

اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم  
 الهام شفیعی<sup>۱</sup>، محمد مهاجرانی<sup>۲</sup>

## The effectiveness of family resilience training on quality of life and mental health of mothers of children with autism spectrum disorder

Elham Shafiee<sup>1</sup>, Mohammad Mohajerani<sup>2</sup>

### چکیده

**زمینه:** اختلال طیف اتیسم در خانواده فشار و تنش‌های فراوانی ایجاد می‌کند و مادران این کودکان به عنوان مراقبان اصلی چالش‌های عاطفی و روانی زیادی تجربه می‌کنند. اما آیا آموزش تاب‌آوری خانواده می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر باشد؟ **هدف:** هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. **روش:** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که از میان آنان نمونه‌ای به حجم ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و گروه آزمایش برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱) را در ۹ جلسه دریافت کردند ولی هیچ مداخله‌ای بر گروه گواه اجرا نشد. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲) بود. **یافته‌ها:** داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر است ( $P > 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روانی را در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم افزایش دهد. **واژه کلیدیها:** آموزش تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سلامت روانی، مادران کودکان اتیسم

**Background:** The autism spectrum disorder makes lots of tensions in family. The mothers of these children as main caregivers experience emotional challenges. But can the family resilience training be effective on quality of life and mental health of mothers of children with autism spectrum disorder? **Aims:** The aim of this study was determination of the effectiveness of family resilience training on quality of life and mental health of mothers of children with autism spectrum disorder. **Method:** This research was quasi-experimental study with the design of pre-test-post-test with control group. The statistical population of the research were the mothers of autistic children, living in Tehran in 2018. From this population one sample of 20 persons by the available sampling method were selected and randomly assigned to two groups of experimental and control. Both groups gave pre-test and then experimental group received the family resilience training program in 9 sections but any intervention was not performed on control group. The instruments were the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and the Goldberg & Hiller Mental Health Questionnaire (1972). **Results:** The obtained data were analyzed by using multivariable analysis of covariance (MANCOVA). The result showed that family resilience training program was effective on the quality of life and mental health of mothers ( $P > 0/05$ ). **Conclusions:** According to the finding of the present study, it can be concluded that family resilience training program can increase the quality of life and mental health of mothers of autistic children. **Key Words:** Resilience training, quality of life, mental health, mothers of autistic children  
 Corresponding Author: [elham.shafiee@ut.ac.ir](mailto:elham.shafiee@ut.ac.ir)

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Ph.D Student Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> M.A. of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۰/۰۹

دریافت: ۹۸/۰۵/۱۴

## مقدمه

کودکان داشته باشد (خرم‌آبادی، پوراعتماد، طهماسیان و چیمه، ۲۰۰۹).

مراقبت مداوم از کودک مبتلا به اتیسم کیفیت زندگی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سانگ، میلیک، گرین برگ، رایف و لاجمن، ۲۰۱۵). لادلو، اسکلی و روهلدر (۲۰۱۲) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که پرورش کودک اتیسم با نتایج روانشناختی منفی مانند نشانگان افسردگی، تنیدگی و کیفیت پایین زندگی همراه است. بنسون و کارلف (۲۰۰۸)، هارتلی، بارکر، سلترز، گرینبرگ و فلویید (۲۰۱۲)، در پژوهش خود ثابت کردند که کیفیت پایین زندگی بر سازگاری و تجربه فرزندپروری مادران اثر می‌گذارد. تنیدگی مادران این کودکان امری قابل توجه بوده که اگر درمانی در مورد آن صورت نگیرد، شادی و کیفیت زندگی و سطح سلامت جسمی و روانی آنها کاهش می‌یابد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۰).

مداخلات گوناگونی جهت سازگاری والدین و خانواده‌های دارای کودک اتیسم مطرح شده‌است، از این بین یکی از مداخلاتی که می‌تواند به مادران در کنترل شرایط کمک کند مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری<sup>۳</sup> است. از نظر ماستن و مون (۲۰۱۵) تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب‌آور مشارکت کننده‌ای فعال و سازنده در محیط خویش است. در دهه گذشته توجه زیادی به تاب‌آوری شده و بر نقش آن در سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (ویندل، ۲۰۱۲؛ ون کسل، ۲۰۱۳). تاب‌آوری، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. افراد تاب‌آور دارای توانایی برگشت و کسب بهبودی، خوشبینی و انعطاف‌پذیری فکری، پشتکار، عزت نفس، شبکه حمایتی سالم، توانایی حل مشکلات و حل تعارض می‌باشند. تاب‌آوری یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقا سلامت روان در افراد است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (سلیمی بجستانی، ۱۳۸۸). افراد تاب‌آور ویژگی‌ها و قابلیت‌هایی دارند که آنها را متفاوت از افراد غیر تاب‌آور می‌سازد. ریویچ و شاته (۲۰۰۲)، استیهارد و دولیبر (۲۰۰۸)

امروزه یکی از اختلالات شایع در روان‌پزشکی کودکان اختلال طیف اتیسم می‌باشد، به طوری که مرکز کنترل و پیشگیری بیماری آمریکا، شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۶ یک در هر ۶۸ کودک گزارش کرده است (مرکز کنترل بیماری‌ها، ۲۰۱۶). کودکان با اختلال طیف اتیسم رفتارهای تکراری و محدود همراه با نقایصی در ارتباطات و تعاملات اجتماعی نشان می‌دهند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این ناتوانی با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه رشد آشکار شده و زندگی فرد را در طول دوره حیات تحت تأثیر قرار می‌دهد (لئو و می - دان، ۲۰۱۴).

وجود کودک استثنایی آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند و وضعیت سلامت روانی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (برجیس، حکیم جواد، طاهر، لواسانی و خانزاده، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان داده که والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روانشناختی دیگر، در معرض تنیدگی و اضطراب ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (آسبورن و رید، ۲۰۱۰؛ ایسنهاور، باکر و بلاچر، ۲۰۰۵). ماهیت مبهم اختلال اتیسم، خصوصیات کودک، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه، حتی واکنش سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک اتیسم و نیز شکست در دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند در بروز این اضطراب مؤثر باشد (کین، کوزنز، موسپرات و رودگر، ۲۰۱۰). مادران کودکان اتیسم در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و تنیدگی و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و نیاز به حمایت بیشتری دارند (انگچاندان و پنگ، ۲۰۰۵؛ سلوویتا، التالینا و لون، ۲۰۰۳). وجود کودک مبتلا به طیف اتیسم، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (گاپتا و سینگل، ۲۰۰۴؛ بریستول، گالاگر و هولت، ۲۰۱۰). مطالعات نیز نشان داده‌اند که مادران کودکان اتیسم تنیدگی و نگرانی بیشتری نسبت به مادران کودکان با سایر بیمارهای مزمن تجربه می‌کنند (ایسکس، کلین، چو و کلاین، ۲۰۰۲). این تنیدگی می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان مادران شود (آبدین و برونر، ۱۹۹۵). همچنین می‌تواند تأثیر منفی بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان و اثرات بلندمدت بر سلامت

3. Resilience Training

1. Center for Disease Control

2. American Psychiatric Association (APA)

یکی از ویژگی‌های شخصی است که به آنها در مدیریت و کنترل این شرایط کمک می‌کند (جستی و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به نیاز مادران کودکان طیف اتیسم به افزایش سلامت روانی جهت رویارویی با مشکلات و چالش‌های ناشی از داشتن کودک اتیسم و افزایش کیفیت زندگی آنها انجام این پژوهش ضروری می‌نماید. از این رو هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال است: آیا برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم اثر دارد؟

### روش

با توجه به موضوع و هدف، پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان طیف اتیسم، ساکن شهر تهران، در سال ۱۳۹۷ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال اتیسم برای کودک که به تأیید روانپزشک رسیده باشد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت از حضور در پژوهش و همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم حضور در دو جلسه متوالی، گذراندن برنامه مشابه و ابتلا به مشکل حاد و مزمنی که مانع از شرکت در جلسات آموزشی می‌گردد. نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۲۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه‌کننده به انجمن اتیسم ایران با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

### ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد که هر یک به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ سؤال است. دو سؤال اول این پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، از این رو پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. پاسخ‌گویی روی مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی ضعیف) تا ۵ (خیلی خوب) انجام شد (نجات، منتظری، هلاکویی نائینی و مجدزاده، ۱۳۸۵). در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به تفکیک به

و شارما، سود، لوپریزی و پراساد (۲۰۱۲) برای باورند که آموختن مهارت‌ها و شیوه‌های تفکر تاب‌آور سلامت‌روانی را افزایش می‌دهد و باعث بالا رفتن سطح بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد می‌شود. تاب‌آوری به پیامدهای مثبت به رغم تجربه ناگواری‌ها و ناملاهیات، عملکرد مثبت و مؤثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه مهم اشاره دارد (اسچون، ۲۰۰۶). بنابراین استفاده از برنامه تاب‌آوری به عنوان دیدگاهی جدید که می‌تواند راهی را در ارتقای سلامت‌روان و کیفیت زندگی افراد پیش‌روی ما باز کند درخور تأمل است. پژوهش‌های زیادی اثربخشی تاب‌آوری را بر تنیدگی تأیید کرده‌اند، نونه و هستینگز (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند تاب‌آوری از طریق ایجاد پذیرش روانشناختی باعث کاهش تنیدگی و افزایش سلامت‌روانی افرادی که با کودکان کم‌توان ذهنی در تعامل بوده‌اند می‌شود. پژوهش کاوه، علیزاده و برجعلی (۱۳۹۰) با عنوان تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر تنیدگی و تأثیر آموزش آن بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی نشان داد که این برنامه بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین اثرگذار بوده است. بونانا و مانستی (۲۰۱۲)، بارتون، ایستاد، هید و برویک (۲۰۱۲) درباره اثربخشی تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی و سلامت‌روانی افراد نشان دادند که تاب‌آوری یک فرآیند پویای روانشناختی است که پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های گوناگون به خصوص مواقع بحرانی تحت تأثیر قرار داده و با مهار عواطف، هیجان‌ها و احساسات زمینه‌ی عملکرد بهتر آنها را در این موقعیت‌ها فراهم می‌کند. لی، سادوم و زام ورسکی (۲۰۱۳)، تول، سانگ و جودانز (۲۰۱۳) و کارلتون، گوبرت، میاموتو، اندراد، هیشینما و ماکینی (۲۰۰۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند افرادی که در موقعیت اضطراب‌انگیز تاب‌آوری بالاتری داشتند در مقایسه با افراد با تاب‌آوری پایین برای نشان دادن رفتارهای متناسب با موقعیت و تعادل روانشناختی بیشتر دارای سلامت روانی بالاتری بودند. در پژوهش حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۱) که آموزش تاب‌آوری بر تنیدگی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که مادران بعد از دوره آموزش شرایط بهتری را گزارش کردند. به‌خاطر شرایط مزمن اختلال طیف اتیسم، اعضای خانواده کودکان اتیسم باید توانایی مقابله و مدیریت شرایط تنش‌زای زندگی را داشته‌باشند. تاب‌آوری

<sup>۱</sup>. World Health Organization quality of life (WHOQOL)

اشاره می‌شود و در ادامه یافته‌های استنباطی بررسی می‌شوند. قبل از انجام هر تحلیل ابتدا مقادیر پرت به وسیله نمودار جعبه‌ای و شاخص فاصله مهالانویس بررسی و از نبود داده‌های پرت اطمینان حاصل شد. در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است (جدول ۲). جدول ۲ نشانگر افزایش میانگین متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از مداخله (آموزش تاب‌آوری خانواده) است. همچنین در مورد متغیر سلامت روان، میانگین نمرات در گروه آزمایش پس از دریافت مداخله کاهش یافته است. با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت روان، کاهش نمره به معنای سلامت روان بیشتر است. بنابراین گروه آزمایش پس از تجربه مداخله آموزش تاب‌آوری خانواده، شرایط بهتری را گزارش کرده است. این در حالی است که گروه گواه تقریباً در کلیه آزمون‌ها در بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد. قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)، مفروضه‌های همگنی مفروضه نرمال بودن با آزمون شاپیرو - ویلک<sup>۳</sup>، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین<sup>۴</sup>، و برابری ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام. باکس<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس جدول ۲ نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان دهنده برقراری مفروضه توزیع نرمال است ( $P > 0.05$ ). بر اساس آزمون لوین فرض  $F$  هیچ یک از متغیرهای کیفیت زندگی ( $F_{1, 18} = 0.002$ ) و سلامت روان ( $F_{1, 18} = 0.25$ ) معنادار نبود ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون ام. باکس ( $F_{3, 522, 0.5} = 2.32$ ) و  $F_{3, 522, 0.5} = 10.51$ ) حاکی از عدم معناداری مقدار  $F$  است ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها هستیم. در نتیجه استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلا مانع است.

دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت است. در مطالعه نجات و همکاران (۱۳۸۵) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دو بار به فارسی ترجمه شده و نسخه نهایی فارسی پس از تدوین دو بار به انگلیسی بازترجمه شده است و از این دو نسخه، نسخه نهایی با پرسشنامه اصلی مواجه شد. آلفای کرونباخ در همه زیرمقیاس‌ها بجز حیطه روابط اجتماعی بالاتر از ۰/۷۰ و سازگاری درونی این مقیاس صرف‌نظر از دو سؤال اول ۰/۸۳ است. قابلیت اعتماد ابزار با کمک روش آزمون - بازآزمون بعد از دو هفته، در هر چهار حیطه، بالای ۰/۷۰ بوده است و نمرات گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌داری داشته است.

پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>: برای سنجش سلامت عمومی از پرسشنامه گلدبرگ (۱۹۷۹) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد، مقیاس پاسخ‌گویی آن ۴ درجه‌ای (بیشتر از معمول (۱) تا خیلی بدتر از معمول (۴)) را شامل می‌شود و ۴ خرده مقیاس به نام‌های علایم جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷)، اضطراب و بی‌خوابی (سؤالات ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱)، و افسردگی (سؤالات ۲۳ تا ۲۸) است. امتیاز بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سلامت عمومی کمتر است. در بررسی‌های انجام شده در ایران نیز اعتبار و پایایی مناسبی برای این ابزار گزارش شده است. برای نمونه تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را با سه روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. در این پژوهش پایایی برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

برای اجرای پژوهش به انجمن اتیسم ایران مراجعه و هماهنگی‌های لازم برای برگزاری جلسه‌های آموزشی صورت گرفت. برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده با بررسی پیشینه و مرور برنامه‌های موجود با هدف بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان اتیسم (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱؛ حسینی قمی، ابراهیمی قوام و علومی، ۱۳۸۹) در ۹ جلسه طراحی شد و برای مادران کودکان اتیسم گروه آزمایش برگزار گردید.

### یافته‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. در بخش نتایج ابتدا به یافته‌های توصیفی حاصل از پژوهش

3. Levene's Test

4. Box's M Test

1. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

2. Shapiro-Wilk Test

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش تاب‌آوری

شماره جلسه	هدف	محتوا
۱	معرفی برنامه و آشنایی با اهداف و قوانین	اجرای پیش‌آزمون - ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح فرآیند آموزش معرفی برنامه، پژوهشگر و اعضای گروه
۲	آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور	تعریف تاب‌آوری، معرفی خصوصیات افراد تاب‌آور، شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل فردی
۳	بازسازی شناختی و آشنایی با خطاهای شناختی	شناخت روابط بین رویدادها، باورها و رفتارها، به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی
۴	مهارت حل مسئله و تنظیم هیجان	مهارت‌های فردی در تنظیم خلق، کنترل خشم و تنیدگی
۵	آشنایی با عوامل حمایتی درونی	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود، تقویت عزت‌نفس، آشنایی با مفهوم خودکارآمدی و تقویت آن
۶	آشنایی با عوامل حمایتی بیرونی	آشنایی با سیستم حمایتی اجتماعی، ارتقای مهارت‌های اجتماعی مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار
۷	آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری	برقراری و حفظ ارتباط با دیگران، معنادهی به سختی، خودمراقبتی و چگونگی پیشگیری از مشکلات و بحران‌ها، درس گرفتن از شکست
۸	آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری	هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده، عمل کردن و ایجاد انگیزه برای پیشرفت
۹	رفع ابهامات	پاسخگویی به سؤالات و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته

گروه آزمایش <sup>۰</sup>		گروه گواه <sup>۰</sup>	
متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
توانمندی‌های خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۷۶	۱۴/۹
	پس‌آزمون	۹۳/۱	۹/۰۶
توانمندی‌های اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۸/۱	۱۰/۷۶
	پس‌آزمون	۳۹/۹	۵/۳
توانمندی‌های بین‌فردی	پیش‌آزمون	۷۵/۳	۱۱/۶۹
	پس‌آزمون	۷۴/۵	۱۳/۲۲
توانمندی‌های درونی	پیش‌آزمون	۰/۸	۰/۹۷
	پس‌آزمون	۰/۳	۰/۹۱
توانمندی‌های بیرونی	پیش‌آزمون	۰/۴	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۰/۳	۰/۹۱
توانمندی‌های شناختی	پیش‌آزمون	۰/۸	۰/۹۶
	پس‌آزمون	۰/۵	۰/۹۳
توانمندی‌های هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۳	۰/۹۱
	پس‌آزمون	۰/۲	۰/۹۰

\* (n=10)

و گواه ناشی از مداخله پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شده پس‌آزمون سلامت‌روان بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ( $P < 0/01$ )، ( $F = 66/78$ ) و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معناداری بیشتر از گروه گواه بوده که این امر حاکی از تأثیر مثبت مداخله پژوهش حاضر بر سلامت‌روان شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بوده و در نتیجه فرضیه تحقیق در مورد این متغیر نیز تأیید می‌شود. همچنین اندازه اثر به دست آمده حاکی از این موضوع است که ۸۰ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش و گواه ناشی از مداخله پژوهش حاضر می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از آن است که در تمام آزمون‌ها،  $F$  به دست آمده با درجه آزادی ۲ و ۱۵ در سطح  $P < 0/001$  معنادار است. لذا می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و گروه گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه جهت بررسی دقیق‌تر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اصلاح‌شده پس‌آزمون کیفیت زندگی بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ( $F = 25/73$ ,  $P < 0/01$ ). این امر حاکی از تأثیر مداخله آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی بوده و در نتیجه فرضیه تحقیق در مورد این متغیر نیز تأیید می‌شود. همچنین اندازه اثر به دست آمده حاکی از این موضوع است که ۶۱ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش

جدول ۳. نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره						
آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معداری	اندازه اثر
اثربخشی	۰/۸۱	۳۳/۰۲	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۳۳/۰۲	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱
اثربخشی	۴/۴	۳۳/۰۲	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۴/۴	۳۳/۰۲	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا						
منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	کیفیت زندگی	۸۹۳/۰۴	۱	۱۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	سلامت‌روان	۹۰۲/۰۷	۱	۳۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
گروه	کیفیت زندگی	۱۸۲۴/۰۷	۱	۲۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	سلامت‌روان	۱۸۷۱/۵۴	۱	۶۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰

شوند. تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت‌روان را افزایش داده و میزان رضایت مندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد (حسینی قمی، ابراهیمی قوام و علوی، ۱۳۸۹). از دلایل اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی ایجاد راهبردهای سازگاری در افراد می‌باشد. اسکپیل (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای سازگاری کارآمد و مفید رابطه دارد. همچنین آموزش تاب‌آوری در سبک اسناد افراد تغییراتی ایجاد می‌کند، آموزش تاب‌آوری باورهای را ایجاد می‌کند که با کمک آنها افراد با موقعیت‌های زندگی سازگار می‌شوند و خود را بیشتر می‌پذیرند و به زندگی خود معنا می‌بخشند (هستینگر، ۲۰۰۳).

یافته دوم پژوهش حاکی از اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده بر سلامت‌روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. این نتیجه با یافته حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۱)، رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷)، بارتون و همکاران (۲۰۱۲)، پرینس امبوری (۲۰۰۸)، دوستی، پورمحمدی و غباری بناب (۱۳۹۳)، احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳) و کارلتون و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی مقابله با شرایط دشوار زندگی را آسان کرده و توانایی چیره شدن بر مشکلات را افزایش می‌دهد که این عامل می‌تواند در کاهش تنیدگی و افزایش سلامت‌روان مؤثر باشد (بشارت، ۱۳۸۶). تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی است که به افراد کمک می‌کند با استفاده از

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت‌روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد. بررسی تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت‌روانی نشان دهنده اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده بوده است، به عبارت دیگر افزایش میانگین در پس‌آزمون حاکی از اثربخشی مداخله مورد نظر بوده است. اولین یافته پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم اثرگذار بوده است، این یافته با نتیجه پژوهش نونه و هستینگر (۲۰۰۹)، کاوه و همکاران (۱۳۸۹)، حسینی قمی و سلیمی (۱۳۹۱)، استیهارد و دولیبز (۲۰۰۸) و شارما و همکاران (۲۰۱۲) همسو و هماهنگ است. این مطالعات نشان دادند که آموزش تاب‌آوری می‌تواند سلامت‌روان را ارتقا داده و بر کیفیت زندگی اثرگذار باشد. تاب‌آوری منجر به نتایج مثبتی در زندگی شخصی می‌شود (والش، ۲۰۱۲) و با ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد (کاوه، ۱۳۸۹). برنامه آموزش تاب‌آوری به عنوان منبع حمایت آموزشی که نیازهای مادران کودکان اتیسم را در برخورد با جنبه‌های مختلف زندگی برطرف می‌سازد، می‌تواند به احساس بهزیستی روانی و جسمانی منجر شود و کیفیت زندگی آنها را ارتقا بخشد. مادران کودکان اتیسم به دلیل مشکلات رفتاری و محدودیت‌های شناختی فرزند خود غالباً در جست‌وجوی منابع حمایتی هستند و حمایت کافی می‌تواند به مادران کمک کند به طور موفقیت‌آمیز با دشواری‌های زندگی سازگار

توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۴، ۲۶-۲۰.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. مجله علوم روانشناختی، ۶، ۳۸۳-۳۷۳.

تقوی، محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی، ۲۰، ۳۸۱-۳۸۹.

حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تنیدگی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. مجله روانشناسی سلامت، ۴، ۹۷-۱۰۹.

حسینی قمی، طاهره؛ ابراهیمی قوام، صغری و علوی، زهره (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱(۱)، ۱۰۰-۷۷.

دوستی، مرضیه؛ پورمحمدی رضای تجربی، معصومه و عباری بناب، باقر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۱(۴۱)، ۴۳-۵۴.

رحیمیان بوگر، اسحق و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روانی در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۸، ۷۰-۶۲.

سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روانی، تاب‌آوری و امیدواری دانشجویان دانشکده روانشناسی علامه طباطبایی. پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره. دانشکده روانشناسی علامه طباطبایی.

کاوه، منیژه (۱۳۸۹). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر تنیدگی و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی پدر و مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. پایان‌نامه دوره دکتری رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

کاوه، منیژه؛ عزیزاده، حمید و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر تنیدگی و تأثیر آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی پدر و مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱، ۱۴۰-۱۱۹.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کاظم محمد و مجلدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان

راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در برخورد با مسائل زندگی کنار بیابند و نگاه آنها به مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد باشد (حسینی قمی و سلیمی، ۱۳۹۱). آموزش تاب‌آوری با هدف رشد توانایی‌های شخصی مورد نیاز برای حل تنش‌های پیش‌بینی نشده در زندگی می‌باشد (والش، ۲۰۱۶). پژوهشگران میان تاب‌آوری و مشکلات روانشناختی رابطه‌ای منفی گزارش کردند و بیان می‌کنند که این سازه می‌تواند به عنوان عامل میانجی میان سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با بالا رفتن تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل تنیدگی‌زا و اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی آنها می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه نمایند (بشارت، ۱۳۸۶). آموزش تاب‌آوری راهی برای جلب حمایت اجتماعی، توان کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران است. حمایت اجتماعی و دریافت کمک و حمایت از جانب سایر اعضای خانواده به مادران کودکان ایتیم آرامش می‌بخشد و همین امر در کاهش تنیدگی و افزایش سلامت روانی آنها مؤثر است. آموزش تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا در مقابل رویدادهای ناخوشایند با خوشبینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد کنند و این رویدادها را قابل حل ببینند. توانایی حل مسئله و مهارت‌های حل تعارض به عنوان ویژگی افراد تاب‌آور در نظر گرفته می‌شود (ماستن و مون، ۲۰۱۵). هنگامی که مادران کودکان ایتیم آموزش ببینند که چگونه از مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات استفاده کنند از میزان تنیدگی آنها کم شده و کاهش تنیدگی در افزایش سلامت روان آنها تأثیرگذار است. از آنجا که آموزش خانواده‌ها می‌تواند هزینه‌های درمانی را کاهش دهد، برنامه آموزش تاب‌آوری احتمالاً از طریق کاهش هزینه‌های درمانی و هزینه‌های ناشی از ناآگاهی نسبت به ایتیم، افزایش سلامت روانی مادران را به دنبال داشته است (آنان، وارنر، مک گیلیواری، چونگ و هینز، ۲۰۰۸). از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود آزمودنی‌ها اشاره کرد، به همین خاطر در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و متخصصانی که به نوعی با خانواده‌های کودکان ایتیم در ارتباط هستند از چنین آموزش‌هایی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها استفاده کنند.

## منابع

احمدی، رضا و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روانی افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون

- Gupta, A., Singhl, N. (2004). Positive Perceptions in Parents of children with disability. *Rehabilitation Journal*, 15, 22-34.
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Floyd, F. J. (2012). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116, 81-95.
- Hastings, R. P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 231-237.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C.A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*, 170, 188-196.
- Keen, D., Couzens, A., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research Autism Spectrum Disorder*, 2, 29-41.
- Khoramabadi, R., Pouretamad, H. R., Tahmasian, K., & Chimeh, N. (2009). A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non-autistic children. *Journal Clinical Child Psychology*, 3, 387-99.
- Lavee, Y., mey-Dan, M. (2014). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Journal health and social work*, 28.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of occupational health psychology*, 18, 327.
- Ludlow, A., Skelly, C., & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17, 702-711.
- Masten, A., & Monn, A. R. (2015). Child and family resilience: A call for integrating science, practice, and training. *Family Relations*, 64, 5-21.
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities pilot evaluation of an acceptance based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13, 43-51.
- Onglchandran, V., & Peng, R. (2005). Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Intellectual Disabilities*, 49, 657-666.
- Osborne, L. A., Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research Autism Spectrum Disorder*, 4, 405-14.
- Prince-Embury, S. (2008). Translating resiliency theory for assessment and application in schools. *Canadian*.
- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor: Seven Keys to Finding Your Inner Strength and*
- جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران*، ۴، ۱-۱۲.
- Abidin, R. R., & Burnner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-V)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23, 165-180.
- Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*, 177, 517-524.
- Benson, P.R. & Karlof, K.L. (2008). Child, parent, and family predictors of latter adjustment in siblings of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 2, 583-600.
- Berjis, M., Hakim Javadi, M., Taher, M., Lavasani, Gh. M., & Hossein Khanzadeh, A. A. (2013). A comparison of the amount of worry, hope and meaning of life in the mothers of deaf children, children with autism, and children with learning disability, *Journal of Learning Disabilities*, 3, 148-155.
- Besharat, M. A. (2007). Resilience vulnerability and mental health. *Journal of Psychology Sciences*, 24, 373-83.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74.
- Bristol, M. M., Galager, J. J., & Holt, K. D. (2010). Maternal depressive symptoms in autism response to psycho educational intervention. *Rehabilitation Psychology*, 38, 3-10.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., & Makini, G. K. (2006). Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 291-308.
- Center for Diseases and Prevention (2016). Database or interactive website report.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability syndrome specificity behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disabilities*, 49, 657-71.
- Essex, M. J., Klein, M.H., Cho, E., Kalin, N.H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure effects on cortisol and behavior. *Biol Psychiatry*, 52, 776-84.
- Goldberg, D. (1979). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of nonpsychotic psychiatric illness*. New York: Oxford University Press.

- Overcoming Life's Hurdles*. New York: Broadway Books.
- Salovita, T., Ltalinna, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. *Journal Intellectual Disabilities Research*, 47, 103-120.
- Schoon, I. (2006). risk and resilience adaptation in changing times. *Journal of marriage and family*, 68, 1383-1384.
- Sharma, V., Sood, A., Ioprinzi, C., & Prasad, K. (2012). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complement Altern Med*.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, coping with an extended stay outdoor education program, and adolescent mental health*. canberra: university of Canberra: dissertation for the degree of honors.
- Song, J., Mailick, M. R., Greenberg, J. S., Ryff, C. D., Lachman, M. E. (2015). Cognitive aging in parents of children with disabilities. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social*.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56, 445-53.
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low- and middle- income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 445-460.
- van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nurse*, 34, 122-127.
- Walsh, F. (2012). Successful aging and family resilience. *Annual Review of gerontology and geriatrics*, 32, 153-172.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. In special issue: Resilience in developing systems. *European Journal of Developmental Psychology*, 13, 313-324.
- Windle, G. (2012). The contribution of resilience to healthy ageing. *Perspective Public Health*, 132, 159-160.
- Wong, M., Sun, J., lee, A., Stewart, D., Cheng, F., Kan, W., Ho, M. (2010). The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent-and teacher-perceived resilience environment among health program schools in hong kong. *Journal of epidemiol community health*, 63, 209 -214.