹۴۴/۰۷	۱	۹۴۴/۰۷	۳۹/۵	۰/۰۰۰۰	۰/۵۸
واکنش هیجانی	درون‌گروهی	۵۸۷۲/۵	۱	۵۸۷۲/۵	۱۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	درون‌گروهی	۸۱۴/۰۲	۱	۸۱۴/۰۲	۴۴/۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱
واکنش هیجانی	درون‌گروهی	۱۱۱۸/۰۲	۱	۱۱۱۸/۰۲	۶۱/۳	۰/۰۰۰	۰/۶۸
	بین‌گروهی	۲۱۶۰/۹	۱	۲۱۶۰/۹	۷/۸	۰/۰۰۹	۰/۲۲

بیان کرد که بین میانگین نمرات تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد، میانگین نمرات تاب‌آوری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات تاب‌آوری (بر اساس مقیاس پرینس-امبوری) $[F(1,28) = 21/3, P < 0/0001, \eta^2 = 0/44]$ و کانر و دیویدسون $[F(1,28) = 5/8, P < 0/02, \eta^2 = 0/17]$ معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان

معناداری وجود دارد و از طرف دیگر بین میانگین تاب‌آوری (بر اساس مقیاس‌های پرینس-امبوری ($M_{diff}=8/0, P>0/001$) و کانر و دیویدسون ($M_{diff}=1/9, P>0/001$) و مؤلفه‌های آن (احساس تسلط ($M_{diff}=0/9, P>0/001$)، احساس صمیمیت ($M_{diff}=1/8, P>0/05$) و واکنش هیجانی ($M_{diff}= -0/6, P>0/05$)) گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که شاهدی بر پایداری نتایج می‌باشد. شایان ذکر است که بین میانگین نمرات گروه کنترل در تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری شرکت‌کنندگان در برنامه آموزش مهارت‌های تاب‌آوری در پس‌آزمون به طور معناداری از افراد گروه کنترل بالاتر است و این یافته بر اساس داده‌های هر دو مقیاس تاب‌آوری پرینس-امبوری و کانر و دیویدسون مشاهده شده است. همچنین بین میانگین نمرات تاب‌آوری پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی بر اساس هر دو مقیاس، تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان‌دهنده پایداری اثربخشی برنامه است.

پژوهش‌های متعدد به نتیجه‌ای مشابه دست یافته‌اند که می‌توان به پژوهش‌های کاوه و همکاران (۱۳۹۰)؛ علیزاده (۱۳۹۰)؛ مک‌گراث (۲۰۰۰)؛ وتر و همکاران (۲۰۱۰)؛ بورتون و همکاران (۲۰۱۰)؛ ویس (۲۰۰۰)؛ شکور و فیستر (۲۰۰۰)؛ آرمان و فیروزکوهی مقدم (۱۳۸۳) و دیویدسون و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کرد. پژوهش‌های مذکور به رغم تفاوت روش‌شناسی با پژوهش حاضر (مانند تعداد نمونه و ویژگی‌های گروه نمونه)، از تأیید فرضیه اول در زمینه افزایش تاب‌آوری حمایت می‌کنند. در این پژوهش مشاهده شد که تاب‌آوری قابل تغییر و افزایش است. از دلایل این افزایش می‌توان به این نکته اشاره کرد که در برنامه

متغیر گروه متفاوت است. معنادار بودن عامل گروه بر نمرات مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت قابل‌ملاحظه وجود دارد.

همچنین تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری پرینس-امبوری (یعنی احساس تسلط [$F(1,28)=16/37, P<0/001, \eta^2=0/37$])، احساس صمیمیت [$F(1,28)=9/73, P<0/001, \eta^2=0/25$] و واکنش هیجانی [$F(1,28)=44/6, P<0/001, \eta^2=0/61$] معنادار می‌باشد که نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین میانگین نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. معناداری تأثیر گروه بر نمرات مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. از طرف دیگر معنادار بودن اثر تعامل بین زمان و گروه در هر سه مؤلفه بیان می‌کند که تفاوت میانگین نمرات در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه، متفاوت است. بنابراین برای بررسی نحوه تعامل از آزمون تعقیبی بان‌فونی استفاده شد و نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایشی با نمرات پس‌آزمون در تاب‌آوری (بر اساس مقیاس‌های پرینس-امبوری ($M_{diff}=9/4, P<0/001$) و کانر و دیویدسون ($M_{diff}=15/6, P<0/001$) و مؤلفه‌های تاب‌آوری احساس تسلط ($M_{diff}=10/06, P<0/001$)، احساس صمیمیت ($M_{diff}=9/9, P<0/001$) و واکنش هیجانی ($M_{diff}=16/6, P<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد که نشان‌دهنده اثربخشی برنامه مداخله‌ای می‌باشد. همچنین بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری (بر اساس مقیاس‌های پرینس-امبوری ($M_{diff}=10/2, P<0/001$) و کانر و دیویدسون ($M_{diff}=13/6, P<0/001$) و مؤلفه‌های آن (احساس تسلط ($M_{diff}=9/8, P<0/001$)، احساس صمیمیت ($M_{diff}=11/8, P<0/001$) و واکنش هیجانی ($M_{diff}=16, P<0/001$)) در گروه آزمایشی، تفاوت

در مورد ارتباط خوش‌بینی با تاب‌آوری، پژوهش‌های موجود از یافته پژوهشی ما به شدت حمایت می‌کنند. به نظر می‌رسد خوش‌بینی، تاب‌آوری را در حوادث استرس‌زای زندگی همراهی می‌کند (کارور، شی‌یر و سیجراستروم، ۲۰۱۰).

کمک گرفتن از دیگران و منابع مختلف یکی از توانایی‌هایی است که می‌تواند احساس تسلط را در این افراد افزایش داده و در نهایت موجب افزایش تاب‌آوری‌شان گردد. این موضوع را برخی از پژوهش‌ها، مورد تأیید قرار داده‌اند (مانند، کینسلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶؛ تامپسون، ۱۹۹۵).

پایداری اثربخشی برنامه مداخله‌ای بر احساس تسلط با یافته‌های بورتون (۲۰۱۰) و دایسون (۱۹۹۸) همسو است.

اثربخشی برنامه مداخله‌ای بر احساس صمیمیت در حد بالایی می‌باشد. در همین راستا، حجازی و سلیمانی (۱۳۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که مؤلفه‌های صمیمیت، اعتماد و وفاداری در دوستی با دیگران جزء قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تاب‌آوری محسوب می‌گردند. همچنین اشتین‌هاردت و دالبیر (۲۰۰۸)، برقراری ارتباط صمیمی با دیگران و مک‌گراث (۲۰۰۰)، مهارت دریافت حمایت‌های اجتماعی را در برنامه‌های آموزش تاب‌آوری‌شان آموزش داده و به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش این مهارت‌ها باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. افزون بر موارد مذکور، برگمن (۱۹۹۸) و متزگر (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافته‌اند که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط به خواهران و برادران افراد با کم توانی ذهنی می‌تواند احساس صمیمیت آنها را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد.

شایان ذکر است که برنامه آموزش مهارت‌های تاب‌آوری توانست واکنش هیجانی خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان دارای نشانگان داون را به طور معناداری کاهش دهد و با توجه به اندازه اثر مشاهده شده در این بخش از داده‌ها می‌توان گفت که برنامه

مداخله‌ای پژوهش حاضر، مهارت‌ها و موضوع‌هایی آموزش داده شده است که با تاب‌آوری ارتباط داشته‌اند و پژوهش‌های پیشین این ارتباط را بیان کرده‌اند. از جمله آموزش خوش‌بینی (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۵، ترجمه داورپناه، ۱۳۸۲)، حل مسئله (بورتون، ۲۰۱۰؛ کاتولی و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک‌گراث، ۲۰۰۰)، مهارت‌های ارتباطی مناسب با همسالان، والدین و سایر بزرگسالان (اسکودول، ۲۰۱۰؛ فراسر و پاکنهام، ۲۰۰۹)، خودادراکی، شناخت کافی از خود و توجه به نقاط قوت و ضعف خود (ریچ، زاترا و هال، ۲۰۱۰؛ لوباتو و کائو، ۲۰۰۲؛ بلوم، ۱۹۹۸؛ کینسلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۸)، منبع کنترل درونی و جهت‌گیری مثبت به آینده (بلوم، ۱۹۹۸؛ گیلهم و همکاران، ۲۰۰۶)؛ خودکارآمدی که به منظور آموزش آن؛ مهارت‌های حل مسئله، شناخت نقاط قوت و ضعف و مهارت‌های هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی در جلسات مختلف آموزش داده شده‌اند (ریچ، زاترا و هال، ۲۰۱۰؛ گیلهم و همکاران، ۲۰۰۶)، مهارت دریافت حمایت و کمک طلبیدن از دیگران به ویژه والدین و متخصصان (میر و ودسی، ۲۰۰۸؛ پاول، گالاگر و رودز، ۲۰۰۶).

دلیل اصلی پایداری نتایج، این است که برخی از سازه‌های روان‌شناختی مثل تاب‌آوری به شکل فرایندی در گذر زمان تغییر می‌کنند و تغییر در آنها در کنار اجرای برنامه‌های مداخله‌ای نیاز به گذر زمان نیز دارد. در راستای تأیید این مطلب می‌توان به پژوهش وتر و همکاران (۲۰۱۰) و گاتجار (۲۰۰۷) اشاره کرد.

بسیاری از پژوهش‌های پیشین ارتباط بین تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی و انطباق را تأیید کرده‌اند. برای مثال، دال و لیون (۱۹۹۸). احساس خودکارآمدی را می‌توان با افزایش اطلاعات و آگاهی نوجوانان از شرایط خاص و ویژگی‌های خواهر یا برادر دارای نشانگان داون‌شان نیز افزایش داد (لوباتو و کائو، ۲۰۰۲؛ ویس، ۲۰۰۰).

شجاعی، ستاره؛ به‌پژوه، احمد؛ شکوهی یکتا؛ محسن و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۲(۶)، ۲۱-۴۶.

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

علیزاده، حمید (۱۳۹۰). طرح پژوهشی تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال‌های رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود. پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.

کاوه، منیژه؛ علیزاده، حمید؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی و اسکندری، حسین (۱۳۹۰). تدوین برنامه آموزش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۹۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، محمدجعفر پاکسرشت، علیرضا کیامنش، خسرو باقری و همکاران (۱۳۸۴). تهران: سمت.

هومن، حیدر علی (۱۳۸۶). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت.

Alim, T. N., Feder, A., Graves, R. E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M., et al. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high risk African-American population. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1566-1575.

Bergmann, L. L. (1998). *A Guide for Conducting a Support Group for Siblings of Children with Disabilities*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 59 (6), 3046.

Blum, A. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: A Review. *Journal of Adolescent Health*, 22(5), 368-375.

Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. & Kim, E. S., (2009). A Meta-Analytic Review of the Penn Resiliency Program's Effect on Depressive Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042-1054.

Burton, N. W.; Pakenham, K. I. & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 266-277.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 879-889.

مداخله‌ای توانسته است به میزان بسیار بالایی بر کاهش واکنش‌های منفی تأثیر بگذارد.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های ریویچ و شاته (۲۰۰۲)، ریویچ و همکاران، (۲۰۰۵) همخوانی دارد. آنها بیان می‌کنند که افزایش تاب‌آوری منجر به تنظیم و کنترل واکنش هیجانی می‌شود. همچنین دایسون (۱۹۹۸)، لوباتو و کائو (۲۰۰۰)، لوباتو، کائو و پلنت (۲۰۰۶) و میر (۲۰۰۸) نیز با اجرای مداخله‌هایی که مهارت‌های مربوط به شناخت و مدیریت احساس‌ها و هیجانات جزء اصلی آنها بوده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که افزایش تاب‌آوری منجر به کاهش واکنش هیجانی می‌شود.

یادداشت‌ها

- 1) Seeb Shop
- 2) The Penn Resiliency Program
- 3) Personal Resiliency
- 4) Sense of Mastery (MAS)
- 5) Sense of Relatedness (REL)
- 6) Emotional Reactivity (ERA)
- 7) Negative Affect and Behavior
- 8) Beck Youth Inventory (2nd Edition)
- 9) Piers-Harris Children's Self-Concept
- 10) Hardiness
- 11) Trait

آرمان، سرور و فیروزکوهی مقدم، محبوبه (۱۳۸۳). تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان کم‌توان. *مجله طبیب شرق*، ۶(۴)، ۲۶۷-۲۷۳.

پورمحمدی تجریشی، معصومه (۱۳۸۹). مداخله‌های خواهر و برادر محور کودکان با نشانگان داون. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران: دومین سمینار آشنایی با نشانگان داون.

جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۲(۲)، ۳-۱۲.

حجازی، الهه و سلیمانی، حمیده (۱۳۸۹). کیفیت دوستی، تقابل دوستی و تاب‌آوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۴)، ۳۱۹-۳۲۵.

خوش خرام، نجمه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری از طریق افزایش امید و عاطفه مثبت، بر تغییر آثار سبک دلبستگی ناایمن در دانشجویان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

سلیگمن، ای پی مارتین؛ ریویچ، کارن؛ جیکاکس، لیزا و گیلهام، جین (۱۹۹۵). کودک خوش بین، برنامه‌ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی. ترجمه فروزنده داوردپناه (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.

- Cohen, B. H. (2007). *Explaining Psychological Statistics* (3rd Eds). Hoboken: Wiley.
- Connor, K. M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cuskelly, M., & Gunn, P. (2003). Sibling relationships of children with Down syndrome: perspectives of mothers, fathers, and siblings. *American Association on Mental Retardation*, 108(4), 234-244.
- Cutuli, J.J., Chaplin, T.M., Gillham, J.E., Reivich, K.J., & Seligman, M.E.P. (2006). Preventing co-occurring depression symptoms in adolescents with conduct problems: The Penn Resiliency Program. *New York Academy of Sciences*, 10(94), 282-286.
- Davidson J. R, Payne V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothabum, B. O., Hertzberg, M. A. & Weisler, R. H.(2005). Trauma, resilience, and saliostatis: Effects of treatment on PTSD. *International Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 43-48.
- Doll, B., & Lyon, M. A. (1998). Resilience applied: The promise and pitfalls of school based resilience programs. *School Psychology Review*, 27(3), 124-189.
- Dyson, L. L. (1998). A support program for siblings of children with disabilities: What siblings learn and what they like. *Psychology in the Schools*, 35(1), 57-65.
- Floyd, F. J. Purcell, S.E., Richardson, S. S. Kupersmidt, J. B. and Abbeduto, L. (2009). Sibling relationship quality and social functioning of children and adolescents with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(2), 110-127.
- Fraser, E. & Pakenham, K. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Child and Adolescent Behavior Letter*, 22(9), 4-6.
- Gallagher, P. A., Powell, T. H. and Rhodes, CH. A. (2006). *Brothers and Sisters. A Special Part of Exceptional Families* (3rd Ed). London: Paul H. Brooks.
- Gillespite, B. M. (2007). *The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses*. Dissertation Submitted in fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology. Griffith University.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 203-219.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., Elkon, A., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., & Seligman, M. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9-19.
- Gutjahr, A. R. (2007). *Child Resilience Program: An Intervention for Children of Chronically Mentally Ill Parents*. A Dissertation Submitted for the Degree of Doctor of Psychology At the School of Psychology, Spalding University.
- Hamill, S. K. (2003). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-146.
- Henderson, N., Benard, B., Sharp-Light, N. (Eds.). (2000). *Mentoring for Resiliency: Setting up Programs for Moving Youth from Stressed to Success*. San Diego, CA: Resiliency In Action, Inc.
- Hiemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T.C.andFriborg, O.,(2007). Resilience as a Predictor of Depressive Symptoms: A Correlational Study with Young Adolescents . *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 12, 91-104.
- Kinsella, K., Anderson, R. & Anderson, W. (1996). Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult off spring and sibling of people with mental illness: Retro portico Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 20(2), 24-32.
- Lamorey, S. (1999). Parentification of siblings of children with disability or chronic disease. In Chase, N.D. (Ed.), *Burdened Children: Theory, Research and Treatment of Parentification*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Lobato, D. (1990). *Brothers, Sisters, and Special needs: Information and Activities for Helping Young Siblings of Children with Chronic Illnesses and Developmental Disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Lobato, D. J., & Kao, B. T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 711-716.
- Lobato, D., Kao, B., & Plante, W. (2006). *SibLink: Meeting the Needs of Siblings of Children with Chronic Illness and Disability*. The Brown University.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.

- Luthar S. S. & Zelazo L. B. (2003). Research on resilience: *An Integrative Review*, 63(1), 510–50.
- Luthar, S.S., (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D., (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Journal of Development and Psychopathology*, 12(4), 857-85.
- Maddi, SR & Khoshaba, DM (2005) Resilience at Work. *Harvard Business Review*.
- McGrath, H. (2000). The Bounce Back! Resiliency program: A pilot study. *American Educational Research Association Annual Conference*, New Orleans, April 24th-28th.
- Metzger, S. B. (2004). *The effect of a support group for school-age sibling of children with a disability: A pilot study*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of psychology. Fai Fleigh Dickinson University.
- Meyer, D. (2011). The Sibling Support Project. Available at: <http://www.siblingsupport.org/about/about-the-sibling-support-project>.
- Meyer, D. J. & Vadasy, P. (2008). Sib shops: Workshops for sibling of children with special needs (Rev. ed.). London: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Prince-Embury, S. (2007). *The Resiliency Scales for Children and Adolescents: Profiles of Strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating Resiliency Theory for Assessment and Application in Schools. *Canadian Journal of School Psychology*, 64(4), 545-553.
- Reich, J. W., Zautra A. J. & Hall, J. S. (2010). *Handbook of Adult Resilience*. London: The Guilford Press.
- Reivich, K. & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor: Seven Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles*. New York: Broadway Books.
- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M., & Seligman, M. E. P. (2005). From helplessness to optimism: the role of resilience in treating and preventing depression in youth. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 223-237). New York: Plenum Publishers.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Neglect*, 31(3), 205-209.
- Seligman, M., & Darling, R. (2007). *Ordinary Families, Special Children: A Systems Approach to Childhood Disability*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., Parks, A.C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 744-88.
- Shakoor, M & Fister, D. L. (2000): Finding hope in Bosnia: Fostering resilience through group process intervention, *Journal for Specialists in Group Work*, 25(3), 269-287.
- Shapiro, D. H., J. R., Schwartz, C. E. & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Skodol, A.E.(2010). The resilient Personality. In Reich John W., Zautra Alex J. & Stuart Hall, John. *Handbook of Adult Resilience* (pp. 112–125). New York: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (1997) Psychopathology as an outcome of development. *Developmental Psychopathology*, 9, 251-268.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Stewart, M., Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 21-31.
- Thies, K. (2006). Resilience. In K. Thies & J. Travers (Eds.), *Handbook of Human Development for Health Professionals* (pp. chapter 4:53-76). Sudbury: Jones & Barlett.
- Thompson, R.A. (1995). *Preventing Child Maltreatment Through Social Support*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vaise, M. J. (2000). *Teaching Resilience Skills to Children Who Have Been Exposed to Domestic Violence: An Explanatory Qualitative Study*. A clinical dissertation presented school of professional at Alliant University in partial fulfillment of the Degree Doctor of Psychology.
- Vetter, S., Dulaev, I., Mueller, M., Henley, R.T., Gallo, W. & Kanukova, Z, (2010). Impact of resilience enhancing programs on youth surviving the Beslan School siege. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <http://www./capmh.com/content/4/1/11>.
- Waller, M. (2000). Resilience in the ecosystem context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsiatry*. 71(3), 290-297.

