

## تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی تاب‌آوری ویژه مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی

- خدیجه محمدی\*، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
- پریسا تجلی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
- افسانه قنبری‌پناه، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۰ • تاریخ انتشار: فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۶۹ - ۸۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی تاب‌آوری ویژه مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی انجام شد.

**روش:** پژوهش به روش کیفی از نوع تحلیل کیفی متن صورت گرفت. جامعه پژوهشی شامل کتاب‌ها و مقالات تخصصی فارسی و انگلیسی در دسترس در حوزه آموزش تاب‌آوری، مدل‌ها و الگوهای تاب‌آوری در ۲۰ سال اخیر، متخصصان تاب‌آوری و مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی بود. انتخاب از میان منابع کتابخانه‌ای شامل تمامی منابع مرتبط بود. انتخاب از میان متخصصان به روش گلوله برفی و انتخاب از میان مادران به روش در دسترس صورت گرفت. در نهایت، ۱۲ متخصص و ۸ مادر در مصاحبه نیمه ساختاریافته شرکت کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون از نوع شبکه مضامین استفاده شد. اعتبارسنجی مضامین با روش‌های نظر ممیز بیرونی و محاسبه شاخص CVR صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نشان داد که ضرورت‌های آموزشی مادران در ۶ محور قالب‌بندی می‌شود. این ۶ محور شامل: ۱. ضرورت آشنایی مادران با مفهوم تاب‌آوری، عوامل مؤثر بر آن و ویژگی‌های افراد تاب‌آور، ۲. آشنایی با عوامل حمایتی درونی و بیرونی در ارتقاء تاب‌آوری، ۳. نقش افکار منفی و تحریف‌های شناختی و راهکارهای مقابله با آنها در تاب‌آوری، ۴. لزوم به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد در مواجهه با مشکلات، ۵. نقش معنویت در تاب‌آوری و معنایابی در رنج و ۶. آشنایی مادران با فرایند هدف‌گذاری و نقش آن در تاب‌آوری می‌باشد. برای این ۶ محور، ۱۲ جلسه آموزشی تعریف شد.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه آموزشی، تاب‌آوری، فلج مغزی، مادران

## مقدمه

فلج مغزی<sup>۱</sup> گروهی از اختلالات حرکتی و وضعیت بدنی است که در اثر ضایعات غیر پیشرونده در مغز در حال رشد ایجاد می‌شود (۱). در سراسر جهان، تخمین زده می‌شود که ۵۰ میلیون نفر به این اختلال دچار هستند و فشار ناشی از آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط به طور قابل توجهی بیشتر است (۲،۳،۴). کودکان با فلج مغزی و خانواده‌هایشان می‌توانند از کار با یک گروه چندرشته‌ای از متخصصان توان بخشی برای مقابله با آسیب‌ها، محدودیت‌های فعالیت و محدودیت‌های مشارکت بهره ببرند (۵). با این حال، این امر در کشورهای کم‌درآمد مشکل‌ساز است، زیرا با کمبود متخصصان و خدمات توان بخشی مواجه هستند و خدمات ارائه شده به این گروه از کودکان گران بوده و بسیاری از خانواده‌ها استطاعت پرداخت ندارند (۶).

نتایج مطالعات نشان‌دهنده این واقعیت است که خانواده‌های کودکان دچار انواع معلولیت علی‌رغم اختصاص زمان، انرژی، پول و عواطف والدینی به فرزند آسیب دیده خود، همچنان از احساس عدم کفایت در زمینه پاسخگویی به خواسته‌های فرزندان‌شان، رنج می‌برند و بیش از سایر خانواده‌ها تحت استرس قرار دارند. داشتن فرزند معلول، مادران را در زندگی خانوادگی و اجتماعی دچار مشکل می‌کند. فشار روانی و جسمی منجر به این می‌شود که مادران دچار مشکلات و عدم تعادل شخصی و افسردگی و اضطراب شوند (۷). در نتیجه‌ی افزایش سطح اضطراب و افسردگی والدین، ممکن است کیفیت زندگی<sup>۲</sup> آنان نیز کاهش یابد (۸). والدین دارای فرزند معلول لازم است که بیشتر زمان خود را صرف مراقبت از فرزند معلول خود کنند، به خصوص اگر کودک دارای معلولیت شدید مثل فلج مغزی باشد، مراقبت تمام وقت از او موجب افت زندگی اجتماعی والدین شده و بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۹). برای کاهش مشکلات مادران دارای فرزند فلج مغزی، مداخلات روان‌شناختی معدودی در ایران صورت گرفته است؛ از جمله می‌توان به آموزش ذهن‌آگاهی<sup>۳</sup> بر طرحواره‌های ناسازگار<sup>۴</sup> (۱۰)، آموزش تنظیم هیجان<sup>۵</sup> بر تحمل روانی (۱۱)، برنامه‌های حمایتی سلامت‌محور بر کیفیت

زندگی (۱۲) اشاره نمود. اما ضروری است که برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه از مادران، از دو حیث مورد توجه قرار گیرد: ۱. نیازهای آموزشی این گروه براساس داده‌های حاصل از این مادران و خانواده‌هایشان شناسایی شود و آموزش‌ها مبتنی بر نیازهای ایشان باشد و ۲. مداخلات به صورت چندوجهی صورت گیرد تا امکان اثربخشی آن افزایش یابد.

در سال‌های اخیرا مفهوم برنامه‌های خانواده‌محور وارد متون تخصصی افراد با نیازهای ویژه شده و توجه پژوهشگران و متخصصان زیادی را در سراسر جهان به خود جلب کرده است. یکی از مداخله‌های روان‌شناختی که می‌تواند کیفیت زندگی و بهزیستی این گروه را بهبود بخشد، افزایش تاب‌آوری<sup>۶</sup> است (۱۳). تاب‌آوری به عنوان توانایی انطباق و غلبه بر رویدادهای استرس‌زا زندگی، مانند داشتن فرزندی با ناتوانی مزمن و بازگشت نتایج مثبت و تسلط شخصی، ایجاد خودکارآمدی و امید تعریف می‌شود (۱۴). مادران دارای فرزند با فلج مغزی کاهش تاب‌آوری را تجربه می‌کنند و سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد. بنابراین، آنها بار مراقبتی سنگینی را درک می‌کنند. این مادران برای کنار آمدن با ناتوانی فرزندان و حفظ سلامت روحی و جسمی خود به اشتراک عاطفی و حمایت روانی و اجتماعی نیاز دارند (۱۵). افزایش تاب‌آوری، شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی<sup>۷</sup> را افزایش می‌دهد و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۱۶). تاب‌آوری یک فرایند فردی است که بقا و فرایندهای حفاظتی را که توسط نظام‌های بزرگتر تحریک می‌شوند، افزایش می‌دهد تا فرصت‌هایی را برای افراد برای مقابله با استرس فراهم کند (۱۷).

از سوی دیگر؛ فرهنگ‌ها می‌توانند والدین را در نحوه درک آنها از موقعیت‌های نامطلوب و چگونگی تأثیر عوامل بیرونی بر تاب‌آوری تحت تأثیر قرار دهند. در واقع، این امر که تحمل و مواجهه مؤثر با چالش‌های زندگی تا چه حد در فرهنگ ترویج داده می‌شود، به نوبه خود ممکن است بر توانایی مقابله با چالش‌ها در این گروه از والدین تأثیر بگذارد (۹) و با توجه به اینکه در جامعه ایرانی، بار اصلی مراقبت از فرزندان بیشتر بر عهده مادران است و نقش اصلی پدر، حمایت مالی از خانواده است؛ لذا، احتمال کاهش بهزیستی روان‌شناختی در

1. Cerebral Palsy (CP)

2. Quality of Life

3. Mindfulness

4. Maladaptive schemas

5. Emotion regulation

6. Resilience

7. Psychological Well-Being

تاب‌آوری تعیین شد. دسته دوم شامل کلیه متخصصان آموزش تاب‌آوری بود که در زمینه آموزش تاب‌آوری و گروه‌های آسیب دیده، دارای سوابق آموزشی و پژوهشی باشند. انتخاب از میان متخصصان به روش گلوله برفی صورت گرفت. طبق نظر متخصصان، در چنین مواردی به منظور دستیابی به افراد نمونه با افراد مطلع مشورت می‌شود تا آنها موارد مناسب پژوهش را معرفی نمایند (۱۹). در نهایت ۱۲ متخصص در پژوهش شرکت داده شدند. بخش سوم نمونه پژوهشی شامل مادران دارای فرزند با فلج مغزی است. انتخاب نمونه از میان مادران به روش در دسترس صورت گرفت. به این صورت که به دو مرکز درمانی و آموزشی که خدمات درمانی و آموزشی به افراد دچار فلج مغزی ارائه می‌دهند، مراجعه شد و از مادرانی که تمایل به همکاری در پژوهش داشتند، درخواست شد تا در جلسه مصاحبه تلفنی یا حضوری شرکت یابند. در نهایت ۸ مادر مورد مصاحبه قرار گرفتند و در این تعداد، اشباع نظری در اطلاعات حاصل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو دسته است: دسته اول فیش‌های مرتبط با مطالعه متن و براساس واحد تحلیل در پژوهش حاضر می‌باشد. دسته دوم شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته است. مصاحبه‌ها با دو گروه مادران دارای فرزند با فلج مغزی و متخصصان روان‌شناس در حوزه تاب‌آوری صورت گرفته است. مصاحبه با مادران برای شناسایی مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی مادران دارای فرزند فلج مغزی است. قابل ذکر است که همه مشکلات این گروه مد نظر پژوهشگر نمی‌باشد و مشکلاتی که در سایه آموزش تاب‌آوری قابل تعدیل و اصلاح است مورد نظر بوده است. در مصاحبه با متخصصان، محتوای لازم برای آموزش تاب‌آوری، محورهای اساسی در این خصوص، بایدها و نبایدهای آموزش تاب‌آوری مورد پرسش قرار گرفته است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها از روش تحلیل مضمون از نوع شبکه مضامین استفاده شد. اعتبارسنجی مضامین استخراج شده: کرسول<sup>۱</sup> جهت سنجش روایی پژوهش کیفی، استفاده از راهبردهای چندگانه را توصیه می‌کند (۲۰). در پژوهش حاضر، جهت اعتبارسنجی از روش‌های پیشنهادی کرسول (۲۰)، روش‌های زیر استفاده شد:

مادران بیشتر از پدران است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی نیازهای آموزشی مرتبط با ارتقاء تاب‌آوری در مادران دارای کودکان فلج مغزی و تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر نیازهای این گروه از مادران انجام شده است.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش کیفی از نوع تحلیل کیفی متن به روش قراردادی صورت گرفت. تحلیل محتوای کیفی به منظور کشف معانی اساسی نهفته در متن گسترش یافته است. تحلیل متن کیفی عمدتاً استقرایی است و موضوعات و مضامین را در درون زمینه و بافت آنها بررسی می‌کند و به خوبی از آنها نتیجه می‌گیرد و نمونه‌های متنی عمدتاً به صورت هدفمند از متونی انتخاب می‌شوند که برای پاسخ به پرسش‌های پژوهش مناسب هستند. به منظور دستیابی به استنباط‌های روا و قابل اطمینان، تحلیل کیفی متن مجموعه‌ای از مراحل و روش‌های واضح و منظم، اما منعطف و چرخه‌ای را برای پردازش داده‌ها معرفی می‌کند (۱۸). در واقع، با استفاده از یک طرح کیفی به شناسایی محتوای برنامه آموزش تاب‌آوری پرداخته شد و ضمن مرور ادبیات نظری و پژوهشی و مطالعه تجارب جهانی در این خصوص، به شناسایی مشکلات مادران دارای فرزند با فلج مغزی، نیازهای آموزشی این گروه، اصول و محورهای اساسی آموزش تاب‌آوری به گروه‌های آسیب دیده و عوامل خانوادگی، فردی و اجتماعی در ارتقاء تاب‌آوری پرداخته شد، سپس برنامه آموزشی تدوین شده، اعتباریابی شد.

جامعه پژوهش شامل سه بخش است: دسته اول شامل کتاب‌ها و مقالات تخصصی فارسی و انگلیسی در دسترس در حوزه آموزش تاب‌آوری، مدل‌ها و الگوهای تاب‌آوری در ۲۰ سال اخیر می‌باشد. جهت گردآوری اطلاعات در این بخش جستجوی مقالات در پایگاه‌های Eric، Noormags، Elsevier، sid magiran، scopus، و Irandoc صورت گرفت. واحد نمونه‌گیری در پژوهش حاضر شامل تمامی لغات و مضامینی است که در حوزه پژوهش حاضر وجود دارد. واحد جمع‌آوری داده‌ها نیز شامل تمامی متن یا بخش‌های مرتبطی از مقالات، کتاب‌ها و برنامه‌های آموزشی مرتبط است. واحد تحلیل نیز به تبع واحدهای نمونه‌گیری و به منظور تدوین محتوای آموزش

1. Creswell

جدول ۱) خلاصه تحلیل مضمون اسناد علمی

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده
افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر	رویارویی فعال با تنیدگی
	راهبردهای مقابله‌ای
	حل مسأله
تأثیرگذاری	مداومت در تلاش
	یادگیری از چالش
	چالش جویی
راهبردهای انطباقی	رشد خود
	دیدگاه متفاوت درباره تجربه
	تسلط بر موقعیت
عملکرد مثبت خانواده	سازگاری و انطباق
	تعادل جویی
	حفظ سلامت
تعامل اجتماعی	توسعه منابع خانوادگی
	انسجام و مشارکت در خانواده
	حمایت خانواده
خودرهبری	روابط خانوادگی مطلوب
	روابط دوستانه
	جستجوی حمایت
راهبردهای شناختی	توسعه روابط
	خوداتکایی
	ارزش‌های خود
تعدیل هیجانی	خودتنظیمی
	پردازش فعال
	راهبردهای شناختی
باورهای مثبت	تجربه هیجانانگیز مثبت
	مدیریت هیجان
	امیدواری
	مثبت اندیشی
	استعانت از معنویت

□ نظر ممیز بیرونی: برای بررسی کل پروژه از یک ارزیابی بیرونی جهت سنجش عینی از جریان اجرای فرایند پژوهش و نتیجه‌گیری از یافته‌ها استفاده شد. در این راستا، مضامین به‌دست آمده به ۳ تن از روان‌شناسان و متخصصان آموزش تاب‌آوری ارائه شد و با ارائه توضیحات شفاهی درخصوص اهداف پژوهش، متن و فیش‌های تهیه شده در مطالعات کتابخانه‌ای و نتایج کدگذاری مصاحبه‌ها در اختیار ایشان قرار گرفت تا ایشان، مضامین به‌دست آمده را مورد بازنگری قرار دهند. با انجام بازنگری ایشان، برخی مضامین سازمان دهنده تغییر کرد و پس از اصلاح، تأیید نهایی نظرات متخصصان حاصل شد.

□ استفاده از پرسشنامه در جهت بررسی اعتبار مضامین: پس از مشخص نمودن مضامین (فراگیر، سازمان دهنده و پایه) از صاحب نظران (اساتید) در رابطه با هر یک از مضامین نظرخواهی شد و همچنین، از صاحب نظران درخواست شد تا چنانچه مضمونی باید اضافه یا اصلاح شود، بیان نمایند. هدف از این پرسشنامه، اعتبارسنجی و بررسی اهمیت مضامین استخراج شده است. سپس برای هر مضمون، شاخص نسبت روایی محتوایی<sup>۱</sup> (CVR) لاوشه محاسبه شد. این شاخص از نظر کارشناسان متخصص در زمینه محتوایی محاسبه می‌شود و با توضیح اهداف برنامه آموزشی برای آنها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به مضامین، از آنها درخواست شد تا هر یک از پرسش‌ها را براساس گویه‌های "ضروری است"، "مفید است ولی ضروری نیست" و گویه "ضرورتی ندارد" طبقه بندی کنند. ضرایب به‌دست آمده برای مضامین اصلی به شرح زیر است:

خودبهبودی: ۰٫۹۰، تأثیرگذاری: ۰٫۹۵، راهبردهای انطباقی: ۰٫۹۰، عملکرد مثبت خانواده: ۱٫۰۰، تعامل اجتماعی: ۱٫۰۰، خودرهبری: ۰٫۹۰، راهبردهای شناختی: ۰٫۹۰، تعدیل هیجانی: ۰٫۹۰ و باورهای مثبت: ۰٫۹۵

## یافته‌ها

برای تدوین برنامه آموزشی تاب‌آوری از دو دسته اطلاعات استفاده شد.

اول؛ مطالعه اسناد علمی و دوم؛ مصاحبه با متخصصان که با استفاده از تحلیل مضمون کدگذاری شدند.

جدول ۲) تحلیل مضمون مصاحبه با متخصصان و مادران

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده
مواجهه فعال	مقابله فعال
	تلاش و پشتکار
نقش خانواده	عملکرد خانواده
	حفظ روابط بین فردی
جستجوی حمایت	جستجوی حمایت عاطفی-اجتماعی
	حمایت اطلاعاتی دیگران
	خودآگاهی
	باور به خود
	خودکارآمدی
	مسئولیت پذیری
	استقلال
	حفظ سلامت و نشاط
	باورهای مثبت
	مثبت اندیشی
	باورهای معنوی
	شناخت موقعیت
	تفکر برای تغییر
	ارزیابی جامع
	پذیرش
	واقع بینی
	اصلاح شناخت

بنابر نتایج به دست آمده می‌توان برنامه آموزشی تاب‌آوری به مادران دارای فرزند با فلج مغزی را در ۶ محور اساسی تدوین کرد: (جدول ۳)

- ۱) آشنایی مادران دارای فرزند با فلج مغزی با تاب‌آوری، عوامل مؤثر بر آن و ویژگی‌های افراد تاب‌آور؛
- ۲) آشنایی مادران با عوامل حمایتی درونی و بیرونی در ارتقاء تاب‌آوری؛
- ۳) نقش افکار منفی و تحریف‌های شناختی و راهکارهای مقابله با آنها در تاب‌آوری؛
- ۴) آموزش تنظیم هیجانی شامل شناخت هیجانات و مهارت‌های مدیریت هیجان، تعدیل و اصلاح موقعیت هیجانی؛
- ۵) نقش معنویت در تاب‌آوری و معنایابی در رنج؛
- ۶) آشنایی مادران با فرآیند هدف‌گذاری و نقش آن در تاب‌آوری.

جدول ۳) خلاصه تحلیل مضمون اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان

منبع	مضامین سازمان دهنده	مضامین فراگیر
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	رویارویی فعال با تنیدگی	افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	راهبردهای مقابله‌ای	
اسناد علمی	حل مسئله	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	مداومت در تلاش و پشتکار	خود بهبودی
اسناد علمی	یادگیری از چالش	
اسناد علمی	چالش جویی	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	توسعه خود	
مصاحبه با متخصصان	تفکر بهبودی یاب	تأثیرگذاری
اسناد علمی	دیدگاه متفاوت درباره تجربه	
اسناد علمی	تسلط بر موقعیت	
اسناد علمی	سازگاری و انطباق	راهبردهای انطباقی
اسناد علمی	تعادل جویی	
اسناد علمی	حفظ سلامت	

منبع	مضامین سازمان دهنده	مضامین فراگیر
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	توسعه منابع خانوادگی	عملکرد مثبت خانواده
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	انسجام و مشارکت در خانواده	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	حمایت خانواده	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	روابط خانوادگی مطلوب	
اسناد علمی	روابط دوستانه	تعامل اجتماعی
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	جستجوی حمایت (حمایت عاطفی و اطلاعاتی)	
اسناد علمی	توسعه روابط	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	خوداتکایی و خودکارآمدی	خودرهبری
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	باور به ارزش‌های خود	
اسناد علمی	خودتنظیمی	
اسناد علمی	پردازش فعال	راهبردهای شناختی
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	راهبردهای شناختی	
مصاحبه با متخصصان	واقع بینی و پذیرش	
اسناد علمی	تجربه هیجان‌ات مثبت	تعدیل هیجانی
اسناد علمی	مدیریت هیجان	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	امیدواری	باورهای مثبت
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	مثبت اندیشی	
اسناد علمی و مصاحبه با متخصصان	استعانت از معنویت	

جدول ۴) ارتباط مضامین استخراج شده، محورهای جلسات و شرح جلسات آموزشی

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

## جدول ۵) ضریب توافق محورها و شرح جلسات آموزشی

ضریب توافق	محورها	مضامین فراگیر
۰,۹۰	محور ۳	افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر
۰,۹۵	محور ۶	خودبهبودی
۰,۹۰	محور ۳	تأثیرگذاری
۱,۰۰	محور ۳	راهبردهای انطباقی
۱,۰۰	محور ۲	عملکرد مثبت خانواده
۰,۹۵	محور ۲	تعامل اجتماعی
۰,۹۰	محور ۵	خودرهبری
۰,۹۰	محور ۳	راهبردهای شناختی
۰,۹۰	محور ۴	تعدیل هیجانی
۰,۹۵	محور ۵	باورهای مثبت

به منظور اعتباریابی بسته آموزشی از دو روش محاسبه ضریب توافق کندال و تعیین روایی نظری با استفاده از تطبیق الگو، استفاده شد. ضرایب به دست آمده برای هر یک از سرفصلها به شرح روبرو به دست آمده است:

## معرفی برنامه آموزشی تاب‌آوری

برنامه آموزشی تاب‌آوری که حاصل تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش می‌باشد، در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طراحی شده است که به شرح جدول زیر می‌باشد:

## جدول ۶) عناوین جلسات و شرح مختصری از اهداف هر یک از جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری

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

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه
جلسات سوم و چهارم	آشنایی مادران با عوامل حمایتی درونی و بیرونی در ارتقاء تاب‌آوری	۱) آشنایی والدین با عوامل حمایتی درونی (درون فردی) در ارتقاء تاب‌آوری شامل: مفهوم خوش بینی، منبع کنترل، استرس و راهکارهای کنار آمدن با آن، راهکار شناخت استعدادها و علایق (خودشناسی)
		۲) آشنایی والدین با عوامل حمایتی بیرونی (بین فردی) در ارتقاء تاب‌آوری شامل: سیستم حمایت‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنادار، راهکار احساس تعلق داشتن و باارزش بودن
		۳) پاسخگویی به پرسش‌های والدین
		۴) جمع‌بندی و ارائه تکلیف در رابطه با مطالب آموخته شده در این جلسه به والدین
جلسات پنجم و ششم	نقش افکار منفی و تحریف‌های شناختی و راهکارهای مقابله با آنها در تاب‌آوری	۱) آگاهی از نقش افکار منفی در کاهش تاب‌آوری
		۲) شناخت شایع‌ترین افکار منفی
		۳) یادگیری مقابله با افکار منفی
		۴) آشنایی با خطاهای تفکر (تحریف‌های شناختی)
		۵) بازسازی شناختی و مقابله با تحریف‌های شناختی
		۶) به چالش کشیدن افکار منفی و جایگزین کردن آنها با افکار واقع‌بینانه
جلسه هفتم	آموزش تنظیم هیجانی ۱ (انتخاب موقعیت)	تکلیف منزل برای جلسه بعد: در یک دفترچه به صورت روزانه حوادث، افکار و احساسات خود را بنویسید و سپس با به چالش کشیدن افکار منفی، افکار منفی خود را شناسایی و افکار مفیدتری را جایگزین آن کنید. در طی هفته هر وقت قدرت تحمل تاب‌آوری‌تان پایین آمد، افکار خود را بنویسید و مشخص کنید این افکار در کدام طبقه افکار منفی قرار می‌گیرد. در مرحله‌ی بعد افکار خود را با استفاده از پرسش‌هایی که در فوق ذکر شد، به چالش بکشید و آنها را با افکار منصفانه‌تر و واقع‌بینانه‌تری جایگزین کنید. و در نهایت تأثیر این جایگزین‌سازی افکار را روی خلق خود بررسی کنید.
		ارائه آموزش هیجانی (شناخت انواع هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی)
جلسه هشتم	آموزش تنظیم هیجانی ۲ (مهارت هیجانی و اصلاح موقعیت)	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و مهارت‌های هیجانی اعضا شامل سه بخش: ۱) خودارزیابی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی خود (۲) خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجان خود و (۳) خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی خود
		آموزش مهارت تسکین و تعدیل هیجان ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب آموزش مهارت‌ها از جمله: ۱) مهارت حل مسئله (۲) مهارت بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)



اهداف جلسه	عنوان جلسه	جلسه
<p>(۱) مرور تکالیف</p> <p>(۲) بحث در مورد اینکه آیا مسئله‌ای در زندگی‌تان وجود دارد که به خاطر آن از دست خدا ناراحت و یا عصبانی باشید و ندانید که چرا خدا این کار را با شما کرده است؟ (از مادران شرکت‌کننده در پژوهش می‌خواهم که خاطره‌هایشان و نمونه‌هایی از زندگی خودشان را بیان کنند)</p> <p>(۳) خواندن داستانی با این پیام که گاهی ما حکمت اتفاقاتی که در زندگی‌مان می‌افتند را نمی‌دانیم و به‌همین دلیل به خدا شکایت می‌کنیم و اینکه خداوند بهتر از هر کسی مصلحت ما را می‌داند</p> <p>(۴) خواندن آیه ۲۱۶ سوره بقره با همین مضمون و بحث در مورد آن</p> <p>(۵) ارائه این تکلیف که نمونه‌ای را از زندگی‌تان بیان کنید که در آن دلیل اتفاقی که افتاده را نفهمیده باشید و بعداً متوجه آن شده باشید</p> <p>ارائه تکلیف کامل کردن دو جمله ناتمام: اگر من به خدا تلفن می‌زدم حتماً به او می‌گفتم که ... / اگر من به اندازه خدا قدرتمند باشم حتماً....</p>	نقش معنویت در تاب‌آوری (قسمت اول) معنایابی در رنج	جلسه نهم
<p>(۱) مرور تکالیف</p> <p>(۲) خواندن داستانی در مورد توکل به خدا و بحث کردن در مورد پیام داستان و مفهوم توکل</p> <p>(۳) خواندن آیه ۱۶۰ سوره آل عمران با همین مضمون و بحث در مورد آن</p> <p>(۴) بحث کردن در مورد اینکه زمانی که فردی به خدا توکل می‌کند، خودش در قبال کارش چه وظیفه‌ای دارد؟ آیا باید تلاشی هم بکند؟</p> <p>(۵) ارائه این تکلیف که در مورد تصمیماتی که برای آینده‌تان گرفته‌اید با خدا صحبت کنید و ترس‌هایتان را در این مورد با او در میان بگذارید. در چه مواردی بیشتر دوست دارید به خدا توکل کنید؟</p> <p>(۶) ارائه این تکلیف که ۳ تا ۵ مورد از موارد سختی که در زندگی‌تان به خدا توکل نموده‌اید را بنویسید.</p>	نقش معنویت در تاب‌آوری (قسمت دوم) توکل	جلسه دهم
<p>آشنایی والدین:</p> <p>با اهمیت داشتن هدف در زندگی و نقش آن در ارتقاء تاب‌آوری، با ویژگی‌های هدف واقع‌بینانه از جمله عملی بودن، دست‌یافتنی بودن، واضح و روشن بودن،</p> <p>با نقش و اهمیت امیدواری و در عین حال تلاش به‌عنوان پیش‌شرط لازم برای رسیدن به اهداف،</p> <p>با نمونه‌های عینی از اهداف واقع‌بینانه و غیر واقع‌بینانه،</p> <p>پاسخ به پرسش‌های والدین و ارائه تکلیف برای جلسه بعد.</p>	آشنایی مادران با فرآیندهای هدف‌گذاری و نقش آن در تاب‌آوری	جلسه یازدهم
<p>ارائه جمع‌بندی از مباحث ارائه شده در برنامه آموزشی تاب‌آوری</p> <p>از طریق پرسش و پاسخ</p> <p>بیان میزان دستیابی به اهداف مد نظر از دیدگاه والدین</p> <p>بیان لزوم پیگیری فرایندهای آموزش توسط والدین در آینده</p>	جمع‌بندی و مرور مطالب آموخته شده در جلسات گذشته	جلسه دوازدهم

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی مؤلفه‌ها و تدوین برنامه آموزشی تاب‌آوری برای مادران دارای فرزند با اختلال فلج مغزی انجام شده است. برای انجام پژوهش از ۳ دسته داده‌های کتابخانه‌ای و مصاحبه با متخصصان و همچنین، مصاحبه با مادران دارای فرزند فلج مغزی بهره گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که ضرورت‌های آموزشی مادران در ۶ محور قالب‌بندی می‌شود. این ۶ محور شامل: ۱. ضرورت آشنایی مادران با مفهوم تاب‌آوری، عوامل مؤثر بر آن و ویژگی‌های افراد تاب‌آور، ۲. آشنایی با عوامل حمایتی درونی و بیرونی در ارتقاء تاب‌آوری، ۳. نقش افکار منفی و تحریف‌های شناختی و راهکارهای مقابله با آنها در تاب‌آوری، ۴. لزوم به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد در مواجهه با مشکلات، ۵. نقش معنویت در تاب‌آوری و معنا‌یابی در رنج و ۶. آشنایی مادران با فرایند هدف‌گذاری و نقش آن در تاب‌آوری می‌باشد. برای این ۶ محور، ۱۲ جلسه آموزشی تعریف شده است.

یکی از محورهای اصلی در آموزش تاب‌آوری، به نقش تفکر تأکید دارد و تفکر کارآمد و تحریف نشده را به‌عنوان عاملی برای ارتقاء تاب‌آوری در نظر می‌گیرد. پژوهش‌ها و نشریه‌های قبلی نشان می‌دهد که تفکر آشفته، منفی و تحریف شده به‌عنوان یک علامت آسیب در زمینه شناختی مانع از عملکرد روزانه مطلوب می‌شود. افکار تحریف شده، توان و انگیزه فرد را برای فعالیت مطلوب کاهش می‌دهد زیرا بخش زیادی از تمرکز فرد بر روی این افکار است و توان کمتری برای انجام فعالیت صرف می‌شود (۲۱). در شرایط بحرانی، تفکر تحریف شده باعث ایجاد تنش عاطفی می‌شود (به‌عنوان مثال، احساس اضطراب، نگرانی، ترس). علاوه بر این، می‌تواند منجر به انجام فعالیت‌های به اصطلاح مزاحم و آزاردهنده شود (۲۲). تحریف شناختی، تفسیری غیرواقعی و ناکارآمد از موقعیت ایجاد می‌کند و عمدتاً فرد را به سمت نشخوار حوزه مشخصی از تفکر سوق می‌دهد (۲۲). این نوع از تفکر، به‌طور منفی دیدگاه ما از جهان، خود و دیگران را تحریف می‌کند. به گفته بک و همکاران (۲۳)، تحریف‌های شناختی باعث تمرکز بیش از حد بر تهدید و دست کم گرفتن توانایی مقابله با آن می‌شود و در نهایت عملکرد فرد را مختل می‌کند. این یافته‌ها در نظریه‌های بعدی که جنبه‌های ذهن و رفتار را توصیف می‌کنند، گسترش یافت. همان‌طور که لیدوکس<sup>۱</sup> (۲۴) می‌گوید، احساسات (مانند پاسخ‌های نباتی و

رفتاری) محصول سازوکارهای مغزی پیچیده و تکاملی هستند که برای رفع نیاز طراحی شده‌اند و باعث ایجاد واکنش و رفتار مناسب در فرد می‌شوند که تا رفع نیاز ادامه می‌یابد. در فرایند "آگاه شدن" از احساسات خود، یک فرد ممکن است خطاهای متعددی را مرتکب شود (به‌عنوان مثال، تحریف‌های شناختی)، زیرا احساسات نتیجه تفسیر شناختی از موقعیت‌ها هستند، که با مفاهیم شناختی که بر بازسازی بازنمایی ذهنی برانگیختگی عاطفی تمرکز دارند، همسو است (۲۱). عمدتاً تحریف‌های شناختی موجب می‌شوند که یک احساس بخصوص مثل غم، احساس شکست، ناامیدی و یا ترس، بیش از اندازه و بعضاً نابجا تجربه شود و همین امر کارکرد بهینه هیجان را از بین می‌برد، بنابراین، اقدام مؤثری در راستای رفع نیز صورت نمی‌گیرد. در جریان آموزش تاب‌آوری، لازم است که این سازوکار به شرکت‌کنندگان آموزش داده شود، تحریف‌های شناختی آنها شناسایی شود و با آموزش و به‌کارگیری تمرین‌های بازسازی شناختی تعدیل گردد. قابل ذکر است که به‌دنبال بازسازی شناختی افراد، ورود به مهارت‌های تنظیم هیجان بدیهی است، زیرا مدیریت تفکر اساساً با هدف تنظیم هیجان صورت می‌گیرد و به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان، از عوامل ضروری در رشد تاب‌آوری است (۱۱).

طبق نتایج به‌دست آمده، یکی از محورهای اساسی در آموزش تاب‌آوری، ارتقاء معنوی مادران است. شواهد تجربی حاکی از ارتباط مثبت بین مذهب و تاب‌آوری در مراقبانی است که با گروه‌های مختلف بیماران کار می‌کنند. در گروهی از زنان مراقب خانواده افراد با ناتوانی شدید، مشارکت معنوی-مذهبی با سازگاری بهینه‌تر و توانایی بالاتر برای ایجاد ارتباط با عضو ناتوان خانواده مرتبط بود (۲۵). در یک مطالعه طولی، مداخلات معنوی مبتنی بر دین و آموزه‌های معنوی توانسته است تاب‌آوری را در مراقبت والدین از کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تقویت کنند (۲۶). هیت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۷) به این نتیجه رسیدند که ارزش‌های مذهبی و معنوی ذاتاً در طول بسیاری از تصمیم‌گیری‌هایی که توسط مراقبین گرفته می‌شود تأثیرگذار به‌نظر می‌رسد. پژوهش‌های قبلی ارتباط روشنی بین گرایش‌های معنوی و تاب‌آوری را نشان داده است. در حین مواجهه با چالش‌ها و بحران‌ها، افراد می‌توانند راه‌حل‌ها و توضیحات سازنده را در قالب حمایت‌های معنوی بیابند که آنها را قادر می‌سازد بر حوادث نامطلوب غلبه کنند. بنابراین،

1. LeDoux

2. Hayes

و لازم است مادران دارای فرزند فلج مغزی برنامه زندگی خود را بر مبنای حفظ ارتباطات صمیمی، نزدیک و دوستانه تنظیم نمایند و جلب این نوع حمایت‌ها عمدتاً در راستای تأمین نیازهای عاطفی این گروه می‌باشد. اساساً، افراد برای افزایش سطح سازگاری مثبت خود نیاز به حمایت دارند (۳۳). حمایت اجتماعی به عنوان ارائه کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و یا ابزاری که افراد از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کنند، تصور می‌شود. حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع کلیدی برای نوع تفسیر افراد در شرایط بحرانی محسوب می‌شود. این متغیر باعث رشد شخصی و ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در مواجهه با بحران می‌شود (۳۴). این کمک‌ها ممکن است ملموس (مانند منابع و کالاها) یا نامشهود (مانند حمایت‌های زبانی و عاطفی) باشند. تعداد زیادی از مطالعات نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مادران کودکان با فلج مغزی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۳۵). این نتایج نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی یک منبع اجتماعی مهم برای بهزیستی مادران کودکان با این اختلال است. چندین مطالعه، ارتباط بین استرس والدینی و حمایت اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند و همبستگی منفی معنادار بین آنها در جمعیت‌های مختلف را شناسایی کرده‌اند (۳۶). حمایت اجتماعی می‌تواند با ارائه همدلی به مادران، تاب‌آوری آنها در تحمل شرایط بیماری فرزند را افزایش دهد (۳۷). به علاوه، این عامل می‌تواند طرحواره‌های جدیدی در فرد ایجاد کند که تفسیر او از موقعیت بحرانی را تغییر دهد و این طرحواره‌های جدید و تفسیر جایگزین، منجر به مواجهه مؤثر با بحران می‌شود (۳۴).

برخی کارشناسان بر این باورند که دریافت حمایت اجتماعی در هر نوع و شکلی، یک متغیر پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری نیست. آنچه که در جریان حمایت اجتماعی می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد، ارائه همدلی، صمیمیت، درک متقابل و شنونده بودن است (۳۳). وقتی که افراد آسیب دیده خود را در یک رابطه صمیمی بیابند که در آن رابطه می‌توانند به راحتی گفتگو کنند، درک شوند و رنج آنها به رسمیت شناخته شود، می‌توانند دیدگاه متعادل‌تری نسبت به آسیب‌ها و چالش‌های زندگی داشته باشند و تحمل‌پذیری بالاتری را نشان دهند. مطالعات نشان می‌دهد که سطوح بالای حمایت اجتماعی و تجربه رابطه صمیمانه و نزدیک، تمایل به تجربه رشد شخصی

قابل درک است که معنویت با تاب‌آوری همراه است و معمولاً به عنوان یک ویژگی فردی است که نشان‌دهنده توانایی فرد برای سازگاری مؤثر و سازگاری با شرایط چالش برانگیز زندگی است (۲۸). کراک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۹) ادعا کردند که معنویت و یا دین از طریق راهبردهای مقابله معنوی می‌تواند راه حل‌های سازنده‌ای برای مشکلات زندگی چالش برانگیز و استرس‌زا ارائه دهد که به طور مثبت بر تاب‌آوری تأثیر می‌گذارد. مقابله معنوی مثبت که شامل داشتن روابط ایمن با خدا و تجربه احساس ارتباط معنوی با افراد دیگر است، با بهزیستی بیشتر و سازگاری ذهنی بهتر مرتبط است (۳۰). بنابراین، نگرش خیرخواهانه با مقدسات و هم‌ایمانان می‌تواند نقش مثبتی در سطوح انعطاف‌پذیری و سازگاری موفق فرد با ناملایمات داشته باشد.

بر اساس رویکرد شناختی، نظام‌های معنوی، کارکرد جهت‌گیری و معناسازی را در تنظیم شناخت، احساسات و رفتار انسان نشان می‌دهد (۳۱). این امر، افراد را قادر می‌سازد تا رویدادهای خاصی را که در زندگی‌شان اتفاق می‌افتد (مانند تجربه چندوجهی رنج، اجتناب‌ناپذیری مرگ) توضیح دهند و درک کنند. نظام معنوی شامل دو بعد است: (۱) جهت‌گیری که افراد را قادر می‌سازد خود را جهت‌گیری کنند و جهان و زندگی خود را درک کنند و (۲) معناداری که شامل دیدگاه تفسیر زندگی بر حسب معنا و هدف است. اگرچه به نظر می‌رسد رابطه بین معنویت و تاب‌آوری یک رابطه تأیید شده است، اما اطلاعات کمی در مورد عوامل روان‌شناختی که می‌توانند این رابطه را واسطه کنند، وجود دارد. بر اساس نظریه جامع امید استنایدر، یکی از عواملی که می‌تواند اهمیت واسطه‌ای قابل توجهی برای دینداری و تاب‌آوری داشته باشد، امید است (۳۲). باور معنوی این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که امورات دنیا بر اساس اراده‌ای فراتر از اراده انسان تدبیر می‌شود و اتصال به اراده بالاتر، امید به ایجاد تغییر مثبت را افزایش می‌دهد، حتی در زمانی که محاسبات عقلی برخلاف آن باشد. این نوع تفکر و این نوع از شکل‌گیری امید در خانواده‌های بیماران و افراد ناتوان موجب افزایش تاب‌آوری می‌شود (۲۸). رابطه بین امید و تاب‌آوری از این مشاهدات ناشی می‌شود که هر دو سازه نیز ارتباط نزدیکی با فعالیت‌های هدفمند انجام شده در زمینه ناملایمات دارند (۲۸).

بخش دیگری از یافته‌ها حاکی از آن است که حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> به عنوان عامل مهمی در ارتقاء تاب‌آوری می‌باشد

1. Krok

2. Social support

## References

1. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B, Damiano D. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental medicine and child neurology*. 2005 Aug;47(8):571-6.
2. Graham HK, Rosenbaum P, Paneth N, Dan B, Lin JP, Damiano DL, Becher JG, Gaebler-Spira D, Colver A, Reddihough DS, Crompton KE. Erratum: Cerebral palsy. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016 Jan 28;2(1):1.
3. Khandaker G, Muhit M, Karim T, Smithers-Sheedy H, Novak I, Jones C, Badawi N. Epidemiology of cerebral palsy in Bangladesh: a population-based surveillance study. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2019 May;61(5):601-9.
4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Dec 19;396(10267):2006-17.
5. World Health Organization; World Bank. (2011). *World Report on Disability*; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
6. World Health Organization. (2019). *Rehabilitation*. World Health Organization: Geneva, Switzerland, Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
7. Yazar F, Akdam M, Çarpan İ, Topal S, Şenol H, Tekin F. Impact of having a disabled child on mothers' anxiety, depression and quality of life levels. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2021;14(1):223-32.
8. Pociño M, Fernandes L. Depression, stress and anxiety among parents of sons with disabilities. *The Psychologist: Practice & Research Journal*. 2018 Nov 5;1(1):103.
9. Fereidouni Z, Kamyab AH, Dehghan A, Khiyali Z, Ziapour A, Mehedi N, Toghrol R. A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran. *Heliyon*. 2021 Jun 1;7(6):e07285.
10. Aghdasi N, Soleimani AA, Asadi Gandomani R. The Effectiveness of Mindfulness Training on Emotional Schemas Mothers of Children With Cerebral Palsy. *jrehab*. 2019; 20 (1) :86-97. [Persian]
11. Tofighi, Z., Aghaei, A., gol parvar, M. Comparing effectiveness of resilience and emotion regulation on perceived social stigma and mental endurance in the

در شرایط بیماری، تنش و بحران را افزایش می‌دهد (۳۴). افراد با خودافشایی در ارتباطات نزدیک اعم از ارتباط با دوستان یا خانواده و همچنین، جست‌وجوی کمک از دیگران، به جنبه‌های مثبتی در تروما پی می‌برند که از آن آگاه نبودند و ایجاد این دیدگاه جدید، تاب‌آوری آن شرایط را رشد می‌دهد. ارائه حمایت و همدلی به افراد آسیب دیده و درک آنها در بازگویی آسیب، موجب بازسازی مثبت آن تجربه می‌شود، "خود" را قوی می‌کند و فرد برای رویارویی مؤثر آماده می‌شود (۳۸). به‌طور خلاصه می‌توان گفت که ارتقاء بهزیستی در مادران دارای فرزند فلج مغزی جز در سایه یک برنامه مداخله‌ای چندجانبه حاصل نمی‌شود و طبق نتایجی که براساس نیازهای مطرح شده از جانب این گروه از مادران و همچنین، متخصصان و متون علمی به‌دست آمده است، ارتقاء تاب‌آوری در این مادران با چهار اهرم حمایت، معنویت، تفکر و تنظیم هیجان میسر خواهد شد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری خدیجه محمدی در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی به راهنمایی دکتر پریسا تجلی و مشاورت دکتر افسانه قنبری پناه است و بدین‌وسیله از تمامی مادرانی که با حضور در جلسات برنامه آموزشی تاب‌آوری و شرکت در فرایند پژوهش به اجرای بهتر آن کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## تعارض منافع

در این مقاله نویسندگان هیچ‌گونه تضاد یا تعارض منافی ندارند.

- mothers of the children with cerebral paralysis (CP). *Psychology of Exceptional Individuals*, 2018; 7(28): 71-93. [Persian]
12. Parvinian A M, Kermanshahi S, Sajedi F. Protective effect of health promotion program on life quality of mothers of children with cerebral palsy. *jrehab*. 2012; 13 (3) :8-17. [Persian]
  13. Meyer EC, Kotte A, Kimbrel NA, DeBeer BB, Elliott TR, Gulliver SB, Morissette SB. Predictors of lower-than-expected posttraumatic symptom severity in war veterans: The influence of personality, self-reported trait resilience, and psychological flexibility. *Behaviour Research and Therapy*. 2019 Feb 1;113:1-8.
  14. Keniş-Coşkun Ö, Atabay CE, Şekeroğlu A, Akdeniz E, Kasil B, Bozkurt G, Karadağ-Saygı E. The relationship between caregiver burden and resilience and quality of life in a Turkish pediatric rehabilitation facility. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020 May 1;52:e108-13.
  15. Çulhacık GD, Durat G, Eren N. Effects of activity groups, in which art activities are used, on resilience and related factors in families with disabled children. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021 Jan;57(1):343-50.
  16. Sanders J, Munford R, Thimasarn-Anwar T, Liebenberg L, Ungar M. The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. *Child abuse & neglect*. 2015 Apr 1;42:40-53.
  17. Azadi, F., Ghadami, A. Comparison of the communication model of coping styles of stress and life satisfaction with mediating role of resilience in epilepsy and normal people in Tehran. *PSYCHOMETRY*, 2018; 6 (23): 89-102. [Persian]
  18. Abualmaali alhousseini K. Qualitative analysis of the text. *Educational sciences from the perspective of Islam*. 2013, 1,1: 83-102. [Persian]
  19. Meredith G, Walter B, Joyce G. Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology. Tehran: Shahid Beheshti University, Samt, 2015. [Persian]
  20. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications; 2017 Nov 27.
  21. Nikkhoo, F., Hosseini Ghomi, T. Prediction of mental health and resilience of mothers with intellectual disability children based on cognitive flexibility. *Empowering Exceptional Children*, 2021; 12(1): 13-22. [Persian]
  22. Bresler J. Thinking about Obsessional Thinking: An Integrative Model. *Psychoanalytic Inquiry*. 2020 Aug 17;40(6):384-94.
  23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988 Dec;56(6):893.
  24. LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*. 2000 Mar;23(1):155-84.
  25. Koenig HG, Nelson B, Shaw SF, Saxena S, Cohen HJ. Religious involvement and adaptation in female family caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016 Mar;64(3):578-83.
  26. Pandya SP. Spirituality to build resilience in primary caregiver parents of children with autism spectrum disorders: A cross-country experiment. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2018 Jan 1;64(1):53-64.
  27. Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications; 2017 Dec 13.
  28. Munoz RT, Brady S, Brown V. The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*. 2017 Mar;23(1):102.
  29. Krok D, Zarzycka B, Telka E. The religious meaning system and resilience in spouse caregivers of cancer patients: A moderated mediation model of hope and affect. *Journal of religion and health*. 2021 Aug;60(4):2960-76.
  30. Park CL, Holt CL, Le D, Christie J, Williams BR. Positive and negative religious coping styles as prospective predictors of well-being in African Americans. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2018 Nov;10(4):318.
  31. Krok D. Sense of coherence mediates the relationship between the religious meaning system and coping styles in Polish older adults. *Aging & Mental Health*. 2016 Oct 2;20(10):1002-9.
  32. Snyder CR, Sigmon DR, Feldman DB. Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion. *Psychological Inquiry*. 2002 Jan 1;13(3):234-8.
  33. Sanayeh M, Nourian M, Tajalli S, Fomani FK, Heidari A, Nasiri M. Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2021 Oct;9(4):336.
  34. Ahmadi Z, Mehrabi H A. Relationship between social support and resilience with posttraumatic growth: the mediating role of stress coping styles. *JNIP*. 2020; 5 (9) :1-13. [Persian]

35. Yongli W, Huang Z, Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of health psychology*. 2020 Mar;25(3):416-25.
36. Wang Y, Huang Z, Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of health psychology*. 2020 Mar;25(3):416-25.
37. Jeong YG, Jeong YJ, Bang JA. Effect of social support on parenting stress of Korean mothers of children with cerebral palsy. *Journal of physical therapy science*. 2013;25(10):1339-42.
38. Fallah, M, Dehghani, N, Fallahzadeh, M, Mendigari, N. Sympathy. Yazd: Paradise of Dar Al-Eabadeh ; 2014. [Persian]