

# بررسی تأثیر آموزش الگوی خانواده سالم بر تاب‌آوری مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم<sup>۱</sup>

مسعود صادقی<sup>۲</sup>، عزت‌اله قدم‌پور<sup>۳</sup>، افسانه اسماعیلی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۶ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۲۶

چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش الگوی خانواده سالم بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم شهر قم بود. **روش:** طرح پژوهش شبه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم شهر قم در سال ۱۳۹۵ بود که به مراکز اتیسم این شهر مراجعه کرده بودند. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. تمام شرکت‌کنندگان پرسشنامه تاب‌آوری را به عنوان پیش‌آزمون کامل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش الگوی خانواده سالم قرار گرفت، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش الگوی خانواده سالم به طور معناداری بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم مؤثر بوده و گروه آزمایش افزایش معناداری را در میزان تاب‌آوری نشان داده‌اند ( $p < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از آن بود که آموزش الگوی خانواده سالم یک روش مداخله‌ای مناسب برای بهبود تاب‌آوری در مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** الگوی خانواده سالم، تاب‌آوری، مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه لرستان است.

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه لرستان (نویسنده مسئول) Sadeghi.m@Lu.ac.ir.

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه لرستان.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان.

## مقدمه

خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از شفیع‌آبادی، نوابی‌نژاد و نجف‌لوی، ۱۳۹۰) و نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود، به خصوص کودک، دارد (کولتا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت، آموزش و پیگیری قرار دارد، هماهنگ شود. یکی از تنش‌آورترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دارای ناتوانی یا بیماری مزمن است (کوبر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ کولتا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله این ناتوانی‌ها، اختلال طیف اتیسم<sup>۵</sup> است.

اختلال طیف اتیسم ناتوانی رشدی فراگیر در طول زندگی است که بر سیستم عصبی و بیولوژیکی فرد تأثیر می‌گذارد. برای گرفتن تشخیص اختلال طیف اتیسم فرد باید به صورت مداوم در دو حوزه نقص داشته باشد: ۱- تعامل و ارتباطات اجتماعی ۲- علایق محدود و یا رفتارهای تکراری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). این نقص‌ها در سال‌های اولیه رشد آشکار شده و نه تنها بر فرد مبتلا، بلکه بر مراقبین او، خانواده و جامعه نیز اثر می‌گذارند (دیلبرتو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). اختلال اتیسم بر سلامت روان کل اعضا، به خصوص مادر، اثری چند وجهی و فراگیر داشته و تعادل را در نظام خانواده از بین می‌برد (سیائو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶؛ کیم، اکاس و هوک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶). ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیرهنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب،

1. Szapocznik, J., Hervis, U & Schwartz, S.

2. Kuhlthau, K.

3. Kober, R.

4. Kuhlthau, K.

5. autism spectrum disorder.

6. american Psychiatric Association.

7. Dealberto, MJ.

8. Hsiao, YJ.

9. Kim, I., Ekas, V & Hock, R.

می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند (کوهن و کارتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). برای مثال معمولاً این مادران رضایت از زندگی، عزت نفس و سلامت روان را به میزان پایین (سیائو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ لو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و استرس و نشانه‌های افسردگی را به میزان بالایی تجربه می‌کنند (سیائو، ۲۰۱۶؛ کیم، نؤامی و هوک، ۲۰۱۶). پژوهش‌های دیگر نیز بالاتر بودن میزان هیجان‌های آسیب‌رسان را در این افراد نسبت به مادران کودکان با رشد عادی یا دیگر اقشار کودکان استثنایی گزارش می‌کنند (صمدی، مک کانکیو کلی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲، ۲۰۱۳).

عوامل استرس‌زای شدید که به‌طور معمول غیرقابل پیش‌بینی‌اند، تهدید کننده سلامت روانی می‌باشند. انسان‌ها در شرایط استرس‌زای یکسان، واکنش‌های متفاوت نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکی از دلایل این واکنش‌های متفاوت، مفهوم تاب‌آوری<sup>۵</sup> است (خزائلی پارسا، ۱۳۸۶). در واقع یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری می‌باشد (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱). اشل و کیم هی<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) بیان می‌کنند که تاب‌آوری باید به صورت همزمان توسط دو مفهوم استحکام و آسیب‌پذیری تعریف شود. بدین صورت که تاب‌آوری در شرایط سخت و یا رویداد آسیب‌زا در سطح زندگی فردی، جامعه و یا قومیتی بروز پیدا می‌کند. تاب‌آوری از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه در مطالعات روان‌شناسی مثبت‌نگر است و به فرایندهای پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰). تاب‌آوری صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست (حالت انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک

1. Kuhn, JC & Carter, AS.

2. Hsiao Y.J.

3. Lu, M.

4. Samadi, S.A., McConkey, R & Kelly, G.

5. resiliency.

6. Eshel, Y & Kimhi, S.

نیست)؛ بلکه شرکت فعال و سازنده فرد با محیط است (کانرو و دیویدسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). تاب‌آوری مکانیسم یا توانایی بهبودی، به جلورفتن، دوباره توانا شدن و انرژی از دست رفته را دوباره به دست آوردن و به نتیجه دلخواه رسیدن است (توبرت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌های مختلف اذعان می‌دارند که تاب‌آوری رابطه مثبت با سلامت روان، رضایت زناشویی، سازگاری با درد و معنویت دارد (مشیریان فراحی و همکاران، ۱۳۹۵؛ مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴؛ مهری‌نژاد، ترسافی و رجیبی مقدم، ۲۰۱۵؛ اسمیت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰).

گلادینگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) بیان می‌کند که توانایی تحمل و مقابله مثبت با بحران‌ها از جمله ویژگی‌های خانواده سالم<sup>۵</sup> است. خانواده دارای کارکرد سالم، خانواده‌ای است که در آن بین اعضا مکملیت وجود دارد. از ویژگی‌های دیگر این خانواده، برون‌سازی متقابل اعضا با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر مناسب با چرخه حیات خانواده است (مینوچین<sup>۶</sup>، ۱۹۷۴). دی‌پاول<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) نیز برخی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب را تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به‌طور مؤثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت‌پذیری شخصی بیان می‌کند (دی‌پاول، ۲۰۰۶). مینوچین (۱۹۷۴) تأکید می‌کند که سالم بودن خانواده به معنای فقدان مشکلات نیست، بلکه به معنای انعکاس روشن مشکلات طبیعی است که رخ می‌دهند و لازم است در زندگی خانوادگی بر آن‌ها فائق آمد (بهارى، ۱۳۷۹). خانواده سالم نیازهایی فراتر از مسکن، غذا، تحصیل و حتی امنیت جسمی اعضا خود را برآورده می‌سازد. در یک خانواده سالم اعضای خانواده از بحران‌های

1. Connor & Davidson.

2. Tubbert, S.

3. Smith, B.W.

4. Gldding, S.

5. healthy family.

6. Minuchin, S.

7. Depaul, N.

مختلف زندگی که بخش طبیعی زندگی است با موفقیت عبور می‌کنند. آن‌ها مانند همه خانواده‌ها دچار فشارهای زندگی می‌شوند ولی خود را با تغییرات تطبیق می‌دهند. بنابراین ملاک کارایی در خانواده آن نیست که در آن فشار روانی، تعارض و مشکل وجود نداشته باشد بلکه این است که خانواده تا چه اندازه در تحقق وظایف و کارکردهایش توانا می‌باشد (هالی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از زارعی محمودآبادی، ۱۳۹۳). صادقی، فاتحی زاده، احمدی، بهرامی و اعتمادی (۱۳۹۳) دریافتند که خانواده سالم مستلزم ۱۴ بعد زیر می‌باشد: ساختار متعادل، وضوح و اجرای مناسب نقش‌ها، سلسله مراتب خانوادگی، مرزهای مشخص و منعطف، سلامت جسمانی و روانی اعضا، عوامل شناختی مثبت و منطقی (افکار، عقاید، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و انتظارات)، تعاملات کلامی و غیر کلامی مناسب مستقیم، روشن و صادقانه، دوستانه و صمیمی، احترام و درک متقابل، توجه نسبت به حقوق اعضا، فراهم سازی نیازهای اعضا (جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، جنسی و امنیت)، ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات، اعتقادات دینی و مذهبی، فرزندپروری مناسب، مهارت حل مسئله و مدیریت تعارض‌ها، فراهم سازی بستر رشد، هدف مندی منطقی و مناسب (فردی، زوجی و خانوادگی)، شادی آفرینی در محیط خانواده، مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب، نظم بخشی و برنامه ریزی. نتایج مطالعه فیتزپاتریک و کوثرنر<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) در زمینه تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر تاب‌آوری فرزندان، حاکی از آن است که فرزندان خانواده‌های دارای جهت‌گیری گفت و شنود زیاد، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله رشد یافته‌تری دارند. اصولاً کارایی و سلامت یک خانواده به توانایی آن در مقابله با فشارهای روانی، تعارضات و مشکلات اشاره دارد، به طوری که خانواده بتواند نقش‌ها، وظایف و کارکردهایش را تحقق بخشد (مینوچین، ترجمه ثنایی، ۱۳۷۳؛ به نقل از مجرد کاهانی و

---

1. Holley, P.

2. Fitzpatrick, M. A., &koerner, A. F.

قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰). خانواده‌های سالم شیوه‌های رفتاری ناموفق در حل مشکلات را رها ساخته و به جستجوی استراتژی‌های نو و خلاق می‌پردازند، در حالی که خانواده‌های با عملکرد نامطلوب یا به انکار مشکل می‌پردازند یا سعی بر حل مسئله بر اساس منطق روزمره و شیوه‌های ناکارآمد و هیجانی حل مسئله دارند (پورتزو و هال<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲).

پژوهش‌های مختلف تأکید دارند که با توجه به مسائلی که در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم وجود دارد، نیاز به خدمات خانواده محور برای حفظ و یا انطباق با روال عادی زندگی ضروری است (کیم، اکاس و هوک، ۲۰۱۶؛ ربیعی کناری، جدیدیان و سلگی، ۱۳۹۴). بنابراین مسئله این پژوهش بررسی تأثیر آموزش الگوی خانواده سالم مبتنی بر مدل ارائه شده صادقی و همکاران (۱۳۹۳) بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است.

## روش

مطالعه حاضر یک تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شهر قم در سال ۱۳۹۵ بود که به مراکز اتیسم این شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود. ابتدا اطلاعیه برگزاری دوره آموزشی الگوی خانواده سالم در مراکز اتیسم اعلام شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و اطلاع‌رسانی جامع‌تر، یک بروشور شامل اهداف و ویژگی‌های دوره مورد نظر و شرایط شرکت در این آموزش تهیه و بین تمام مادران در مراکز توزیع شد. سپس از میان مادران داوطلب شرکت در دوره آموزشی الگوی خانواده سالم که دارای ملاک‌های ورود شامل؛ داشتن حداقل یک فرزند دارای اختلال طیف اتیسم، داشتن سواد حداقل پنجم ابتدایی، متأهل بودن، سن

بین ۵۰-۲۰ سال و تمایل به شرکت در جلسات آموزشی خانواده سالم بودند، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. شیوه برگزاری جلسات به صورت مشاوره گروهی بود و از مادران خواسته می‌شد که در جلسات، حضور فعال داشته باشند و در بحث‌ها شرکت کنند. همچنین از مثال‌های واقعی و ایفای نقش جهت روشن نمودن مطالب استفاده می‌شد. در پایان هر جلسه نیز به والدین تکلیف داده می‌شد تا آن‌چه را طی هر جلسه آموختند، در منزل انجام دهند. در گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد. گروه آزمایش و گواه در دو نوبت جلسه معارفه و یک هفته بعد از آخرین جلسه به پرسش‌نامه تاب‌آوری کانرو دیویدسون پاسخ دادند. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه زیر استفاده شد:

پرسشنامه تاب‌آوری کانرو دیویدسون<sup>۱</sup> (CD-RISC): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانرو دیویدسون ساخته شد و شامل ۲۵ گویه می‌باشد که در یک مقیاس پنج درجه لیکرت بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس همبستگی هر نمره با نمره کل محاسبه شد که به جز گویه ۳، ضریب‌های همبستگی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آمد. روایی سازه مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی مورد تأیید قرار گرفتند. ضریب پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۸۵ به دست آمد. مداخله تدوین شده شامل جلساتی می‌شد که در جدول زیر آورده شده است:

1. Conner & Davidson Resilience Questionnaire.

### جدول ۱: شرح جلسات مداخله

موضوع	جلسه
آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و آشنایی آنان با ساختار متعادل در خانواده سالم	اول
فراهم سازی نیازها و سلامت جسمانی و روانی	دوم
عوامل شناختی مثبت و منطقی	سوم
تعاملات کلامی و غیر کلامی مناسب و ابراز مناسب هیجانات و احساسات	چهارم
اعتقادات دینی و مذهبی	پنجم
فرزندپروری مناسب	ششم
مهارت حل مسئله و مدیریت تعارض‌ها و بحران‌ها	هفتم
هدفمندی منطقی و مناسب و فراهم سازی بستر رشد	هشتم
شادی آفرینی در محیط خانواده	نهم
مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب و نظم بخشی و برنامه‌ریزی	دهم

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری در افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌های کنترل و گواه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده در

پژوهش بر حسب مرحله و عضویت گروهی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مرحله	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	عضویت گروهی	
۱۰/۹	۷۹/۶	۱۰/۹۱	۷۶/۸	گروه آزمایش	تاب‌آوری
۱۰/۹۲	۷۵/۳۳	۹/۵۱	۷۵/۸	گروه گواه	

به منظور آزمون فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون، پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع متغیر وابسته بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۳ آورده شده است.



جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نمره پس آزمون تاب آوری آزمودنی های گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون تاب آوری	۳۱۸۶/۰۴	۱	۳۱۸۶/۰۴	۵۷۰/۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
عضویت گروهی	۷۷/۷۷	۱	۷۷/۷۷	۱۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۴
خطا	۱۵۰/۸۹	۲۷	۵/۵۸	-	-	-	-

جدول ۳ نشان می دهد که مقدار F اثر عضویت گروهی معنی دارد است و به عبارتی دیگر، پس از حذف اثر پیش آزمون تاب آوری، بین تاب آوری مادران گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). مقدار مجذورات ای عضویت گروهی ۰/۳۴ به دست آمد که نشان می دهد ۳۴ درصد افزایش تاب آوری در گروه آزمایش به دلیل آموزش الگویی خانواده سالم است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش الگویی خانواده سالم بر تاب آوری مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم انجام شد. یافته ها نشان داد که بین نمره تاب آوری دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت و نمره های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافته بود. این یافته همسوبا یافته های پژوهش هایی مبنی بر تأثیر رابطه و تعاملات سالم در خانواده بر افزایش تاب آوری بود (اسدی، جاویدی، قاسمی، ۱۳۹۴؛ فیتزپاتریک و کوپر، ۲۰۰۴). صادقی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان "تدوین مدل بومی خانواده سالم و بررسی تأثیر آموزش مبتنی

براین مدل بر سلامت خانواده، عملکرد خانواده و کیفیت رابطه زناشویی<sup>۱</sup> به این نتیجه دست یافت که آموزش الگوی مبتنی براین مدل بر سلامت خانواده، عملکرد خانواده و کیفیت رابطه زناشویی تأثیرگذار است. پژوهش‌هایی نیز حاکی از این مطلب‌اندکه مسائل حاصل از وجود کودک اختلال طیف اتیسم در خانواده، زندگی خانوادگی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این امر نشان از لزوم خدمات خانواده محور برای کمک به حفظ خانواده و تطبیق آن‌ها با این روند از زندگی است (کیم، نوامی و هوک، ۲۰۱۶؛ سیانو، ۲۰۱۶؛ لوه‌همکاران، ۲۰۱۵؛ ربیعی کناری، جدیدیان و سلگی، ۱۳۹۴؛ هارپر، دیچز، هارپر، روپر و سوڈ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، از آنجا که داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌تواند بر روابط بین اعضای خانواده تأثیر گذاشته و باعث ایجاد تنش و استرس در روابط آن‌ها شود؛ آموزش الگوی خانواده سالم از طریق کسب آموزش در زمینه‌هایی چون شناخت عوامل شناختی مثبت و منطقی، چگونگی ابراز مناسب هیجان‌ها و احساسات، اعتقادات دینی و مذهبی، مهارت‌های حل مسئله و مدیریت تعارض، مهارت‌های مشورت و تصمیم‌گیری مناسب و... توانسته نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری مادران کودکان اختلال طیف اتیسم برای فائق آمدن بر مسائل روزمره زندگی داشته باشد و این الگویی می‌تواند به افراد کمک کند که بتوانند با رویکرد مناسب با زندگی خانوادگی و مسائل پیش رو برخورد کنند و داشتن یک کودک با مشکلات ویژه بر سایر ابعاد زندگیشان تأثیر نامطلوب نگذارد. کوثرنرو و فیتزپاتریک (۲۰۰۴) معتقدند عواملی مثل صفات کودکان، مهارت‌های گوناگون و فرایندهای ارزش‌گذاری و شایستگی‌های اجتماعی، انسجام خانواده و ارتباط خوب والدین و حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری خانواده در مقابل شرایط زندگی مؤثر هستند. در واقع توانمندی‌های ناشی از آموزش الگوی خانواده سالم به افراد امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد

و امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌سازد که خود افزایش دهنده تاب‌آوری است. همه این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط زندگی راحت‌تر کنار آیند و در هنگام بروز مشکلات با حل مسئله و آرامش درونی بیشتر با مشکلات زندگی برخورد مناسب داشته باشند.

آموزه‌هایی مثل آشنایی با انواع هیجانات و بیان نقش آن‌ها در زندگی، ابراز و کنترل مناسب هیجان‌ها، رهنمودهایی برای بیان احساسات در الگوی خانواده سالم، فرد را با اطلاعات لازم در این زمینه آشنا می‌کند و مهارت‌های آن را در اختیار یادگیرندگان قرار می‌دهد. از دیگر ویژگی‌های فردی افراد تاب‌آور، توانایی نظم‌دهی هیجانی است که با افزایش توانایی کنترل تکانه موجب می‌شود فرد در شرایط پر استرس، واضح‌تر فکر کند (بنزیس و مک‌کیزیک، ۱۳۹۱؛ شافر و همکاران، ۲۰۰۵).

الگوی خانواده سالم از طریق بیان اهمیت و نقش اعتقادات، باورها و ارزش‌های دینی و مذهبی در زندگی خانوادگی، اهمیت معنویت در خانواده، عوامل مؤثر در تحکیم و تقویت خانواده بر اساس تعالیم دینی و مذهبی و توصیه‌های اخلاقی اسلام برای کارایی بیشتر در خانواده، بیان اهمیت سلامت جسمانی و روانی در سلامت خانواده و راهکارهای لازم برای بالابردن سلامت جسمانی و روانی اعضای خانواده، آشنایی با ابعاد مختلف رشد انسان و ضرورت رشد چند بعدی اعضای خانواده، بیان ضرورت فراهم کردن محیط خانواده برای رشد اعضاء و راهکارهای شناسایی و پرورش استعدادها و خلاقیت‌های اعضای خانواده، آگاهی و مهارت‌های لازم در این زمینه‌ها را در اختیار فرد قرار می‌دهد و زمینه ساز افزایش تاب‌آوری فردی مادران می‌شود. خانواده‌های برخوردار از کارکرد سالم، سوای بقای خود در قالب یک نظام، موجب شکوفایی توان بالقوه یکایک اعضای خود می‌شوند؛ یعنی، به آن‌ها اجازه می‌دهند با اعتماد و اطمینان خاطر در پی کاوشگری و خودیابی برآیند. همان‌طور که بنزیس و مک‌کیزیک (۱۳۹۱) بیان می‌کنند، مواردی چون نظام اعتقادی، سلامتی، تحصیلات، مهارت‌ها و آموزش‌ها از دیگر

ویژگی‌های یک فرد تاب‌آور است، که خانواده با توجه به ویژگی‌های یک خانواده سالم می‌تواند از این طرق به تاب‌آوری افراد کمک کند.

آموزه‌های الگوی خانواده سالم، بالاخص موارد شاخصی چون آشنایی اعضا با ساختار متعادل در خانواده سالم شامل وضوح و اجرای مناسب نقش‌ها، سلسه مراتب خانوادگی، مرزهای مشخص و منعطف؛ آموزش مهارت‌های هم‌دلی، تکنیک افزایش صمیمیت و افزایش تعهد نسبت به رابطه؛ بیان عوامل مؤثر در تحکیم و تقویت خانواده بر اساس تعالیم دینی و مذهبی؛ آموزش ایجاد زیرمنظومه والدینی مستحکم و مستقل برای تربیت فرزندان، آموزش مدیریت استرس و آموزش مدیریت بحران در خانواده؛ آشنایی با چالش‌های دوره‌های انتقالی چرخه زندگی و لزوم برخورد مناسب با آن‌ها می‌توانند به نوعی تقویت‌کننده پیوستگی و در ادامه، افزایش تاب‌آوری در خانواده شوند. در همین راستا، والش (۲۰۰۲) که از نظریه پردازان تاب‌آوری است، سه فرایند کلیدی انطباق‌پذیری و انسجام یا پیوند در خانواده، نظام‌های باور و فرایندهای ارتباطی را برای تاب‌آوری در بین اعضا خانواده ذکر می‌کند و بیان می‌کند که تاب‌آوری را می‌توان از طریق همکاری، حمایت متقابل و تعهد اعضای خانواده به یکدیگر برای رویارویی با بحران‌ها، تقویت کرد (الش، ۲۰۰۳). همچنین الگوی خانواده سالم با آشنایی دادن مادران با انواع باورهای غیرمنطقی و روش‌های مقابله با آن‌ها، آموزش تفکر منطقی و غیرمنطقی، آموزش خطاهای شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی و شناسایی انتظارات منطقی و غیرمنطقی و روشن‌سازی انتظارات، موجب نظم بخشی و ارتقای نظام باورها در اعضای خانواده و به واسطه آن افزایش تاب‌آوری در مادران شده است. همچنین تشریح سبک‌های ارتباطی و آموزش سبک ارتباطی سازنده متقابل، آموزش روش ارتباط برقرار کردن مؤثر و اصول ده‌گانه ارتباط سالم و رهنمودهایی برای ابراز و کنترل مناسب هیجانات و بیان احساسات موجب بهبود فرایندهای ارتباطی و در نهایت افزایش تاب‌آوری در بین اعضای خانواده می‌شود.

الگوی خانواده سالم از طریق آموزش‌های لزوم توجه و تأمین نیازهای اعضا توسط

یکدیگر، آموزش مهارت همدلی، تکنیک افزایش صمیمیت و افزایش تعهد نسبت به رابطه، بررسی دیدگاه زوجین در مورد مشکل، آشنایی با علت تعارض، انواع سبک‌های حل تعارض و آموزش حل تعارض، آموزش مدیریت استرس و آموزش مدیریت بحران در خانواده، آشنایی با چالش‌های دوره‌های انتقالی چرخه زندگی و لزوم برخورد مناسب با آن‌ها، آشنایی با تکنیک سؤالات استثناء در حل مشکلات و آموزش رویکرد حل مسئله، ضرورت فراهم کردن محیط خانواده برای رشد اعضاء، راهکارهای شناسایی و پرورش استعدادها و خلاقیت‌های اعضاء حس ایمنی و ارزشمندی را بین اعضای خانواده افزایش می‌دهد و آن‌ها را مطمئن می‌کند که محیط خانواده محیطی امن و حامی است و در شرایط استرس‌زا می‌تواند تکیه‌گاه و موجب آسایش اعضای خانواده باشد و بدین طریق موجب افزایش تاب‌آوری مادران شده است. همان‌طور که بنزیس و مک‌کریک (۱۳۹۱) حمایت اجتماعی را از عوامل عمده در تاب‌آوری معرفی کرده‌اند.

به‌طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش الگوی خانواده سالم با اثربخشی بر میزان تاب‌آوری مادران کودکان اختلال طیف اتیسم، به آن‌ها توانایی این را می‌دهد که در مقابل مسائل خاص زندگی خانوادگی‌شان (که حاصل تولد و زندگی کودکی با ویژگی‌های خاص است) توان پاسخ‌گویی داشته باشند و بتوانند مسائل و فشارهای روانی را حل کنند. در واقع، ارتباطات اطمینان‌بخش با دیگران، به‌طور قابل توجهی تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که، نتایج این پژوهش محدود به مادران کودکان اختلال طیف اتیسم شهر قم است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به پدران، دیگر خانواده‌ها و خانواده‌ها در دیگر مناطق کشور، احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش روی جوامع دیگر و به صورت گسترده صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود.

## منابع

- نوجوانان مقطع دوم و سوم راهنمایی در مناطق چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۷۵-۹۶.
- بهاری، ف. (۱۳۷۹). ارزیابی و مقایسه کارایی خانواده بین زوهای غیرطلاق و زوج‌های در حال طلاق مرجوعی به بخش روانپزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران.
- *خزائلی پارسا*، ف. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، ظرفیت غلبه بردشواری‌ها، پایداری سرسختانه و بهسازی خویشتن مرکز مشاوره‌ی دانشجویی. *معاونت دانشجویی و فرهنگی*.
- شفیق‌آبادی، ع.؛ نوایی‌نژاد، ش؛ فلسفی‌نژاد، م؛ و نجف‌لوی، ف. (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳)، ۲۶۴-۲۸۳.
- صادقی، م. (۱۳۹۲). تدوین مدل بومی خانواده سالم و بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر این مدل بر سلامت خانواده، عملکرد خانواده و کیفیت رابطه زناشویی. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- صادقی، م؛ فاتحی‌زاده، م؛ احمدی، ا؛ بهرامی، ف؛ اعتمادی، ع. (۱۳۹۳). تدوین مدل خانواده سالم به روش پژوهش آمیخته اکتشافی. *فصلنامه روانشناسی خانواده*، ۱(۱)، ۴۰-۲۹.
- علیزاده، س. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه عقلانی-هیجانی، رفتاری و بررسی تأثیر آن بر تاب‌آوری و سلامت روان افراد مبتلا به اچ‌ای وی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- ربیعی‌کناری، ف؛ جدیدیان، ع؛ سلگی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۴)، ۹۵-۱۰۵.
- زارعی‌محمودآبادی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی بازآموزی سبک‌های اسنادی بر بهبود ابعاد عملکرد خانواده زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۳)، ۳۶۷-۳۸۵.
- رنجبیر، ف؛ کاکاوند، ع؛ برجعلی، الف؛ و برماس، ح. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *فصلنامه‌ی روان‌شناسی سلامت*، ۱(۱)، ۱۷۷-۱۸۸.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد*، پایان‌نامه دکتری، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- مرتضوی، ن. س؛ یاراللهی، ن. ا. (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۸-۱۰۳.
- مشیریان‌فراحتی، س. م و همکاران (۱۳۹۵). ارتباط نگرش مذهبی با میزان رضایت زناشویی، سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری، در کارمندان زندان. *مجله پژوهش دردین و سلامت*، ۲(۲)، ۲۴-۳۳.
- هاشمی، ل؛ جوکار، ب. (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه. *مجله*

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association 978-0-89042-557-2.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilienc scale (CD-RISC), *Journal of Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dealberto, MJ. (2011). Prevalence of autism according to maternal immigrant status and ethnic origin. *Journal of Acta Psychiatrica Scandicavi*. 123(5), 339-48.
- Depaul, N. (2006). Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. *Journal of Council for Relationship*, 215, 382-680.
- Eshel Y, Kimhi S (2015). Post-war recovery to stress symptoms ratio as a measure of resilience, individual characteristics, sense of danger and age. *Jornalof Loss and Trauma*, 21(1), 160-177.
- Fitzpatrick, M. A., & koerner, A. F. (2004). Family communication schema effect on children's resilience running head: Family communication schemata, the evolution key of mass communication concepts: Honoring jack M. Mcleod, 115-139.
- Fitzpatrick, M. A., & Ritchie, L. D. (1994). Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction. *Journal of Human Communication Research*, 20, 275-301.
- Gladding, S. (2014). Family Therapy: History, Theory, and Practice. New Jersey: Pearson.
- Harper, A., Dyches, T. T., Harper, J., Roper, S. O., & South, M. (2013). Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(11), 2604-2616.
- Hsiao Y.J. (2016). Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*. 23(1), 122-130.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- Kuhlthau, K & et al. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(1), 1339-1350.
- Kim, I, Ekas, N.V & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*. 26(3), 80-90.
- Kober, R. (2010). Enhancing the quality of life people with intellectual disabilities. *Journal of Social In dictators Research*, 41(8), 35-39.

- Lu , M & et al. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders* 17(3), 70–77.
- Mehrinejad, S.A., Tarsafi, M., Rajabimoghadam, S. (2015). Predictability of Students' Resiliency by Their Spirituality. *Journal of Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(3), 396 – 400.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Ports, P.R, Howl, S.C. (1992). Family function and children post-divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 613-617.
- Sadeghi, M., Fatehizadeh, M., Ahmadi, A., Bahrami, F., & Etemadi, O. (2013). Developing a model of healthy family (A Qualitative Research). *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 3(2), 216-221.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Early Child Development and Care*, 182(11), 1439-1453.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2013). Enhancing parental well-being and coping through a family-centred short course for Iranian parents of children with an autism spectrum disorder. *Autism. Journal of citation report*, 17(1), 27-43.
- Smith, BW & et al. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and pain. *Journal of Pain*, 10(5), 493-500.
- Tubbert, S. (2016). Resiliency in emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 42(1), 47-52.