

Effectiveness of Spirituality-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Resiliency and Life Satisfaction in Mothers with Slow-Paced Children

Yaser Madani, Ph.D¹

Assistant Professor, University of Tehran

Seyedeh Nahid Hoseininezhad

M.A. in Family Counseling, University of Tehran

Davod Fathi

M.A. in Rehabilitation Counseling, University of Mohaghegh Ardabili

Seyed Mohammad Mousa Mousavi

M.A. in School Counseling, University of Tehran

Abstract

The goal of the current research was to study the effectiveness of spirituality-based cognitive-behavioral therapy on resiliency and life satisfaction in mothers with slow-paced children. This was an applied, quasi-experimental study, utilizing pre and post-tests, with control group. The sample population included mothers who had a slow-paced child in the city of Mala'ar, Tehran, during winter of 1394. Using convenient sampling, 30 qualified mothers were selected. Resiliency Scale and Life Satisfaction Questionnaire were used for pre-test and post-test. Data was analyzed using covariance statistical method. Findings indicated that cognitive-behavioral therapy that is based on spirituality dimensions did in fact show significant difference in the results among the two groups ($P < 0.001$). Considering these results, cognitive-behavioral therapy with emphasis on spiritual domains, and including cognitive restructuring, doing behavioral homework, and strengthening spiritual dimension seems to increase resiliency and life satisfaction in mothers with a slow-paced child.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Spirituality, Mothers with slow-paced child

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام

یاسر مدنی^۱

استادیار دانشگاه تهران

سیده ناهید حسینی‌نژاد

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

داود فتحی

کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی دانشگاه محقق اردبیلی

سید محمد موسی موسوی

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام انجام شد و از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری این پژوهش مادران دارای کودک آهسته‌گام در شهر ملار استان تهران در طول زمستان سال ۱۳۹۴ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مادر دارای کودک آهسته‌گام انتخاب شدند. از مقیاس تاب‌آوری و رضایت زندگی به‌عنوان پیش‌آزمون - پس‌آزمون در این پژوهش استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام مؤثر بوده و بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته است ($P < 0.001$).

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، معنویت، مادران دارای کودک آهسته‌گام

¹ yaser.madani@ut.ac.ir

مقدمه

یکی از ناگوارترین حوادث در زندگی زناشویی، به دنیا آمدن یک کودک ناسالم می‌باشد. به محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند بسیاری از آرزوها و امیدهای آن‌ها تبدیل به یأس شده و مشکلات آن‌ها شروع می‌شود (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). مهم‌ترین مسائل و مشکلات والدین دارای کودک آهسته‌گام عبارت‌اند از: ۱) مشکل پذیرش عقب‌ماندگی ذهنی فرزند، ۲) خستگی ناشی از پرستاری و مراقبت، ۳) مسائل مربوط به اوقات فراغت، ۴) مشکلات مالی خانواده، ۵) مسائل پزشکی، آموزشی و توان‌بخشی (ویتر^۱، ۲۰۰۳). مادران به خاطر بیشترین ارتباط با کودک آهسته‌گام و ویژگی‌های عاطفی مادرانه و همچنین در بعضی از موارد مقصر دانستن خود در قبال معلولیت فرزند ناتوان خود فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. مطالعات انجام شده حاکی از این است که وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی دارد (گوپتا و سیقل^۲، ۲۰۰۴). همچنین مادران دارای کودکان ناتوان ممکن است توسط مشکلات کودکانشان به هم بریزند و با احساس منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف‌ها و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی و ترس شوند (اوگستون، مکینتوش و مایرز^۳، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها حاکی از آن است که مادران دارای دارای کودک آهسته‌گام از سلامت روانی کمتری نسبت به مادران دارای کودک سالم برخوردارند (صالحی، حق دوست، کوشکی، ۱۳۹۰).

یکی از عواملی که می‌تواند در بهبود سلامت روانی مادران دارای کودک آهسته‌گام مؤثر باشد، تاب‌آوری است. به عقیده کانور و زانک^۴ (۲۰۰۶) بهبود تاب‌آوری هدفی مهم جهت

درمان و پیشگیری می‌باشد. تاب‌آوری سازه‌ای است که بر اساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت^۵ بنا شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات می‌باشد (گیتزمن و گرماین^۶، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۷، ۲۰۰۱). همچنین از تأثیر روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکوآرت^۸، ۲۰۰۹). بریدلاو (۲۰۰۶) معتقد است که یکی از مهم‌ترین اساسی‌ترین مبنای سلامت روانی افراد میزان تاب‌آوری آن‌هاست. احمدی، شیخ و سرابندی (۱۳۹۱) در پژوهشی باهدف بررسی نقش دل‌بستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان آهسته‌گام نشان دادند که دل‌بستگی به خدا پیش‌بینی کننده تاب‌آوری است و تاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌دار دارد و همچنین تاب‌آوری نقش واسطه‌ای در بین متغیرهای دل‌بستگی به خدا و سلامت روان والدین این کودکان ایفا می‌کند. پژوهش‌های صالحی نژاد و بشارت (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ولی رابطه بین تاب‌آوری و درماندگی روان‌شناختی منفی و معنی‌دار می‌باشد.

رضایت از زندگی یکی از مؤلفه‌های دیگر سلامت روان در مادران دارای کودک آهسته‌گام بشمار می‌آید. رضایت به معنی برخورداری از ادراکی است که در پی برآورده شدن نیازی پدید می‌آید (بورپی و لنجر^۹، ۲۰۰۵). وینچ (۲۰۰۰) عنوان می‌کنند که رضایت از زندگی زمانی وجود دارد که وضعیت کنونی فرد در روابط خانوادگی با آنچه وی انتظار دارد منطبق باشد و نارضایتی از زندگی وقتی پدید می‌آید که وضعیت کنونی فرد با آنچه انتظار دارد ناهماهنگ باشد. احتمال می‌رود که وجود کودک آهسته‌گام بر ارزیابی مادرانشان از خود و زندگی‌شان

6. Gitterman & Germain

7. Waller

8. Pinquart

9. Burpee & Langer

1. Witter

2. Gupta & Singhl

3. Ogeston, Mackintosh, Myers,

4. Connor & Zhang

5. strengths based approaches

اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان، در چند دهه گذشته به‌صورت روزافزون توجه روانشناسان را به خود جلب کرده است. معنویت مفهومی کلی‌تر از دین است و دین و مذهب را که در بسیاری از موارد سرشار از معنویت است، دربر می‌گیرد (بوالمهری و همکاران، ۱۳۹۲). درمان معنوی بر دو اصل مهم یکی رسیدن فرد به سرزندگی روان که مستلزم عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات است و دیگری رسیدن فرد به معنویت که نیازمند اعتقاد به مذهب، اعتقاد به یگانگی و اعتقاد به دگرگونی استوار است (خدایاری فرد، محمدی و پرنده، ۱۳۸۲). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت علاوه بر تمرکز بر ابعاد شناختی، رفتاری و هیجانی افراد، از ابعاد معنوی و مذهبی افراد برای بهبود آن‌ها استفاده می‌کند. پژوهش زاده‌هوش، طاهرنشاد دوست و رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۰) نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر توصیه‌های مذهبی-معنوی، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری سنتی بر کیفیت ارتباط زناشویی زوجین دارد. پژوهشی با عنوان اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین نشان داد که رضایت از زندگی در گروه آزمایش افزایش یافته است (حمید، کوچکی و حیات‌بخش‌ملایری، ۱۳۹۱). دلسیگنر، وایت، امریچ و روفر^۵ (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر رضایت از زندگی دریافتند، درمان شناختی رفتاری گروهی برافزایش رضایت از زندگی تأثیر مثبت و معناداری دارد. هافمن، جاد و باتچر^۶ (۲۰۱۴) در فراتحلیلی در رابطه با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی ۳۳۲۶ درمانجو به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مراجعین مؤثر است. همچنین پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مذهب

تأثیر داشته‌باشد و جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قراردهد. ویدها و راجو^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی با هدف مقایسه تفاوت‌های بین خانواده‌های دارای فرزندان معلول و دارای فرزند سالم به این نتیجه رسیدند که والدین دارای کودک معلول رضایت کمتری از زندگی زناشویی دارند و شادکامی کمتری نسبت به والدین دارای کودک سالم دارند. همچنین پژوهش رودیاری، جیمز، مورگان و کافکن^۲ (۲۰۰۲) حاکی از پایین بودن میزان رضایت از زندگی در والدین دارای کودک آهسته‌گام است. وجود ناراضی‌تی در زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام، نیاز به مداخله و درمان برای بهبود سلامت روانی و افزایش تاب‌آوری را در این گروه از مادران هشدار می‌دهد.

یکی از درمان‌هایی که امروزه برای طیف وسیعی از اختلالات بکار می‌رود درمان شناختی رفتاری است. در رویکرد روان‌درمانی شناختی رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و عقاید تحریف‌شده، به چالش کشیدن بدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیرمفید، و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک^۳، ۲۰۰۸). در این رویکرد، فرایند درمان به‌گونه‌ای طراحی شده که افکار و شناخت‌های منفی و خودکار شناسایی گردیده، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین شده و شواهد مخالف، افکار تحریف‌شده را بررسی نموده تا تعبیر واقع‌گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف‌شده کرده و در دستیابی به حل تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری، توفیق یابد (بری^۴، ۲۰۰۶). ازجمله مبانی و اصولی که در کنار درمان‌های شناختی-رفتاری به‌وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد تکنیک‌ها و روش‌های درمان معنوی و مذهبی می‌باشد (پاکرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۹).

5. Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu, Lomax & Stanley

6. Delsignore, Weidt, Emmerich & Ruffer

7. Hofmann, Jade & Boettcher

1. Vidhya & Raju

2. Rodriave, James, Morgan & Geffken,

3. Becke

4. Bray

که در تحقیقات آزمایشی وجود حداقل ۱۵ نفر در هر گروه برای مقایسه نتایج پژوهش الزامی می‌باشد (نادری و سیف نراقی، ۱۳۷۰)، و از طرفی دیگر تشکیل جلسات مشاوره گروهی با تعداد ۱۲-۸ نفر پیشنهاد شده است (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۵) لذا با در نظر گرفتن ریزش احتمالی تعدادی از اعضای گروه، نمونه پژوهش حاضر شامل تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک آهسته‌گام بودند که در قالب دو گروه ۱۵ نفره با عنوان گروه‌های آزمایش و کنترل در نظر گرفته شد. با مراجعه به مدارس و انجام اقدامات اولیه (نظیر هماهنگی و ارائه اطلاعات لازم به کارکنان آموزشگاه در مورد اجرای این پژوهش و تأکید بر داوطلبانه بودن شرکت اولیاء)، بالأخره تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب و دعوت به همکاری شدند. سپس اعضاء انتخاب شده بر اساس متغیرهای کنترلی همچون جنسیت فرزندشان و تحصیلات خود مادران، به دو گروه مساوی ۱۵ نفری تقسیم شدند و درنهایت یکی از دو گروه به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری گروه گواه در نظر گرفته شد. کسب رضایت مادران برای حضور در پژوهش و محرمانه بودن هویت آزمودنی‌ها از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود. شرط ورود به پژوهش داشتن کودک آهسته‌گام و نداشتن اختلال روانشناسی حاد بوده است و شرط خروج از پژوهش عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه حضور در جلسات درمان بوده است. ابزار پژوهش به شرح زیر هستند:

الف: پرسشنامه‌ی تاب‌آوری: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی و همکاران (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده اند. این پرسشنامه دارای ۲۵ مادهٔ پنج گزینه‌ای است که در مقیاس لیکرت بین یک (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری شده است و جمع نمرات مواد ۲۵ گانه، نمرهٔ کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد

برتاب آوری هستند (گانستاد و توالا^۱، ۲۰۱۱). کاویانی، حمید و عنایتی (۱۳۹۳) در پژوهشی باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین نشان دادند که این درمان به‌طور معنی‌داری با افزایش تاب‌آوری در ارتباط است. تقدسی و فهیمی‌فر (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی بیماران به این نتیجه رسیدند که این درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر است. کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی (۱۳۹۰) پژوهشی در رابطه با تأثیر برنامه افزایش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک آهسته‌گام به این نتیجه رسیدند که برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مؤثر است.

به‌طور کلی پژوهش‌ها حاکی از وجود برخی تأثیرات منفی ناشی از وجود کودک آهسته‌گام در کاهش میزان تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران آن‌هاست. با توجه به نقش حساس مادر در خانواده، اصلاح باورهای منفی و تقویت نگرش‌های مثبت و همچنین معنوی مادران دارای کودک آهسته‌گام برای افزایش سلامت خانواده ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت برتاب‌آوری و رضایت‌زناشویی مادران دارای کودک آهسته‌گام می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش اجرا، جزء پژوهش‌های شبه آزمایشی، در قالب طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل قلمداد می‌گردد. نمونه پژوهش از طریق نمونه‌گیری در دسترس از بین کلیه مادران دانش‌آموزان آهسته‌گام مقطع ابتدایی شهرستان ملارد (استان تهران) انتخاب شدند که این مادران به‌صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. با توجه به این نکته

^۱. Gunnestad & Thwala

آلفای کرونباخ این مقیاس برای دانشجویان ایرانی برابر با ۰/۸۴ و برای دانشجویان سوئدی برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. برای تعیین روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و مقیاس افسردگی بک هم‌زمان اجرا شد. نتایج نشان داد که همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی و پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد، ۰/۷۱ و همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس افسردگی بک ۰/۵۹- بود. که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. در مجموع نتایج حاکی از اعتبار و روایی مطلوب نسخه‌ی فارسی مقیاس رضایت از زندگی و امکان بهره‌گیری از آن در جامعه‌ی ایرانی است (بیانی، کوچکی و گودرزی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

در این پژوهش به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، ضمن ارائه اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش، از مدل آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. به‌منظور ارائه اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در این پژوهش و توزیع آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که توزیع آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه که شامل جنسیت فرزند معلول مادران کودکان آهسته‌گام و همچنین سطح تحصیلات مادران مذکور می‌باشد به صورت همگون می‌باشد. این متغیرها در این پژوهش به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده است. در ادامه به بررسی شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی متغیرهای وابسته در این پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل و همچنین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در قالب جدول شماره ۲ پرداخته شده است.

(۱۳۸۶) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهناز (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره کل مقیاس بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ به دست آورد. کاوه (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۷ گزارش داده و کشتکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۶ به دست آمده است.

ب: مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس توسط داینر، امونز، لارسن و گریفن^۱ در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است. آن‌ها این مقیاس را برای همه‌ی گروه‌های سنی تهیه کردند و متشکل از ۴۸ سؤال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کرد. هر گزاره‌ی مقیاس رضایت از زندگی دارای ۷ گزینه است و از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). از جمع نمرات گزاره‌ها، نمره‌ی کلی فرد به دست می‌آید. سپس با مراجعه به جدولی که دارای شش طبقه می‌باشد و شامل طبقات "رضایت‌مندی بسیار پایین تا" رضایت‌مندی بسیار بالا" طراحی شده است میزان رضایت فرد از زندگی‌اش مشخص می‌گردد. مطابق با این جدول، نمره‌ی ۵ نشان‌دهنده‌ی کمترین میزان رضایت از زندگی و نمره‌ی ۳۵ نشان‌دهنده‌ی بیشترین میزان رضایت از زندگی می‌باشد. بیانی، کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶)، در پژوهشی اعتبار و روایی این آزمون را در جامعه‌ی ایرانی سنجیدند. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. به منظور تعیین اعتبار از طریق باز آزمایی نمونه‌ی مورد مطالعه، پس از یک ماه دوباره این مقیاس را تکمیل کردند، و ضریب اعتبار آن ۰/۶۹ به دست آمد. در مطالعه‌ی شکری (۱۳۸۸)، به نقل از جباری، (۱۳۹۱)، ضریب

1. Diener, Emmons, Larsen, & Griffin

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنسیت فرزند معلول و تحصیلات

گروه	تعداد	جنسیت فرزند			تحصیلات آزمودنی‌ها		
		پسر	دختر	بی‌سواد	ابتدایی و راهنمایی	متوسطه	تحصیلات عالی
آزمایش	۱۵	۹	۶	۳	۵	۵	۲
کنترل	۱۵	۹	۶	۳	۵	۵	۲
مجموع	۳۰	۳۰			۳۰		

همان‌گونه که مشاهده می‌شود بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲ میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در شاخص‌های تاب‌آوری و رضایت از زندگی در فاصله‌ی اجرای پیش‌آزمون تا اجرای پس‌آزمون، تفاوت محسوسی داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، تفاوت محسوسی نداشته و می‌توان گفت که دو گروه قبل از تشکیل جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت با یکدیگر تقریباً همگون بوده‌اند. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند

پیش‌فرض اولیه است که در صورت لحاظ نمودن آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. جهت بررسی تفاوت معناداری گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و کنترل) در متغیرهای وابسته (پس‌آزمون نمرات تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی)، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری *Mancova* و سپس به تفکیک، ضمن کنترل اثر پیش‌آزمون متغیرهای ذکرشده، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره *Ancova* استفاده شده است. پیش از اجرای این آزمون مفروضه یکسانی واریانس خطا از طریق آزمون لون بررسی شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

متغیر	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	کنترل	۱۵	۶۵/۹۵	۱۰/۹۹	۶۶/۶۵	۱۰/۵۷
	آزمایش	۱۵	۶۴/۲۵	۹/۷۸	۹۱/۱۰	۱۱/۷۲
رضایت از زندگی	کنترل	۱۵	۱۹/۶۰	۶/۶۳	۲۰	۵/۵۶
	آزمایش	۱۵	۲۰/۲۰	۴/۸۲	۲۴/۸۶	۳/۳۱

جدول ۳. نتایج آزمون لوین درمورد پیش‌فرض تساوی واریانس دو گروه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معنی‌داری
تاب‌آوری	۰/۱۹	۱	۲۸	۰/۶۶
رضایت از زندگی	۰/۱۱	۱	۲۸	۰/۷۳

نتایج جدول ۳ نشان داد که با توجه به مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین به منظور بررسی همگنی ضرایب رگرسیون (همگنی شیب) از آزمون F تعاملی بین

متغیر کمکی و متغیر مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که این تعامل برای متغیرهای تاب‌آوری ($F=۰/۴۶; P=۰/۵۲$) و رضایت زناشویی ($F=۰/۴۱; P=۰/۵۲$) معنی‌دار نبوده است. لذا

آن‌ها به‌طور هم‌زمان مورد مطالعه قرار گرفته است لذا آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مورد داده‌های به‌دست‌آمده به کار گرفته شده است. در جدول شماره ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داده شده است.

مفروضه همگنی شیب‌ها برقرار است، و نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این بود که اجرای تحلیل کوواریانس بلا مانع است. بنابراین با توجه به این‌که در این پژوهش دو متغیر وابسته شامل تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی مدنظر محقق بوده است و اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر درمان بر متغیرها

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	میزان F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۹۴	۴	۲۵	۵۲/۹۶۸	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۱۰۶	۴	۲۵	۵۲/۹۶۸	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۸/۴۷۵	۴	۲۵	۵۲/۹۶۸	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۸/۴۷۵	۴	۲۵	۵۲/۹۶۸	۰/۰۰۱

کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی)، تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره Ancova استفاده گردیده است.

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری Mancova حاکی از این است که مقدار F چند متغیری در سطح $P < ۰/۰۰۱$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که بین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر گروه آزمایش و گروه

جدول شماره ۵. تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان بر تاب‌آوری مادران

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معناداری	ضریب اتا η^2
مداخله	۶۶۲۵/۲۵	۱	۶۶۲۵/۲۵	۸۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
پیش‌آزمون	۲۷۰۹/۴۷	۱	۲۷۰۹/۴۷	۳۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
خطا	۲۰۲۶/۸۸	۲۷	۷۵/۰۷	---	---	---

تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۸۸/۲۵$ و $P < ۰/۰۰۱$). با ملاحظه میانگین‌های دو گروه و مقدار مجذور اتا، به این نتیجه می‌رسیم که ۸۳٪ واریانس تاب‌آوری مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از طریق حضور یا عدم حضور در جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت تبیین

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۳۶/۰۹$ و $P < ۰/۰۰۱$). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون قرار گرفته است. همچنین F محاسبه شده برای نشان دادن اثر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری گروه آزمایش، پس از

کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره Ancova استفاده گردیده است.

می‌گردد. همچنین برای بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت، بر رضایتمندی از زندگی مادران کودکان

جدول شماره ۶. تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر درمان بر رضایت از زندگی مادران

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معناداری	ضریب اتا η^2
مداخله	۱۴۸/۸۴۸	۱	۱۴۸/۸۴۸	۲۵/۴۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
پیش‌آزمون	۴۲۹/۹۲۴	۱	۴۲۹/۹۲۴	۷۳/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
خطا	۱۵۷/۷۲۹	۲۷	۱۵۷/۷۲۹	---	---	---

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام انجام شد که نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که این درمان برافزایش تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام مؤثر بوده است به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی بودن درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های کاویانی، حمید و عنایتی، ۱۳۹۳؛ تقدسی و فهیمی فر، ۱۳۹۳؛ کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی، ۱۳۹۰؛ غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰؛ زاهد بابلان، رضایی جمالویی، حرفتی سجانی، ۱۳۹۱؛ دلاور و همکاران، ۱۳۹۰؛ کوزایسکس و راب، الدساری و برادویجن^۱، ۲۰۱۰ و گانستاد و توالا، ۲۰۱۱ همسو می‌باشد. مجاهد، کلانتری، مولوی، نشاط دوست و بخشانی، (۱۳۸۸) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری با

همان‌گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۷۳/۵۶۸$ و $P < ۰/۰۰۱$). به بیان دیگر نمره‌های پس-آزمون تحت تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون قرار گرفته است. همچنین F محاسبه‌شده برای نشان دادن اثر برنامه مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت‌درمانی بر رضایتمندی از زندگی گروه آزمایش، پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۲۵/۴۷۰$ و $P < ۰/۰۰۱$). با ملاحظه میانگین‌های دو گروه و مقدار مجذور اتا، به این نتیجه می‌رسیم که ۴۸٪ واریانس رضایتمندی از زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از طریق حضور یا عدم حضور در جلسات مشاوره درمان شناختی‌رفتاری بر معنویت تبیین می‌گردد. به طور خلاصه تحلیل کواریانس تک‌متغیره Ancova نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون، از لحاظ متغیر رضایتمندی از زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

^۱. Koszycki, Raab, Aldosary & Bradwejn

معنوی همچنین پیشینه‌ی پژوهش، به نظر قابل توجه است که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت برافزایش میزان تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام مؤثر باشد.

همچنین دیگر نتایج پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام مورد پذیرش قرار گرفت. این نتایج با هافمن، جی وو و باتچر، ۲۰۱۴؛ زادهوش، نشاط دوست و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۹۰؛ رودیار، جیمز، مورگان و کافکن، ۲۰۰۲؛ حمید، کوچکی و حیات‌بخش ملایری، ۱۳۹۱؛ دل‌سیگنر، ویدت، امریچ و رافت،^۱ ۲۰۱۲ و هنرپروران، ۱۳۹۳ همسو می‌باشد. در یسن و هولون^۲ (۲۰۱۱) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که این مداخله بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی تأثیر معنادار دارد. پژوهش‌های انجام شده از نتایج بدست آمده در این پژوهش حمایت می‌کنند ولی در زمینه درمان ترکیبی شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت پژوهش‌های بسیار کمی وجود دارد. این نوع درمان از پشتوانه‌های معنوی مادران برای افزایش رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته‌گام استفاده می‌کند. می‌توان گفت تولد یک فرزند آهسته‌گام انتظارات متفاوتی را از والدین در پی دارد و والدین را در موقعیتی بحرانی قرار می‌دهد. احساساتی مثل گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت‌نفس، احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر می‌شود که پیامد آن عزت‌نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت

رویکرد اسلامی بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان به این نتیجه رسیدند که این درمان در بهبود سلامت روان مؤثر است. بارلو (۲۰۰۲) در پژوهشی در مورد مادران دارای کودک معلول به این نتیجه رسید که این گروه از مادران در معرض خطر خلق افسرده و اضطراب هستند. همانطور که وجود کودک سالم به زندگی نشاط و انرژی می‌بخشد وجود کودک دارای ناتوانی می‌تواند کارکرد نظام خانواده را با مشکل روبه‌رو کند. پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده می‌توان به همسویی نتایج این پژوهش با پیشینه پژوهشی پیرامون قسمت‌هایی از موارد مورد بررسی پی‌برد، با این حال تاکنون پژوهشی با این عنوان در ایران صورت نگرفته است و استفاده از درمان ترکیبی شناختی رفتاری و معنویت در افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک آهسته‌گام رویکردی تقریباً جدید در این حیطه محسوب می‌شود. از آنجایی که تاب‌آوری در طیف مقابل آسیب‌پذیری قرار دارد، پذیرش کودک آهسته‌گام، شناخت و تغییر طرح‌واره‌های آسیب‌زای مادران و تقویت عقاید معنوی مادران در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت برافزایش میزان تاب‌آوری مؤثر است. همچنین بازسازی شناختی و انجام موفقیت‌آمیز تکالیف رفتاری در درمان شناختی رفتاری از یک‌سو و آموزش مبنی بر معنویت درمانی همسو با بافت ذهنی و فرهنگی مادران از سوی دیگر، می‌تواند به افزایش خود تاب‌آوری و پذیرش مسؤولیت درمان توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی‌های خاص درمان شناختی رفتاری و مؤلفه‌های درمان

^۲ Driessen & Holon

^۱ Delsignore, Weidt, Emmerich, & Rufer

روانی مادر است (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶).
درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر بازسازی
شناختی و مثبت نگری تأکید دارد.

همچنین تمرکز درمان بر بخشودگی، مذهب، انجام تکالیف
رفتاری و تنظیم افکار موجب تسهیل در تغییر در نگرش و
رفتار فرد می‌شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان
نتیجه گرفت که روان‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر
معنویت به‌عنوان یک رویکرد در مانی ترکیبی و منطبق بر
زمینه فرهنگی مذهبی جامعه ایران، به‌طور معناداری در
افزایش رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته گام
تأثیرگذار است.

پژوهش اثربخش بودن روان‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی
بر معنویت بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی مورد تأیید قرار داد.
محدود بودن نسبی جامعه پژوهش، دسترسی مشکل به
آزمودنی‌ها جهت شرکت در جلسات، و انتخاب از جمعیت
در دسترس می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش محسوب
شود. بطور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان
کرد که این درمان گامی مؤثر در پیشگیری از بروز مشکلات
مادران دارای کودک آهسته گام است و انجام جلسات درمان
شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت در بهبود سلامت روان
آن‌ها توصیه می‌شود. همچنین مقایسه اثربخشی این درمان با
دیگر درمان‌ها و در گروه‌های مختلف ضروری به نظر می‌رسد.
پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی عوامل فردی،
خانوادگی و محیطی در میزان رضایت از زندگی و تاب‌آوری
مادران دارای کودک آهسته گام و همچنین اثرات ترکیبی
معنویت با درمان شناختی رفتاری به‌صورت دقیق‌تر،
مورد پژوهش قرار گیرد. استفاده از نتایج و یافته‌های این گونه

پژوهش‌ها می‌تواند به افزایش اثربخشی و کارآمدی جلسات
مشاوره و روان‌درمانی کمک کند.

منابع

احمدی، خدابخش؛ شیخ، مهدی و سرابندی، حسن (۱۳۹۱). نقش
دلبستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان
عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *فصلنامه پژوهش در سلامت
روانشناختی*، ۶(۱)، ۹-۱.

بوالهروی، جعفر؛ غباری بناب، باقر؛ قهاری، شهربانو؛ میرزایی، مصلح؛
راقیبیان، رؤیا؛ دوس علی وند، هدی و زارعی دوست، الهام
(۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های معنوی. مرکز مشاوره دانشگاه
تهران؛ ص ۲۹.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، محمد و گودرزی، حسین (۱۳۸۶).
اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. *فصلنامه روان‌شناسان
ایرانی*، ۳(۱۱)، ۲۶۵-۲۵۹.

تقدوسی، محسن؛ فهیمی‌فر، آمنه. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مرور
زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به
سرطان. دو ماه نامه علمی پژوهشی فیض؛ ۱۸(۲): ۱۴۴-۱۳۵.

جباری، مهسا (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مثبت‌نگر
با آموزش شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب،
استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان.
پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان،
دانشگاه شهید بهشتی تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم
تربیتی.

حمید، نجمه؛ کوچکی، رحیم و حیات‌بخش ملایری، لیدا (۱۳۹۱).
اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب محور توأم با
بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش
رضایت از زندگی در زوجین. *روانشناسی و دین*، ۵(۲)، ۵-۳۴.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۴). دین‌درمانی و کاربرد مثبت نگری
اسلامی در روان‌درمانگری. *مجله عقیدتی، فرهنگی، اجتماعی*.
پایگاه حوزه. شماره ۱۷۴.

کاویانی، زینب؛ نجمه، حمید و عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۳).
تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین.
دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۵(۳)، ۲۵-۳۴.

کشتکاران، طیبه (۱۳۸۸). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب-
آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دانشنامه پژوهشی در
روانشناسی کاربردی*، ۳۹، ۴۳-۵۳.

مجاهد، عزیزالله؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط دوست،
حمید طاهر و بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸). مقایسه تاثیر درمان
شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری
کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان. *مجله
اصول بهداشت روانی*، ۱۱ (۴۴)، ۲۸۲-۲۹۱.

محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، میرحسین؛ جوکار، بهرام
و پورشهناز، عباس (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری
در افراد در معرض سوءمصرف مواد مخدر. *فصلنامه علمی -
پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱ (۳-۲)، ۲۰۳-۲۲۴.

نادری، عزت‌الله و سیف‌نراقی، مریم (۱۳۷۰). روش‌های تحقیق در
علوم انسانی با تأکید بر علوم تربیتی. تهران: بدر.

نریمانی، محمد؛ رضاآقا محمدیان، حمید و رجیبی، سوران (۱۳۸۶).
مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی
مادران کودکان عادی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۹(۳۳)
و ۳۴، ۱۵-۲۴.

هنرپروران، نازنین (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش
و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان
آسیب‌دیده از خیانت همسر. *زن و جامعه*، ۵(۲)، ۱۳۵-
۱۵۰.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed)*. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2008). Questions and answers about cognitive therapy. *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, pg. 134.

Bray, I., & Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for

خدایاری فرد، محمد؛ محمدی، محمدرضا و پرند، اکرم (۱۳۸۲).
*خانواده درمانگری شناختی - رفتاری تغییر جنسیت طلبی با
تاکید بر درمانگری معنوی*: تک بررسی. گزارش دانشگاه تهران.

زادهوش، سمیه؛ نشاط دوست، حمید طاهر، کلاتری، مهرداد و
رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه
درمانی شناختی رفتاری همراه با توصیه های مذهبی و گروه
درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی،
خانواده پژوهی، ۷(۱)، ۵۵-۶۸.

زاهد بابلان، عادل؛ رضایی جمل لویی، حسن و حرفتی سجانی، رعنا
(۱۳۹۱). رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در
زندگی دانشجویی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*؛ ۱۳
(۳) (پیاپی ۴۶)، ۷۵-۸۵.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب
آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی
وروشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۵). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران:
رشد.

صالحی، مهدیه؛ کوشکی، شیرین و حق دوست، نرگس. (۱۳۹۰).
مقایسه سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران
معلول جسمی حرکتی و سالم. *مجله تحقیقات روانشناختی*،
۹-۱-۱۲.

غلامی، علی و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی
بر سلامت روان زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و رواندرمانی
خانواده*، ۱ (۳)، ۳۳۱-۳۴۸.

کاوه، منیژه (۱۳۸۸). *تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری بر مؤلفه‌های
کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی*. رساله
دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

کاوه، منیژه؛ علیزاده، حمید؛ دلاور، علی و برجعلی، احمد (۱۳۹۰).
تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش
آم بر مؤلفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان
ذهنی خفیف. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*؛ ۱۱(۲)، ۱۱۹-
۱۴۰.

- Koszycski, D., Raab, K., Aldosary, F., Bradwejn, J. A. (2010). Multifaitth spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *Journal of Clinical of Psychology*, 66(4): 430-41.
- Ogeston, Paula, L., Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara, J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(2), 103-112.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53-60.
- 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 of Social and Behavioral Sciences Journal*, 5, 757-497.
- Rodriave, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. R. (2002). Psychological adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of autism & Developmental Disorders*, 22(2), 249-263.
- Vidhya, R., and Raju, S. (2007). Adjustment and attitude of Parents of children with mental retardation. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 3(1), 137-141.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Winch, R. (2000). Selected studies in marriage and the family. New York. Hito Rinehart and Wiston. Inc.
- Witter, D. D. (2003). *Parent Reaction to Having a Child with Disabilities*. U.S.A: Education Publisher.
- population mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 333-337.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (2), 46-9.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Delsignore, A., Weidt, S., Emmerich, J., & Rufer, M. (2012). Life satisfaction in patients with social anxiety disorder: Impact of cognitive-behavioral group therapy and predictors of change. *Mind and Brain, Journal of Psychiatry*, 1(3), 1-6.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2011). Motivational Interviewing from a cognitive behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 70-73.
- Gitterman, A., Germain, C. B. (2008). *The life Model of Social Work practice*. NewYork: Columbia University Press.
- Gunnestad, A., & Thwala, S. (2011). Resilience and religion in children and youth in Southern Africa. *International Journal of Children's Spirituality*, 16, 169-185.
- Gupta, A., & Singhl, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-34.
- Hofmann, G., Jade Q., Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375-391.