

پیش‌بینی نشانه‌های سلامت‌روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰

ستاره شجاعی^۱، دکتر احمد به‌پژوه^۲، دکتر محسن شکوهی‌یکتا^۳، دکتر باقر غباری^۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نشانه‌های سلامت‌روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی صورت گرفت. روش پژوهش کاربردی و شیوه انجام دادن آن همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه خواهران و برادران نوجوان ۱۲-۱۸ ساله دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۹۱ نوجوان ۱۲-۱۸ ساله (۵۰ دختر و ۴۱ پسر) که خواهر و برادر با کم‌توانی ذهنی داشتند، به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون برای سنجش تاب‌آوری و از پرسشنامه سلامت‌روانی عمومی برای سنجش اختلال سلامت‌روانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده منفی و معنادار نشانه‌های اختلال‌های جسمی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی سلامت‌روانی است ($p < 0/01$). این یافته نشانگر نقش و اهمیت تاب‌آوری بر سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود با طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش تاب‌آوری به عنوان یک برنامه پیش‌گیری درجهت افزایش سلامت‌روانی نوجوانان دارای خواهر یا برادر با کم‌توانی ذهنی اقدام شود.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، سلامت‌روانی، خواهران و برادران، دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی Email: sbshojaee@ut.ac.ir

۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه تهران

۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه تهران

۴. دانشیار روانشناسی دانشگاه تهران

مقدمه

وجود ناتوانی در یکی از فرزندان خانواده نه تنها بر والدین تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند مسائل گوناگونی را برای همه اعضای خانواده ایجاد کند. زندگی خانواده، زمانی که یکی از فرزندان ناتوانی دارد، غالباً حول و حوش نیازهای آن کودک می‌چرخد. به همین دلیل والدین وقت کمتری برای گذراندن با سایر فرزندان دارند و همین امر باعث می‌شود که آن فرزندان فکر کنند؛ به اندازه کودک دارای ناتوانی برای والدین حائز اهمیت نیستند و این مسأله به نوبه خود منجر به احساس ناخشنودی و مشکلات رفتاری در آنان می‌شود (آکسوی و برسین ییلدریم^۱، ۲۰۰۸، ص. ۷۷۶). این گروه از کودکان به مرور متوجه می‌شوند که زندگی‌شان نسبت به زندگی همسالان‌شان متفاوت است. آنها نمی‌دانند که به سؤالات دیگران درباره خواهر یا برادر ناتوان‌شان چگونه پاسخ دهند (هوات زاگر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵، ص. ۳۴). به همین دلیل در معرض خطر ابتلا به آسیب‌ها و اختلال‌های گوناگون هستند.

در تأیید موارد مذکور، تحقیقات نشان می‌دهند که خواهران و برادران کودکان با کم‌توانی ذهنی استرس بسیاری را تجربه می‌کنند و نسبت به کسانی که چنین کودکانی را در خانواده ندارند، بیشتر در معرض خطر مشکلات عاطفی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری قرار دارند (ویلیامز^۳ و همکاران، ۱۹۹۷، ص. ۱۲۸؛ شارپ و روسیتر^۴، ۲۰۰۲، ص. ۷۰۵). خواهران و برادران کودکان با کم‌توانی ذهنی به ویژه در دوران نوجوانی با مشکلات گوناگونی مواجه هستند که از جمله می‌توان به فشار ناشی از مسئولیت‌های مراقبتی و اختلال‌های رفتاری کودک با کم‌توانی ذهنی (کاسکلی و گان^۵، ۱۹۹۳، ص. ۵۲۳) اشاره کرد. همسو با یافته‌های مذکور، تحقیقات نشان می‌دهند که اختلال سلوک، پرخاشگری و مشکلات تحصیلی در

-
1. Aksoy & Bercinyildirim
 2. Houtzager
 3. Williams
 4. Sharpe & Rossiter
 5. Cuskelly & Gunn

دانش‌آموزان دارای خواهر و برادر با کم‌توانی ذهنی نسبت به دانش‌آموزانی که دارای خواهر و برادر عادی هستند (فیسمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۶، ص. ۱۵۴۰؛ هانا و میدلارسکی^۲، ۱۹۹۹، ص. ۸۹) بیشتر است. در مقابل برخی از تحقیقات نیز نشان می‌دهند که وجود یک کودک با کم‌توانی ذهنی در خانواده فرصت‌هایی را برای رشد و پختگی، همدلی با مشکلات دیگران، تحمل تفاوت‌ها، افزایش شایستگی اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و استقلال خواهران و برادران فراهم می‌نماید (وارن داد^۳، ۲۰۰۴، ص. ۴۸).

در واقع اثرات متفاوت داشتن خواهر و برادر با کم‌توانی ذهنی بر افراد گوناگون، محققان را با این سؤال مواجه کرده است که چرا برخی از افراد به راحتی می‌توانند با مشکلات داشتن خواهر یا برادر با کم‌توانی ذهنی کنار بیایند؛ اما برخی دیگر همچنان با مسائل و مشکلات مختلفی درگیر هستند (تیز^۴ و همکاران، ۲۰۰۱، ص. ۱۱۶؛ گرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۷، ص. ۵۶۳). همکاران، ۲۰۰۷، ص. ۵۶۳).

محققان در پی پاسخگویی به سؤال مذکور به این نتیجه رسیده‌اند که این کودکان از توان تاب‌آوری بیشتری برخوردارند (پترسون^۶، ۲۰۰۲، ص. ۳۵۰؛ والش^۷، ۲۰۰۶، به نقل از علیزاده و کاوه، ۱۳۹۰، ص. ۳۲؛ گروتبرگ^۸، ۲۰۰۳، ص. ۴). تاب‌آوری یعنی اینکه افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن استرس و فشار با موفقیت سپری کنند. این سازه بر اساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت^۹ بنا نهاده شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات می‌باشد (گیتزمن و جرمن^{۱۰}، ۲۰۰۸، ص. ۲۷۹). بر این اساس

-
1. Fisman
 2. Hannah & Midlaresky
 3. Warren Dodd
 4. Tebes
 5. Grant
 6. Patterson
 7. Walsh
 8. Grotberg
 9. Strengths-based approaches
 10. Gitterman & Germain

می‌توان گفت که خواهران و برادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی که توان تاب‌آوری بیشتری دارند، قادرند در مقابله با انواع مشکلات عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی ناشی از داشتن خواهر یا برادر با ناتوانی عملکرد مناسبی داشته و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند (برک^۱، ۲۰۰۴، ص. ۷۷-۷۹). در همین راستا، بریدلاو^۲ (۲۰۰۶، ص. ۳۳) معتقد است که یکی از مهمترین و اساسی‌ترین مبنای سلامت روانی افراد میزان تاب‌آوری آنها می‌باشد.

تحقیقات گوناگونی این موضوع را تأیید می‌کنند؛ برای مثال پرینس-امبوری^۳ (۲۰۰۸، ص. ۵۲-۵۳) و کارلتون^۴ و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۹۱) در بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت روانی به این نتیجه رسیده‌اند که نوجوانانی که از توان تاب‌آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روان‌شان نیز بالاتر است. همسو با یافته‌های مذکور، کاتولی^۵ و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۸۵) و گاتجار^۶ (۲۰۰۷، ص. ۳۵) با اجرای برنامه تاب‌آوری روی کودکان و نوجوانان به این نتیجه رسیده‌اند که بین تاب‌آوری و سلامت روانی رابطه مثبت وجود دارد و آموزش مهارت‌ها و سبک‌های تفکر تاب‌آورانه باعث بهبود تاب‌آوری و سلامت روانی می‌شود.

در پژوهش‌های انجام شده در رابطه با موضوع پژوهش در ایران، صالحی نژاد و بشارت (۲۰۱۰، ص. ۷۵۷) با انجام دادن پژوهشی بر روی دانشجویان ورزشکار به این نتیجه رسیده‌اند که بین تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار و بین تاب‌آوری و درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین در پژوهش آزادی و آزاد (۱۳۹۰، ص. ۴۸) رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفته است. افزون بر این در پژوهش‌های رحیمیان‌بوگر و اصغرنژادفرید، (۱۳۸۷، ص. ۶۲) و سامانی و همکاران (۱۳۸۶، ص. ۲۹۰) نیز رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روانی تأیید شده است. شایان ذکر است که کاوه و همکاران (۱۳۹۰، ص. ۱۱۹) و علیزاده و کاوه (۱۳۹۰، ص. ۶) تأثیر برنامه‌های

-
1. Burke
 2. Breedlove
 3. Prince-Embury
 4. Carlton
 5. Cutuli
 6. Gutjahr

مداخله‌ای که بخش‌هایی از مهارت‌های تاب‌آوری را در برمی‌گیرند بر بهزیستی روانشناختی مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که برنامه‌های مداخله‌ای تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

در مجموع با مرور پژوهش‌های انجام شده در این حیطه چنین استنباط می‌شود که تحقیقات موجود بیشتر بر روی افراد عادی صورت گرفته و در گروه افراد با نیازهای ویژه نیز به بررسی تأثیر مداخله‌های تاب‌آوری بر سلامت‌روانی و بهزیستی روان‌شناختی آنان پرداخته شده است. در واقع با وجود اهمیت سلامت‌روانی و تاب‌آوری برای خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، این مسأله در مورد آنان مورد غفلت واقع شده است. بنابراین ضرورت بررسی الگوی رابطه بین تاب‌آوری و سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی روشن است. با توجه به مطالب فوق هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری بر نشانه‌های سلامت‌روانی در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی است؛ همچنین، هدف دیگر این است که محققان دیگر بتوانند بر اساس یافته‌های این پژوهش با طراحی و اجرای برنامه‌هایی که تاب‌آوری را افزایش می‌دهند گامی در جهت پیش‌گیری از مشکلات سلامت‌روانی هم برای نوجوانان دارای خواهر یا برادر با کم‌توانی ذهنی و هم برای سایر نوجوانان آسیب‌پذیر بردارند. بنابراین فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های جسمی سلامت‌روانی است.
۲. تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اضطرابی سلامت‌روانی است.
۳. تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی سلامت‌روانی است.
۴. تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی سلامت‌روانی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و شیوه انجام گرفتن آن همبستگی است.

جامعه آماری: جامعه آماری شامل کلیه خواهران و برادران نوجوان ۱۲-۱۸ ساله دانش آموزان با کم توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱ است.

روش نمونه گیری و حجم نمونه: در این پژوهش روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی بود. بدین صورت که ابتدا از میان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز دو ناحیه به شکل تصادفی انتخاب شد و در مدارس ابتدایی ویژه کم توانی ذهنی نواحی انتخاب شده، پرسشنامه های سلامت روانی و تاب آوری بر روی کلیه خواهران و برادران ۱۲ تا ۱۸ ساله دانش آموزان ابتدایی با کم توانی ذهنی اجرا شد. شایان ذکر است که دسترسی به نمونه های این پژوهش از طریق بررسی پرونده های دانش آموزان با کم توانی ذهنی و مشاهده وضعیت سنی خواهران و برادران ۱۴ تا ۱۸ ساله شان انجام شده است. آزمودنی های این پژوهش ۹۱ نوجوان ۱۲-۱۸ ساله (۵۰ دختر و ۴۱ پسر) بودند که خواهر یا برادر با کم توانی ذهنی داشتند.

روش جمع آوری داده ها و ابزارهای آن

برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه سلامت روانی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ در سال ۱۹۷۸ ساخته شده است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه مذکور که در این پژوهش به کار رفته است؛ دارای ۴ خرده مقیاس نشانه های جسمی، نشانه های اضطرابی، نشانه های اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه های افسردگی است. روش نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرتی (گزینه الف = ۰، گزینه ب = ۱، گزینه ج = ۲، و گزینه د = ۳) است و نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده اختلال زیادتر در سلامت روانی افراد است. تقوی (۱۳۸۱، ص. ۳۸۱) اعتبار این پرسشنامه را بر اساس سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب دارای ضرائب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. همچنین ضرائب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ است. تحقیقات رضایی و همکاران

1. Goldberg General Health Questionnaire (GHQ 28)

(۱۳۹۰، ص. ۵۶) و ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶، ص. ۵) نیز با یافته‌های تقوی همسو است و اعتبار و روایی این آزمون را تأیید می‌کنند.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که توسط کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳، ص. ۷۶) تهیه شده است. روش نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرتی از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره کل محاسبه می‌شود. روایی مقیاس (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در مخاطره) احراز شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران، جوکار (۱۳۸۶، ص. ۳) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرده است. در همین تحقیق گزارش شده که نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک استخراج عوامل شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر با ۲۱۷۴ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی بودند. نتایج حاضر با یافته‌های دیگر مثل سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶؛ ص. ۲۹۲) و محمدی (۱۳۸۴، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶، ص. ۲۹۲) که روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نموده‌اند، همخوانی دارد.

یافته ها

در این بخش نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی چهار خرده مقیاس (نشانه‌های جسمی، نشانه‌های اضطرابی، نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) از روی تاب‌آوری فردی کانر و دیویدسون ارائه شده است.

فرضیه اول: تاب‌آوری پیش‌بینی کننده نشانه‌های جسمی سلامت روانی است.

جدول ۱: شاخص‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی متغیر پیش‌بین و ملاک

شاخص متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
نشانه‌های جسمی	۳	۱/۸۳	-۰/۶۸	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۷۵/۲۰	۱۲/۱۱		

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که همبستگی بین تاب‌آوری و نشانه‌های جسمی؛ منفی و معنی‌دار است ($r = -0.68, p < 0.001$).

جدول ۲: شاخص ضریب همبستگی تعدیل شده متغیر پیش‌بین

شاخص مدل	همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد
۱	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۴۶	۱/۳۵

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود متغیر پیش‌بین تاب‌آوری ۴۶ درصد از واریانس را توجیه می‌کند (مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده: ۰/۴۶)

جدول ۳: شاخص‌های تحلیل واریانس یکراهه (anova) جهت بررسی معنی‌داری کل مدل

رگرسیون

شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۱۴۲/۱۴۲	۱	۱۴۲/۱۴۲	۷۸/۱۶	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۶۱/۸۵۸	۸۹	۱/۸۲		
کل	۳۰۴	۹۰			

متغیر پیش‌بینی کننده: تاب‌آوری

متغیر ملاک: نشانه‌های جسمی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود کل مدل رگرسیون در سطح $(p < 0/01)$ و $(F_{1,89} = 78/16)$ معنی‌دار است.

جدول ۴: شاخص‌های تحلیل رگرسیون

شاخص مدل	ضرایب استاندارد نشده B		ضرایب استاندارد شده	
	انحراف استاندارد	B	t	β
مقدار ثابت	۱۰/۸۰۲	۰/۸۹۴	۱۲/۰۹	-۰/۶۸
تاب‌آوری	-۰/۱۰۴	۰/۰۱۲	۸/۸۴	

جدول ۴ مدل رگرسیون ضریب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم متغیر پیش‌بین تاب‌آوری را نشان می‌دهد که مقدار t و سطح معنی‌داری $(p < 0/01)$ حاکی از این است که متغیر پیش‌بین اثر زیادی بر متغیر ملاک دارد.

فرضیه دوم: تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اضطرابی است.

جدول ۵: شاخص‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی متغیر پیش‌بین و ملاک

شاخص متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
نشانه‌های اضطرابی	۳/۵۵	۱/۸۹	-۰/۵۳	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۷۵/۲۰	۱۲/۱۱		

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که همبستگی بین تاب‌آوری و نشانه‌های اضطرابی؛ منفی و معنی‌دار است
 $(r = -0/53, p < 0/01)$.

جدول ۶: شاخص ضریب همبستگی تعدیل‌شده متغیر پیش‌بین

شاخص مدل	همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد
۱	۰/۵۳	۰/۲۸۳	۰/۲۷۵	۱/۶۱

متغیر پیش‌بینی کننده: تاب‌آوری متغیر ملاک: نشانه‌های اضطرابی

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود متغیر پیش‌بین تاب‌آوری ۲۷ درصد از واریانس را توجیه می‌کند (مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده: ۰/۲۷)

جدول ۷: شاخص‌های تحلیل واریانس یک‌راهه (anova) جهت بررسی معنی‌داری کل مدل

رگرسیون

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص مدل
۰/۰۰۱	۳۵/۰۸	۹۰/۶۲۱	۱	۹۰/۶۲۱	رگرسیون
		۲/۵۸۳	۸۹	۲۲۹/۹۰۷	باقیمانده
			۹۰	۳۲۰/۵۲۷	کل

متغیر پیش‌بینی کننده: تاب‌آوری

متغیر ملاک: نشانه‌های اضطرابی

همان‌طور که از جدول فوق بر می‌آید، کل مدل رگرسیون در سطح $p < 0/01$ و

$F_{1,89} = 35/08$ معنی‌دار است.

جدول ۸: شاخص‌های تحلیل رگرسیون

سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده B	انحراف استاندارد	ضرایب استاندارد نشده B	شاخص مدل
۰/۰۰۱	۹/۱۸	-۰/۵۳	۱/۰۶۵	۹/۷۷۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۵/۹۲		۰/۰۱۴	-۰/۰۸۳	تاب‌آوری

جدول فوق مدل رگرسیون، ضریب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم متغیر پیش‌بین

تاب‌آوری را نشان می‌دهد که مقدار t و سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) حاکی از این است که

متغیر پیش‌بین اثر زیادی بر متغیر ملاک دارد.

فرضیه سوم: تاب آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی است.

جدول ۹: شاخص‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی متغیر پیش‌بین و ملاک

شاخص متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی	۵/۲۳	۳/۶۶	-۰/۶۶	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۷۵/۲۰	۱۲/۱۱		

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که همبستگی بین تاب‌آوری و اختلال در کارکرد اجتماعی؛ منفی و معنی‌دار است ($r = -0/66, p < 0/01$).

جدول ۱۰: شاخص ضریب همبستگی تعدیل‌شده متغیر پیش‌بین

شاخص مدل	همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل‌شده	انحراف استاندارد برآورد
۱	۰/۶۶	۰/۴۳	۰/۴۳	۲/۷۷

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود متغیر پیش‌بین تاب‌آوری ۴۳ درصد از واریانس را توجیه می‌کند (مجذور ضریب همبستگی تعدیل‌شده: ۰/۴۳).

جدول ۱۱: شاخص‌های تحلیل واریانس یک‌راهه (anova) جهت بررسی معنی‌داری کل مدل

رگرسیون

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص مدل
۰/۰۰۱	۶۸/۳۳	۵۲۴/۶۹۰	۱	۵۲۴/۶۹۰	رگرسیون
		۷/۶۷۹	۸۹	۶۸۳/۴۶۴	باقیمانده
			۹۰	۱۲۰۸/۱۵۴	کل

متغیر پیش‌بینی کننده: تاب‌آوری متغیر ملاک: نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود کل مدل رگرسیون در سطح $p < 0/01$ و $F_{1,89} = 68/33$ معنی‌دار است.

جدول ۱۲: شاخص‌های تحلیل رگرسیون

سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده β	انحراف استاندارد	ضرایب استاندارد نشده B	شاخص‌ها مدل
۰/۰۰۱	۱۱/۰۱	-۰/۶۶	۱/۸۳۷	۲۰/۲۲۱	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۸/۲۶۶		۰/۰۲۴	-۰/۱۹۹	تاب‌آوری

جدول ۱۲ مدل رگرسیون ضریب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم متغیر پیش‌بین تاب‌آوری را نشان می‌دهد که مقدار t و سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) حاکی از این است که متغیر پیش‌بین اثر زیادی بر متغیر ملاک دارد.

فرضیه چهارم: تاب آوری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی است.

جدول ۱۳: شاخص‌های گرایش مرکزی و میزان همبستگی متغیر پیش‌بین و ملاک

شاخص متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
نشانه‌های افسردگی	۲/۵۹	۱/۴۴	-۰/۴۵	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۷۵/۲۰	۱۲/۱۱		

نتایج جدول ۱۳ نشان می‌دهد که همبستگی بین تاب‌آوری و نشانه‌های افسردگی؛ منفی و معنی‌دار است. ($r = -0/45, p < 0/01$).

جدول ۱۴: شاخص ضریب همبستگی تعدیل شده متغیر پیش‌بین

شاخص مدل	همبستگی	مجذور همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد
۱	۰/۴۵	۰/۲۰۵	۰/۱۹۶	۱/۲۹

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود متغیر پیش‌بین تاب‌آوری ۱۹/۶ درصد از واریانس را توجیه می‌کند (مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده: ۰/۱۹۶).

جدول ۱۵: شاخص‌های تحلیل واریانس یک‌راهه (anova) جهت بررسی معنی‌داری کل مدل

رگرسیون

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌ها مدل
۰/۰۰۱	۲۲/۹۶	۳۸/۲۸۵	۱	۳۸/۲۸۵	رگرسیون
		۱/۶۶۸	۸۹	۱۴۸/۴۴	باقیمانده
			۹۰	۱۸۶/۷۲۵	کل

متغیر پیش‌بینی کننده: تاب‌آوری متغیر ملاک: نشانه‌های افسردگی

همان‌طور که در جدول ۱۵ مشاهده می‌شود کل مدل رگرسیون در سطح $(p < 0/01)$ ، $F_{1,89} = 22/96$ معنی‌دار است.

جدول ۱۶: شاخص‌های تحلیل رگرسیون

سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده B	انحراف استاندارد	ضرایب استاندارد نشده B	شاخص مدل
۰/۰۰۱	۸/۱۷	-۰/۴۵	۰/۸۵۶	۶/۹۹۴	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۴/۸۰		۰/۰۱۱	-۰/۰۵۴	تاب‌آوری

جدول ۱۶ مدل رگرسیون ضریب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم متغیر پیش‌بین تاب‌آوری را نشان می‌دهد که مقدار t و سطح معنی‌داری $(p < 0/01)$ حاکی از این است که متغیر پیش‌بین اثر زیادی بر متغیر ملاک دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری بر نشانه‌های سلامت‌روانی انجام شد. نتایج نشان داد که تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اختلال سلامت‌روانی (نشانه‌های جسمی ، نشانه‌های اضطرابی ، نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) است. زیرا هر چهار فرضیه این پژوهش به طور معنی‌دار تأیید شد. این نتیجه همسو با پژوهش‌های پرینس-امبوری (۵۲، ۲۰۰۸-۵۳)، کارلتون و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۹۱)، کاتولی و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۸۵)، گاتجار (۲۰۰۷، ص. ۳۵)، صالحی نژاد و بشارت (۲۰۱۰، ص. ۷۵۷)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰، ص. ۴۸)، کاوه و همکاران (۱۳۹۰، ص. ۱۱۹)، علیزاده و کاوه (۱۳۹۰، ص. ۶)، رحیمیان بوگر و اصغرنژادفرید (۱۳۸۷، ص. ۶۲) و سامانی و همکاران (۱۳۸۶، ص. ۲۹۰) است. در تأیید یافته‌های این پژوهش، پرینس-امبوری (۵۲، ۲۰۰۸-۵۳) و کارلتون و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۹۱) دریافتند که نوجوانانی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روان‌شان نیز بهتر است. همچنین کاتولی و همکاران (۲۰۰۶، ص. ۲۸۵) و گاتجار (۲۰۰۷، ص. ۳۵) به این نتیجه رسیده‌اند که بین تاب‌آوری و سلامت‌روان رابطه معنی‌دار وجود دارد. در همین راستا، صالحی نژاد و بشارت (۲۰۱۰، ص. ۷۵۷) دریافتند که بین تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنی‌دار و بین تاب‌آوری و درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین در پژوهش آزادی و آزاد (۱۳۹۰، ص. ۴۸) رابطه بین تاب‌آوری و سلامت‌روانی مورد تأیید قرار گرفته است. افزون بر این، در پژوهش‌های رحیمیان بوگر و اصغرنژادفرید (۱۳۸۷، ص. ۶۲) و سامانی و همکاران (۱۳۸۶، ص. ۲۹۰) نیز رابطه بین تاب‌آوری و سلامت‌روانی تأیید شده است. همچنین همسو با یافته‌های یاد شده، کاوه و همکاران (۱۳۹۰، ص. ۱۱۹) و علیزاده و کاوه (۱۳۹۰، ص. ۶) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که برنامه‌های مداخله‌ای تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

همان‌طور که ملاحظه شد، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تاب‌آوری به‌طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های جسمی سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است ($\beta = -0/68, t = 12/09, p < 0/01$). یعنی با افزایش تاب‌آوری خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، اختلال در نشانه‌های جسمی سلامت‌روانی کاهش می‌یابد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت که افراد با تاب‌آوری بالاتر، تغذیه سالم‌تر و مراقبت جسمی بهتری دارند و همین امر باعث می‌شود که کمتر دچار بیماری‌ها و اختلال‌های جسمی گردند. در تأیید این موضوع ساوکا^۱ و همکاران (۲۰۰۱، ص. ۲۲۴) به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه افراد از تاب‌آوری بالاتری برخوردار باشند، رفتارهای مراقبت جسمی را بیشتر به‌کار می‌گیرند. همچنین مسدا^۲ (۲۰۰۸، ص. ۴۳) بیان می‌کند که افراد با تاب‌آوری بالا، با تغذیه مناسب و مراقبت از سلامت جسمی می‌توانند بر سلامت‌روانی‌شان تأثیر بگذارند. بر این اساس می‌توان گفت که افراد با تاب‌آوری بالاتر با تغذیه مناسب و مراقبت جسمی بهتر و غلبه بر استرس‌های زندگی، کمتر دچار مشکلات جسمی می‌گردند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری به‌طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است ($\beta = -0/66, t = 11/01, p < 0/01$) یعنی با افزایش تاب‌آوری خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نشانه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی سلامت‌روانی کاهش می‌یابد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت که افراد با تاب‌آوری بالا از منابع حمایتی موجود در اجتماع مثل داشتن روابط با دیگران و دریافت حمایت‌های اجتماعی بیش‌تر بهره می‌گیرند (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰، ص. ۵۴) و همین امر باعث می‌شود که کارکرد اجتماعی بهتری داشته باشند. در همین راستا،

1.Savoca
2.Massad

دیکنز^۱ (۲۰۰۵، ص. ۳۶۳) به این نتیجه رسیده است که خواهران و برادران افراد با کم‌توانی ذهنی که از گروه‌های حمایتی همسالان‌شان برخوردارند و دسترسی بیشتری به حمایت‌های اجتماعی دارند؛ از مشکلات روانشناختی کمتری برخوردار هستند. در واقع افراد با تاب‌آوری بالا مهارت‌های ارتباط با دیگران را خیلی خوب آموخته‌اند و طیف وسیعی از مهارت‌ها و راهبردهای اجتماعی شامل مهارت‌های گفتگو، جرأت‌مندی و گوش دادن، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران که در تعاملات اجتماعی بسیار مهم است، دارا هستند (آلپرستین و رمان^۲، ۲۰۰۳، ص. ۲۷۰). بنابراین می‌توان بیان کرد که افراد تاب‌آور شبکه‌های حمایتی و عاطفی محکمی دارند و چنین ارتباط‌هایی به آنها کمک می‌کند، درباره نگرانی‌ها و چالش‌های خود با کسی صحبت کنند، از مشورت، همدلی و همراهی آنها بهره‌مند شوند، روابط اجتماعی مثبتی برقرار کنند و در مواجهه با مسائل اجتماعی راه‌حل‌های مناسب را کشف کنند و همین امر باعث می‌شود که کارکرد اجتماعی بهتری داشته باشند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری به طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اضطرابی سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است ($\beta = -.053, t = 9.18, p < .01$) یعنی با افزایش تاب‌آوری خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نشانه‌های اضطرابی سلامت‌روانی کاهش می‌یابد. این یافته با یافته‌های بیتسیکا^۳ و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۱۴۳۳) که نشان داده‌اند تاب‌آوری به طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده اضطراب است، همخوانی دارد. همچنین برنس^۴ و همکاران (۲۰۱۱، ص. ۲۴۰) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده اضطراب است. در تفسیر این یافته می‌توان گفت که افراد با تاب‌آوری بالا می‌پذیرند که، موانع بخشی از زندگی هر انسان است، دارای منبع کنترل درونی هستند، از مهارت‌های حل مسئله

-
1. Dykens
 2. Alperstein & Raman
 3. Bitsika
 4. Burns

برخورد دارند و از راهبردهای مقابله‌ای مطلوب استفاده می‌کنند که به آنها کمک می‌کند تا با شرایط اضطراب‌زا به طور مؤثر مقابله کنند (تاگد و فردریکسون^۱، ۲۰۰۷، ص. ۳۲۵). ویلیامز و میکلسون^۲ (۲۰۰۴، ص. ۲۸۴) نیز تأیید می‌کنند که با افزایش تاب‌آوری، اضطراب کاهش می‌یابد. افزون بر این رز^۳ و همکاران (۲۰۱۰، ص. ۴۰۰) به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش شناختی رفتاری تاب‌آوری باعث پیشگیری از اضطراب می‌شود. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که افراد تاب‌آور مهارت‌های لازم برای مقابله با اضطراب را کسب می‌کنند و در مواقع لزوم به طور مؤثر از این مهارت‌ها استفاده می‌کنند که همین عامل باعث کاهش اضطراب در آنها می‌شود.

افزون بر این یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری به طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی سلامت‌روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است ($\beta = -0/45, t = 8/17, p < 0/01$) یعنی با افزایش تاب‌آوری خواهران و برادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نشانه‌های افسردگی سلامت‌روانی کاهش می‌یابد. این یافته با یافته‌های هم‌دال^۴ و همکاران (۲۰۱۱، ص. ۳۱۴) که نشان داده‌اند تاب‌آوری به طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده افسردگی است، همسو می‌باشد. همچنین بیتسیکا و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۱۴۳۳) نیز نشان داده‌اند که تاب‌آوری به طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. هماهنگ با یافته‌های مذکور، برنس و همکاران (۲۰۱۱، ص. ۲۴۰) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. همچنین وینگو^۵ و همکارانش (۲۰۱۰، ص. ۴۱۱) نیز تأیید نموده‌اند که با افزایش تاب‌آوری، افسردگی کاهش می‌یابد. هماهنگ با پژوهش‌های یاد شده، گیلهام^۶ و همکاران (۲۰۰۷، ص. ۹) اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان را مورد تأیید قرار داده‌اند. در

-
1. Tugade & Fredrickson
 2. Williams & Mickelson
 3. Rose
 4. Hjemdal
 5. Wingo
 6. Gilham

تفسیر این یافته می‌توان بیان کرد که نوجوانان تاب‌آور دارای عزت نفس بالایی هستند، فعالیت‌های جسمی و اجتماعی بیشتری دارند، در مواجهه با مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای مطلوب استفاده می‌کنند، از سرمایه‌های اجتماعی بهتر بهره می‌برند و از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند که مجموعه این عوامل باعث کاهش نشانه‌های افسردگی در آنان می‌شود (دومانت و پروواست^۱، ۱۹۹۹، ص. ۳۴۳). در واقع این افراد به جای انزوا و گوشه‌گیری و عزت‌نشینی، با دوستان، همسالان و اعضای خانواده خود ارتباط برقرار می‌کنند و مشکلات‌شان را با آنها در میان می‌گذارند و هر زمان که ضرورت ایجاب کند، از این منابع درخواست کمک می‌کنند (وکرلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷، ص. ۱۰) و به جای درون‌ریزی مسائل و مشکلات، هیجانات خود را به شیوه مثبت بیان می‌کنند و از راهبردهای حل مسئله مناسب استفاده می‌کنند (تاگد و فردریکسون، ۲۰۰۷، ص. ۳۱۲). بنابراین می‌توان گفت که افراد تاب‌آور دارای مهارت‌ها و توانمندی‌هایی هستند که آنها را در برابر افسردگی مقاوم می‌سازد. به همین دلیل هر چه تاب‌آوری افراد افزایش می‌یابد، نشانه‌های افسردگی در آنها کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که آزمودنی‌های این پژوهش را فقط نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۸ ساله که دارای خواهر یا برادر با کم‌توانی ذهنی هستند، تشکیل می‌دهد؛ بنابراین تعمیم نتایج به خواهران و برادران سایر سنین یا آنهایی که خواهر یا برادر با ناتوانی‌های دیگر دارند، باید با احتیاط انجام شود.

پیشنهاد حاصل از یافته‌ها:

یافته‌های این پژوهش می‌تواند به متخصصان طراحی برنامه‌های مداخله‌ای کمک نماید تا با طراحی و اجرای برنامه‌های افزایش تاب‌آوری به افراد دارای خواهر یا برادر با کم‌توانی ذهنی یاری نمایند تا دچار مشکلات سلامت‌روانی مثل افسردگی، اضطراب یا اختلال در کارکرد

1. Dumont&Provost
2. Wekerle

اجتماعی نگردند. همچنین پیشنهاد می‌شود با طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش تاب‌آوری به عنوان یک برنامه پیش‌گیری درجه‌ت افزایش سلامت‌روانی نوجوانان دارای خواهر یا برادر با کم‌توان ذهنی اقدام شود.

پیشنهاد حاصل از تجربه محقق:

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با این موضوع روی خواهران و برادران افراد با ناتوانی‌های دیگر در سنین مختلف (کودکی و بزرگسالی) انجام شود. همچنین میزان تاب‌آوری و سلامت‌روانی خواهران و برادران افراد با انواع ناتوانی با کسانی که خواهر یا برادر عادی دارند مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

- ابراهیمی، امراله؛ مولوی، حسین؛ موسوی، سیدغفور؛ برنامنش، علیرضا و یعقوبی، محمد (۱۳۸۶). ویژگیهای روان سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۱)، ۱۲-۵.
- آزادی، سارا و آزاد، حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه های شهر ایلام. مجله علمی و پژوهشی طب جانباز، سال سوم، ش. ۱۲. ص. ۴۸-۵۸.
- تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۱). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، دوره ۵، شماره ۲۰، ۳۸۱-۳۹۸.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. روانشناسی معاصر، ۲(۲)، ۱۲-۳.
- رحیمیان بوگر، اسحق و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان شناختی و خود تاب آوری با سلامت روان جوانان و بزرگسالان بازمانده مناطق زلزله زده شهرستان بم. روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.
- رضایی، سجاد، صالحی، ایرج، یوسف زاده چابک، شاهرخ، موسوی، حشمت الله و کاظم نژاد، احسان (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی، نقطه برش بالینی و ویژگی های روانسنجی نسخه ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۰(۷۸): ۵۶-۷۰.
- سامانی، سیامک. جوکار، بهرام. صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی. روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.

علیزاده، حمید و کاوه، منیژه (۱۳۹۰). 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 افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۴، ۱۴۰-۱۱۹.

Aksoy, A. B, Becinyildinim, G (2008). A study of the relationships and acknowledgment of non-disabled children with disabled siblings. *Educational Science: Theory and Practice*, 8(3).769-779.

Alperstein,G.,& Raman, S.(2003). Promoting mental health and emotional well-being among children and youth: a role for community child health?. *Child Care Health*, 29(4):269-74.

Bitsika,v., Sharpley. C. F.,& Peters,K.(2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *German Journal Psychiatry*, 13,9-16.

Breedlove,A. (2006). The relationship between resilience and mental health recovery. *A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in psychology in university of Toledo*.

Burke,P.(2004). *Brothers and Sisters of Children with Disabilities*. New York: Jessica Kingsley Publishers.

Burns, R. A., Fellow, P., Anstey, K.J., Windsor, T.D.(2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(3):240-8.

Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., Yuen, N. Y. C., Bell, C. K., McCubbin, L. D., Else, I. R. N., & Nishimura, S. T. (2006). Adolescents Resilience, family adversity and well-being among

- Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52; 291-297.
- Connor, K. M. and Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cuskelly M. & Gunn, P. (1993). Maternal reports of behavior of siblings of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 521-529.
- Cutuli, J.J. Chaplin, T. M. Gilham, J. E., Reivich, K. J., and Seligman, M.E.P.(2006). Preventing Co-Occurring Depression Symptoms in Adolescents with Conduct Problems. The Penn Resiliency Program. *New York Academy of Sciences*, 1094: 282-286.
- Dumont, M., & Provost, M.A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 243-263.
- Dykens, E. M. (2005). Happiness, well-being, and character strengths: Outcomes for families and siblings of persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 43(5), 360 - 364.
- Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Gillis, B., Freeman, T. & Szatmari, P. (1996). Risk and Protective Factors Affecting with Adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1532-1541.
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatté, A.J., Samuels, B., Elkon, A.G.L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., & Seligman, M.E.P. (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, 9-19.
- Gitterman, A. & Germain, C.B. (2008). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Grant, G., Ramcharan, P. and Flynn, M. (2007). Resilience in Families with Children and Adult Members with Intellectual

- Disabilities: Tracing Elements of A Psycho-Social Model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 563–575.
- Grotberg, H. (2003). A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. *Early Childhood Development*, 14(5), 573–584
- 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*.
- Hannah, M.E. & Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 104 (1), 22-37.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 314–32.
- Houtzager, B. A., Grootenhuis, M.A., Caron, H.N., & Last, B.F. (2005). Sibling self-report, parental proxies, and quality of life: The importance of multiple informants for siblings of a critically ill child. *Pediatric Hematology and Oncology*, 22(1), 25-40.
- Massad, S.G. (2008). Nutrition, mental health related of Quality of life of Palestinian preschoolers resilience and vulnerability. *A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in university of Wisconsin*.
- Patterson J. (2002) Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and the Family* , 349–60.
- Prince-Embury, S. (2008). The Resiliency Scales for Children and Adolescents, Psychological Symptoms, and Clinical Status in Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 23,1, 41- 56.
- Rose, H., Miller, L., Martinez, Y. (2010). Friends for Life": The Results of a Resilience-Building, Anxiety-Prevention Program in a Canadian Elementary School. *Professional School Counseling*, 12(6), 400-407.
- Salehi Nezhad, M.A. Besharat, M. A. (2010). Relations of resilience

and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athlete. *procedia social and behavioral sciences journal*, 5, 757-497.

Savoca MR, Miller CK.(2001). Food selection and eating patterns: themes found among women with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nutrition Education*,33,224-233.

Sharpe, D. & Rossiter, L., (2002). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 699-710.

Tebes, J. K., Kaufman, J. S., Adnopoz, J., and Racusin, G.(2001). Resilience and Family Psychosocial Processes Among Children of Parents with Serious Mental Disorders. *Journal of Child and Family Studies*,10(1), 115-136.

Tugade, M. M.,& Fredrickson, B. L.(2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8,311-333.

Warren Dodd, L.(2004). Supporting the siblings of young children with disabilities. *British Journal of Special Education*,31(1),41-49.

Wekerle,C., Waechter, R.L., Leung,E.,& Leonard,M.(2007). Adolescence: A Window of Opportunity for Positive Change in Mental Health. *First Peoples Child & Family Review*, 3(2),8-16.

Williams, P.D., Hanson, S., Karlin. R., Ridder, L., Liebergen, A., Olson, J., Barnard, M. U., & Tobin-Rommelhart, S.(1997). Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children: a pilot study. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(3), 127-37.

Williams, S. L.& Mickelson, K.D.(2004). The Nexus of Domestic Violence and Poverty: Resilience in Women's Anxiety. *Violence Against Women*,10(3),283-293.

Wingo, A.P. , Wrenn, G. , Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. & Ressler, K. J.(2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126(3),411-414.