Clinical Psychology Achievements

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
Received: 28 March 2023
Accepted: 04 June 2023

Research Article

https://doi.org/10.22055/jacp.2023.20191

The relationship between stress and marital satisfaction and general health with moderating resiliency of women having mental and physical retarded children in the city of Masjid Suleiman

Afsaneh Ghasemi[1*], Abdolkazem Neysi[2]

1. MA of Guidance and Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Citation: Ghasemi, A., & Neysi, A (2023). The relationship between stress and marital satisfaction and general health with moderating resiliency of women having mental and physical retarded children in the city of Masjid Suleiman. *Clinical Psychology Achievements, 9*(2), 65-77.

Abstract

The purpose of this study is to analyze the relationship between stress and marital satisfaction and general health with moderating resiliency of women having mental and physical retarded children in the city of Masjid Suleiman. The statistical universe contains all women having mental and physical retarded children in the city of Masjid Suleiman that 100 of them were selected as simple by accessible and purposeful sampling. The used tools in this study were Connor-Davidson Resilience Scale inventory, Cohen and colleagues Stress inventory, General health questionnaire and Enrich Olson martial satisfaction inventory. The results analyze was done by SPSS-21 software. It has been using of Pearson's correlation coefficient and Regression moderator to test study's hypothesis. The results showed a negative relationship between stress and general health and a positive relationship between martial satisfaction and general health. The results of Regression moderator showed that resiliency moderates the relationship between stress and general health, but resiliency does not moderate the relationship between martial satisfaction and general health.

Keywords: stress, general health, martial satisfaction, resiliency

* **Corresponding Author:** Afsaneh Ghasemi
E-mail: afsanhq985@gmail.com

Authors retain the copyright and full publishing rights.
Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

مقاله پژوهشی

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۴

https://doi.org/10.22055/jacp.2023.20191

بررسی رابطه بین استرس، رضایت زناشویی و سلامت روانی با تعدیل‌گری تاب‌آوری در زنان دارای کودکان با معلویت ذهنی و جسمی در شهرستان مسجد سلیمان

افسانه قاسمی[۱*]، عبدالکاظم نیسی[۲]

۱. کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین استرس و رضایت زناشویی و سلامت روانی با تعدیل‌گری تاب‌آوری در زنان دارای کودکان با معلویت ذهنی و جسمی در شهرستان مسجد سلیمان انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل زنان کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی در زنان شهرستان مسجد سلیمان می‌باشد. که ۱۰۰ نفر از این افراد به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه استرس کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ اولسون (۱۹۸۹) بودند. تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش همبستگی ساده و رگرسیون تعدیل‌گر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین استرس و سلامت روان رابطه منفی وجود دارد و بین رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه مثبت وجود دارد. نتایج رگرسیون تعدیل‌گر نشان داد که تاب‌آوری رابطه‌ی بین استرس با سلامت روان را تعدیل می‌کند، اما تاب‌آوری رابطه‌ی بین رضایت زناشویی و سلامت روان را تعدیل نمی‌کند.

کلید واژه‌ها: استرس، سلامت روان، رضایت زناشویی، تاب‌آوری

* **نویسنده مسئول:** افسانه قاسمی
رایانامه: afsanhq985@gmail.com

مقدمه

تولد کودک با معلولیت ذهنی و جسمی یک عامل تنش‌زا برای اعضای خانواده و همچنین یک موضوع نگران کننده برای سازگاری خانواده می‌باشد (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۷۹). خانواده یک ارگانیسم پویا است و هرگونه بدکارکردی هر عضو آن کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به همین دلیل داشتن کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی تأثیر منفی غیرقابل اجتنابی بر والدین و کل اعضای خانواده دارد (Jnaabadi, 2012). کم توانی ذهنی، بیماری روانی نیست، بلکه نوعی شرایط خاص و پیچیده ذهنی است. در مورد کودکان کم توان ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه آنها، نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش‌نایافته بیشتری از آن‌ها بروز کند. آنان به سبب محدودیت‌های گوناگون که معمولاً ناشی از محدودیتهای شناختی آن‌ها می‌باشد، با شکستهای متعددی روبه رو می‌شوند که پیامد این عدم موفقیت‌ها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری به شکل‌های گوناگون خواهد بود (آذرنیوشان و غباری بناب، ۱۳۹۱). پذیرش کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی توسط والدین بستگی به شدت مشکل و وضعیت مالی، اجتماعی و فرهنگی خانواده دارد اما در کل والدین دارای کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی در مقایسه با والدین دارای کودکان عادی اضطراب، شرمندگی، ناامیدی و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (Shobana, 2014 & Saravanan).

اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود است و بسیاری افراد در زندگی، امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی دارند و به عبارت دیگر، کمتر کسی وجود دارد که در برابر بیماری‌های روانی مصونیت داشته باشد. هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب و همچنین درمان اختلالات روانی و پیشگیری از مزمن شدن بیماری در افراد است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط بین فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می‌کنند و معتقدند که سلامت روان تنها نداشتن بیماری‌های روانی نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی‌دار است (جان بزرگی، ۱۳۸۶). مشکلات در زمینه‌ی بهداشت و سلامت روان از ابتدای پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی از هیچ طبقه اقتصادی و اجتماعی در مقابل آن‌ها مصونیت نداشته و نخواهد داشت (خاقانی‌زاده، سیرتی، عبدی و کاویانی، ۱۳۸۵). در یک طبقه-بندی کلی می‌توان بیان داشت که سه مدل مختلف درباره سلامت و بیماری روانی ارائه شده است: « مدل زیستی » (مدل طبی)، "مدل زیستی-روانی-اجتماعی (مدل سیستمی) و"مدل ارتقا در سلامت روانی" مدل زیستی معتقد به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی است (گنجی، ۱۳۸۰). از دیدگاه « مدل زیستی روانی- اجتماعی، انسان و رفتارهای او در مجموع، یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که در آن عوامل مختلف تأثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستمیک، ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان برهم دیگر اثر می‌گذارند (Curtis, 2000). «مدل ارتقا» به طورگسترده‌ای به جنبه‌های زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی در تحلیل سلامت روانی توجه دارد و به سلامت روانی به عنوان یک بحث اساسی و محوری در زندگی بشر می‌اندیشد (میلانی‌فر، ۱۳۷۶). نوریان نجف‌آبادی و جهانگیر (۱۳۹۱) سلامت روان را به صورتی که فرد بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب ناپذیر درونی خود، ناتوان نشده و خود را نسبت به جامعه مطرود نسازد تعریف کرده‌اند.

مهارت‌های زندگی منجر به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی افراد می‌شود و در پیشگیری از بیماری‌های روانی و مشکلات رفتاری نقش مهمی را دارد. اختلال استرس از جمله حالاتی است که از نظر تاریخچه و سیر پرفراز و نشیب واژه‌گزینی، از نظر تعریف، سبب‌شناسی و سرانجام تشخیص و درمان و پیش‌آگهی بسیار پیچیده و متنوع است. شاید کمتر مقوله‌ای در روان‌شناسی این چنین طیف گسترده و ابهام‌آفرینی را به خود اختصاص داده است (Alison, 2007).

مواجهه با مشکلات کودکان دارای معولیت ذهنی و جسمی استرس زیادی را برای مادران این افراد دارد. بنابراین استرس می‌تواند نیروها را تحلیل ببرد، فعالیت‌ها و تلاش‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (شفیع آبادی، سودانی و شیریم، ۱۳۸۷). وقتی که عامل استرس‌زا، زندگی انسان را تحت پوشش قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت‌های شناختی آسیب‌پذیر می‌گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فراخوانده می‌شود. بدین ترتیب می‌توان انتظار داشت، استرس لذت زندگی را از بین ببرد (Forlin, 2001). اما باید اشاره کرد که مادران کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی با مشکلات گوناگونی رو به رو هستند که این افراد در رویارویی با مشکلات-شان از نگرانی‌های بسیاری برخوردارند و در رابطه استرس ناشی از مشکلات روانی و اجتماعی این افراد، آنان را با چالش-های متعددی رو به رو می‌سازد.

از نظر White (2000) زمانی که افراد تحت استرس هستند باید مهارت‌های مقابله ای لازم را داشته باشند تا بتوانند اثر استرس را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارتپ‌های مقابله‌ای موثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید و یا به عبارتی میزان تاب‌آوری خود را افزایش دهد (Godfrey, 2009).

خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی و عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضاء آن‌ها و تجهیز شدن به تکنیک‌های شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد. از دیگر متغیرهای اثرگذار بر خانواده‌های دارای معلولیت ذهنی و جسمی می‌باشد، رضایت زناشویی بین والدین این افراد می-باشد. رضایت زناشویی مجموعه‌ی احساسات عینی از خشنودی و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است، هنگامی که تمامی جنبه‌های زندگی‌شان را در نظر می‌گیرند. رضایت زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان تأثیر می‌گذارد. روابط زناشویی رضایت‌مندی زیربنای عملکرد خوب خانواده است. نیاز به روابط انسانی، یکی از نیازهای عاطفی انسان است و ازدواج به عنوان صمیمی‌ترین نوع رابطه در پاسخ به کلیه‌ی نیازها اعم از جسمانی و و روانی شکل می‌گیرد و یکی از مراحل تکامل انسان محسوب می‌شود (حفاظی طرقبه، فیروزآبادی و حق‌شناس، ۱۳۸۵). سلامت جامعه و خانواده در گرو رضایت افراد از ازدواجشان است و انتخاب همسر جزئی از مراحل رشد روانی محسوب می‌شود. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و متعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (عدالتی و ردزوان، ۱۳۸۹). شکی نیست که رضایت زناشویی از عوامل بسیار مهم در زندگی است، در صورت وجود آن در زندگی و خانواده، باعث می‌شود زوجین آرامش را در زندگی ببینند و با آرامش و رضایت آنها، فرزندان نیز در خانواده به خوبی تربیت می‌شوند و آثار آن را در جامعه از خود نشان خواهند داد. نبود رضایت زناشویی باعث مشکلات و اختلافات زیادی دربسیاری از زمینه‌ها می‌شود، حتی در پاره‌ای موارد زوجین را تا مرحله طلاق هم می‌کشاند که عواقب بسیار بد و وخیم آن بر کسی پوشیده نیست (Larens, 2001). بنابراین اگر به دنبال جامعه سالم هستیم در وهله‌ی نخست باید خانواده کارآمد و سالم داشته باشیم و این به دنبال شناخت عوامل مرتبط با رضایت زناشویی امکان‌پذیر است.

یکی از متغیرهایی که نقش تعدیل کننده‌گی بین مشکلات مادران کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی ایفا می‌کند میزان تاب‌آوری این افراد در برابر این مشکلات می‌باشد. Connor (2006) تاب‌آوری را به عنوان روشی برای‌اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روانی را تهدید می‌نماید، تعریف کرده است.

Garmezy & Masten (1991)، تاب‌آوری را یک فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف کرده‌اند. تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست (حالت انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست) بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است و می‌توان گفت که تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی– روانی در شرایط خطرناک می‌باشد (Davidson, 2003) فردی که دارای تاب‌آوری است، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و بعد از بر طرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت

بهبود باز می‌گردد. از این رو داشتن این خصوصیات در افراد تاب‌آور سبب می‌شود که از سطح سلامت روحی و روانی بهتری نسبت به دیگر افراد فاقد این ویژگی‌ها برخوردار باشند و به تبع آن کیفیت زندگی بهتری داشته باشند (Souri & Hasanirad, 2011). از سوی دیگر افرادی که در انتهای سطح تاب‌آوری قرار دارند، به مقدار ناچیزی خود را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند، این‌ها به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابد که این‌ها خود سبب تنش و ناآرامی در این افراد می‌شود (Siebret, 2007).

شاهی، غفاری و قاسمی فلاورجانی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که رضایت‌مندی زناشویی توسط سطح سلامت روان فرد پیش‌بینی شد. همچنین افسردگی و اضطراب به صورت معناداری با رضایت‌مندی زناشویی همبستگی داشت. به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان فرد، پیش‌بینی کننده رضایت‌مندی زناشویی است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان با ارتقای سلامت روان فرد، رضایت‌مندی زناشویی زوج‌ها را ارتقا داد. مرادی (۱۳۸۹) رابطه سبک‌های مقابله با استرس با تاب‌آوری و کنترل پرخاشگری را در یک نمونه ۳۷۸ نفری زن مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان مدار تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کنند. سبک مقابله مساله مدار با هیجان مدار با تاب‌آوری و کنترل پرخاشگری رابطه چندگانه دارد. Downey et al. (2011) در تحقیقی به بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس با سلامت روان در زنان استرالیایی پرداختند نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله ای با سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد. Watson & Frind (1969) در پژوهشی با عنوان رابطه بین تاب‌آوری و و سلامت روانی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه مثبت وجود دارد و افراد با نمره پایین در تاب‌آوری ممکن است تصور کنند که حوادث و رویدادها سخت تر از آن چیزی هستند که خود فکر می‌کنند در نتیجه دچار اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر افراد دارای نمره بالا در تاب‌آوری در ایجاد احساس آرامش در رویا رو شدن با تکالیف دشوار و فعالیت‌ها کمک می‌کنند.

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان نیازمند سلامت اجزای آن جامعه از جمله نوع احتیاجات گروه‌ها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. خانواده هسته مرکزی هر جامعه و یکی از پایه‌های اساسی آن است. در واقع زمانی که فرزندی با ناتوانی متولد می‌شود خانواده و کسانی که مرتبط با خانواده هستند دچار اندوه و ناراحتی می‌شوند (Trrnbull & Trrnbull, 1993). به‌طور تاریخی تحقیقات نظری و کاربردی معمولاً والدین کودکان دارای معلولیت ذهنی و جسمی دارای برخی مشکلات روان‌شناختی مانند فشارهای عاطفی،اندوه مزمن و احساس گناه توصیف می‌کنند. نه تنها والدین به ویژه مادران نسبت به فرزند عقب مانده ذهنی و جسمی واکنش‌های عاطفی نشان می‌دهند، بلکه نسبت به نگرش یا واکنش افراد جامعه به عقب ماندگی ذهنی واکنش عاطفی نشان می‌دهند. این فشارها اغلب مادران را به کناره‌گیری از تماس اجتماعی شان وادار می‌سازد و آن‌ها را گوشه‌گیر می‌کند و به دلیل افزایش این طرد اجتماعی و گوشه‌گیری، مادران تمایل به تمرکز دائمی و بیش از حد بر فعالیت‌های کودک پیدا می‌کنند و این افزایش توجه و تمرکز بر ناتوانی کودک موجب بروز اختلالات شخصیتی و روانی بیشتر در مادران می‌گردد (افروز، ۱۳۸۷). مادران واکنش‌های عاطفی تدریجی در نتیجه تولد کودک نارس شامل ترس از مواجهه با مرگ یا ناتوانی فرزند، احساس عدم کفایت و ناراحتی بروز می‌دهند. این مادران مشکلات روان‌شناختی بیشتری در زمینه شکایات جسمانی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روانپریشی و حالات وسواس را تجربه می‌کنند (بیات، ۱۳۸۶).

با توجه به این واقعیت که پدران و مادران به ویژه مادران با تنیدگی فزاینده و توان فرسا در پرورش فرزندان رو به رو هستند می‌توان چنین انتظار داشت که آنان علاوه بر اینکه در زندگی شخصی به نحوی کاهش رضایت زناشویی و استرس فراوان را تجربه می‌کنند، بنابراین نیاز به یک تاب‌آوری بسیار زیادی را لازم می‌دانند و با توجه به اینکه همه این متغیرها در نهایت باعث آرامش در زندگی مادران کودک عقب مانده ذهنی و جسمی می‌شود لذا ضرورت می‌یابد در پژوهشی مجزا به این متغیرها پرداخته شود. و با توجه به اینکه خانواده به عنوان سیستم عمل می‌کند و مشکلات به وجود آمده برای یکی از اعضاء خانواده می‌تواند زندگی سایر اعضاء را تحت تاثیر قرار دهد و همچنین با توجه به‌اندک بودن تحقیقات انجام شده در زمینه کودکان دارای معلولیت ذهنی و جسمانی و نحوه مشکلات برای والدین به خصوص مادران بررسی این موضوع

ضروری به نظر می‌رسد امید است نتایج این پژوهش مفید واقع شود و در حوزه مربوط به کودکان با نیازهای ویژه مانند مؤسسات درمانی و مراکز مشاوره ای، وزارت آموزش و پرورش و مدارس استثنایی مورد استفاده قرار گیرد و در نتیجه باعث کاهش مشکلات آنان و خانواده‌های آن‌ها شود.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و روش همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش دربرگیرنده‌ی کلیه‌ی زنان کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی در زنان شهرستان مسجد سلیمان می‌باشد. که ۱۰۰ نفر از این افراد به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش علاوه بر روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار؛ در نمره‌ها برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آماری همبستگی ساده و رگرسیون تعدیلگر استفاده شد؛ برای این منظور از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ استفاده گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس تاب‌آوری (Resilience Scale): در این پژوهش از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor- Davidson, 2003) که در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شده است، استفاده شده است. این مقیاس شامل ۲۵ ماده می‌باشد و آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های مقیاس که در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت (پاسخ کاملاً مخالفم نمره صفر و پاسخ کاملاً موافقم نمره چهار) تنظیم شده است، پاسخ دهد. کمترین و بیشترین نمره در مقیاس تاب‌آوری به ترتیب صفر و ۱۰۰ می‌باشد. اگر چه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل شایستگی competence، استحکام شخصی personal Strength، اعتماد به غرایز شخصی personal trust instincts، تحمل عواطف منفی tolerate negative، پذیرش عواطفacceptance affection روابط ایمن، مهار secure relationships و معنویت را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، اما به دلیل عدم تأیید پایایی و زیر مقیاس ها، فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (Connor- Davidson, 2003). یک نمونه از سوالات این مقیاس عبارت است از «وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم». Connor- Davidson (2003) روایی همزمان مقیاس تاب‌آوری را با پرسش نامه سرسختی کوباسا Kobasa Hardiness Measure ۰/۸۳ گزارش نمودند. علاوه بر این، بین این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده Perceived Stress Scale ارتباط منفی معنی داری مشاهده شد. Dolores Serrano-Parra et al. (2013) روایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی بررسی نمودند. تابع حاصل از تحلیل عامل تأییدی نشان داد که یک مدل تک عاملی از برازش خوبی در هر گروه مردان و زنان برخوردار است. همچنین مشاهده شد که بین ورژن اسپانیایی زبان این مقیاس با حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و با استرس ادراک شده وافسردگی همبستگی منفی وجود دارد. در ایران محمدی (۱۳۸۴) برای بررسی روایی این مقیاس از روش همبستگی هر گویه با نمره کل پرسشنامه استفاده نمود. همبستگی به دست آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد. Connor- Davidson (2003) پایایی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش نمودند. Dolores Serrano- Parra et al. (2013) پایایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. Yu & Singh (2010) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمودند. در ایران محمدی (۱۳۸۴) برای تعیین پایایی مقیاس Connor- Davidson Resilience Scale (2003) از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته است. او ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمود. همچنین هاشمی و جوکار (۱۳۹۰) برای احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ و ضریب همبستگی به دست آمده بین دو سنجش در بازه زمانی سه هفته ای برابر با ۰/۷۳ بود. در جدول ۳-۳ ضرایب پایایی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش حاضر ارائه شده است.

پرسشنامه استرس Mental Health Questionnaire (GHQ): این برای‌اندازه گیری درجه ای که موقعیت‌های

موجود در زندگی فرد استرس‌زا ارزیابی می‌شود استفاده شده است (Cohen et al., 1983). این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال می‌باشد هر کدام از این سوال‌ها دارای ۵ گزینه است که نیمی از آن‌ها به صورت مستقیم (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) و نیمی دیگر به صورت (۴، ۳، ۲، ۱، و ۰) نمره گزاری می‌شوند. سوالات این مقیاس به گونه ای طرح شده‌اند که پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد عیرقابل کنترل بودن، پیش‌بینی‌ناپذیر بودن و مشقت بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان گنند. کوهن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس را در سه گروه از آزمودنی‌ها – دو گروه دانشجو و یک گروه نامتجانس دیگر، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همبستگی‌های این پرسشنامه با اندازه‌های نشانه شناختی نیز کاملاً بالاست (Cohen et al., 1983). صالحی فدری (۱۳۷۳) ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون را ۰/۷۵ ذکر کرده است.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) Hiller &Goldberg: پرسشنامه سلامت روان که در سال ۱۹۷۹ توسط Hiller & Goldberg طراحی و تدوین شده است دارای چهار مقیاس و هر مقیاس ۷ سؤال دارد: ۱- مقیاس A (علائم جسمانی)، ۲- مقیاس B (علائم اضطرابی)، ۳- مقیاسC (علائم اختلال در کارکرد اجتماعی) و ۴- مقیاس D (علائم افسردگی). به‌طورکلی، این مقیاس دارای ۲۸ گویه است، که براساس این شیوه‌ی نمره‌گذاری هریک از سوال‌های آزمون به صورت (۰ ، ۱، ۲ و ۳) می‌باشد. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین پایایی این پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده کرد. نتایج به‌دست‌آمده با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی وخیم به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود.

پرسشنامه رضایت زناشویی: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط Olson and Fowers (1989) تدوین شده است که شامل ۴۷ ماده و ۱۲ خرده مقیاس می‌باشد. پاسخ به ماده‌ها به روش لیکرت و به صورت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بوده و نمره‌گذاری به ترتیب۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ است و تعدادی از ماده‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده رضایت زناشویی بیشتر می‌باشد. Olson and Fowers (1989) در پژوهشی بر روی زنان و مردان روایی این پرسشنامه را از طریق روش سازه مطلوب گزارش نمود. در ایران نیز شریفی‌نیا (۱۳۸۰)، ضریب روایی پرسشنامه را ۰/۹۲ و سلیمانیان (۱۳۷۳) روایی همزمان پرسشنامه ۴۷ ماده‌ای را با فرم اصلی آن ۰/۹۵ به دست آوردند (به نقل از سلیمانیان، ۱۳۷۳). اولسون (۱۹۸۹، به نقل از سلیمانیان، ۱۳۷۳) ضریب پایانی این پرسشنامه را در پژوهشی بر روی زنان و مردان ۰/۹۲ به دست آورد که دال بر پایایی بالای این پرسشنامه می‌باشد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر پیش بین	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی‌داری (sig)
استرس	۳۳/۲۰	۶/۰۱	-۰/۲۱	۰/۰۳
رضایت زناشویی	۱۴۶/۰۶	۱۸/۰۵	۰/۵۰	۰/۰۰۱
سلامت روان	۴۷/۷۳	۸/۳۳	۱	
تاب‌آوری	۶۱/۶۰	۵/۶۶		

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت روان به‌ترتیب، ۴۷/۷۳ ۸/۳۳، میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری به‌ترتیب ۶۱/۶۰ و ۵/۶۶، میانگین و انحراف معیار متغیر رضایت زناشویی به ترتیب ۱۴۶/۰۶ و ۱۸/۰۵ و میانگین و انحراف معیار متغیر استرس به‌ترتیب ۳۳/۲۰ و ۶/۰۱ می‌باشد. همچنین بین استرس و سلامت روان رابطه‌ی منفی (۰/۲۱-) وجود دارد همچنین بین رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه‌ی مثبت (۰/۵۰) وجود دارد. . نتایج تحلیل

رگرسیون تعدیل‌گر مربوط به رابطه تعاملی استرس و سلامت روان با تاب‌آوری در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر مربوط به رابطه تعاملی استرس و سلامت روان با تاب‌آوری

متغیرهای پیش‌بین	شاخص‌های آماری			ضرایب رگرسیون		
	MR	RS	FP	۱	۲	۳
استرس	۰/۲۱	۰/۰۴۷	۴/۸۳ ۰/۰۳	β =-۰/۲۱ t =-۲/۱۹ ۰/۰۳		
تاب‌آوری	۰/۲۲	۰/۰۴۹	۲/۴۷ ۰/۰۹	β =-۰/۲۰ t= -۲/۰۷ P<۰/۰۴	β =۰/۰۴ t =۰/۴۰ ۰/۶۹	
استرس × تاب‌آوری	۰/۳۴	۰/۱۱	۴/۳۰ ۰/۰۰۷	β =-۵/۹۹ t =-۲/۸۶ P<۰/۰۰۵	β =-۳/۰۵ t =-۲/۷۱ P<۰/۰۰۸	β =۶/۰۲ t = ۲/۷۶ P<۰/۰۰۷

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است تعامل استرس و تاب‌آوری میزان واریانس تبیین شده متغیر ملاک یعنی سلامت روان را تغییر داده است (۰/۰۴ به ۰/۱۱). ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر β =۶ /۰۲ و P<۰/۰۰۷ نشان می‌دهد که این افزایش از لحاظ آماری معنادارمی‌باشد و می‌توان اظهار داشت که تاب‌آوری نقش تعدیل کننده‌ی رابطه‌ی بین استرس و سلامت روان است.

در ادامه به منظور نمایش این اثر تعدیل‌گر، آزمودنی‌ها براساس میانگین نمره‌هایشان در دو متغیر استرس و تاب‌آوری به چهار گروه تاب‌آوری بالا و پایین و استرس بالا و پایین تقسیم شدند.

وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجاد شده از لحاظ میانگین نمره‌های سلامت روان در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱ نشان می‌دهد که شیب خطهای رگرسیون مربوط به استرس و سلامت روان در افراد دارای تاب‌آوری بالا و تاب‌آوری پایین با هم برابر نیستند.

نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر مربوط به رابطه‌ی تعاملی رضایت زناشویی و سلامت روان با تاب‌آوری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر مربوط به رابطه‌ی تعاملی رضایت زناشویی و سلامت روان با تاب‌آوری

متغیرهای پیش‌بین	شاخص‌های آماری			ضرایب رگرسیون		
	MR	RS	FP	۱	۲	۳
رضایت زناشویی	۰/۵۰۲	۰/۲۵۲	β =۳۲/۹۲ P<۰/۰۰۱	β =۰/۵۰ t=۵/۷۳ P<۰/۰۰۱		
تاب‌آوری	۰/۵۰۸	۰/۲۵۸	β =۱۶/۸۳ P< ۰/۰۰۱	β =۰/۵۲ t= ۵/۷۳ P<۰/۰۰۱	β =-۰/۰۸ t= -/۸۹ P<۰/۳۷	
رضایت زناشویی × تاب‌آوری	۰/۵۰۸	۰/۲۵۸	β =۱۱/۱۱ P< ۰/۰۰۱	β =۰/۴۱ t= ۰/۳۷ P< ۰/۷۰	β =-۰/۱۷ t= -۰/۱۹ P< ۰/۸۴	β = ۰/۱۶ t= ۰/۱۰ P<۰/۹۱

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است تعامل رضایت زناشویی و تاب‌آوری میزان واریانس تبیین شده‌ی متغیر ملاک یعنی سلامت روان تغییر نداده است (۰/۲۵ همان ۰/۲۵). ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر β =۰/۱۶ و P<۰/۹۱ نشان می‌دهد که از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد و می‌توان اظهار داشت که تاب‌آوری تعدیل کننده‌ی رابطه‌ی بین رضایت زناشویی و سلامت روان نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین استرس، رضایت زناشویی و سلامت روانی با تعدیل‌گری تاب‌آوری در زنان دارای کودکان با معلویت ذهنی و جسمی در شهرستان مسجد سلیمان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین استرس و سلامت روان رابطه منفی وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات Downey et al. (2011)، سیف‌نراقی و نادری (۱۳۷۹)، (Saravanan & Shobana, 2014) و Jnaabadi (2012) همخوان می‌باشد. تولد کودک با معلولیت ذهنی و جسمی یک عامل تنش‌زا برای اعضای خانواده و همچنین یک موضوع نگران کننده برای سازگاری خانواده می‌باشد (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۷۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که خانواده یک ارگانیسم پویا است و هرگونه بدکارکردی هر عضو آن کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به همین دلیل داشتن کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی تأثیر منفی غیرقابل اجتنابی بر والدین و کل اعضای خانواده دارد (Jnaabadi, 2012). پذیرش کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی توسط والدین بستگی به شدت مشکل و وضعیت مالی، اجتماعی و فرهنگی خانواده دارد اما در کل والدین دارای کودک دارای معلولیت ذهنی و جسمی در مقایسه با والدین دارای کودکان عادی اضطراب، شرمندگی، ناامیدی و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (Saravanan & Shobana, 2014). با توجه سطح بالای استرس مادران دارای فرزند معلول جسمی و ذهنی سلامت این افراد در خطر می‌باشد. به عبارت دیگر واقعیت این است که استرس در زندگی روزمره امری اجتناب‌ناپذیر است؛ ولی مهم آن است که چگونه انسان با این بحران‌ها کنار آید. مطالعه پاسخ انسان در موقعیت‌های فشارزا نشان می‌دهد که انسان در برابر تهدیدها و نمادهای خطر با استرس واکنش نشان می‌دهد؛ اما شدت این واکنش (استرس)، بسته به این که یک موقعیت معین را تا چه حد استرس زا ادراک می‌کنند، نوسان دارد. استرس حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز درک می‌کند. در واقع، ایجاد استرس به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث بستگی دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگر، به صورت تهدید درک شود. با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که هر چه میزان استرس در فرد بیشتر باشد، وی از سلامت کمتری برخوردار است و استرس در پیش‌بینی سلامت روان نقش دارد.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه‌ی مثبت وجود داشته است. این

یافته‌ها با نتایج تحقیقات Alferi et al. (2001) و Coombs (2009) همخوان می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به این عبارت که هر چقدر رضایت زناشویی مادران دارای کودک معلولیت جسمی و ذهنی افزایش پیدا کند، سلامت روان آن‌ها بیشتر می‌شود. هماهنگ با مطالعات مهم رضایت زناشویی و سلامت روان Alferi et al. (2001) و Coombs (2009) نشان دادند که بین رضایت زناشویی و سلامت روان همبستگی وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که آسیب‌پذیری مادران دارای کودک معلولیت جسمی و ذهنی در مقابل استرس‌ها و مشکلات مختلف باعث ابتلای آن‌ها به انواع مشکلات روانشناختی و در هم ریختن سلامت روانشناختی آن‌ها می‌گردد. در نتیجه این آسیب‌پذیری و بالطبع سلامت روان پایین رضایت زناشویی نیز در افراد پایین می‌آید و می‌توان گفت رضایت زناشویی تأثیر تنگاتنگی با سلامت روان دارد. یکی از ملاک‌های سلامت روان این است که وقتی سلامت روان پایین می‌آید عملکرد فرد به دنبال آن نسبت به قبل پایین می‌آید. به بیان دیگر وقتی رضایت زناشویی در زندگی افراد پایین می‌آید افراد باعث مشکلات روانشناختی شدیدی می‌شوند که ممکن است بر زندگی زناشویی آن‌ها هم تأثیر منفی بر جای بگذارد و این عمل باعث مشکلات در سلامت روان آن‌ها می‌شود و بالطبع وقتی که دارای رضایت زناشویی بالایی هستند میزان سلامت روان آن‌ها به مراتب بیشتر است.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین استرس و سلامت روان در افراد دارای تاب‌آوری بالا کم‌تر از افراد دارای تاب‌آوری پایین رابطه‌ی منفی وجود دارد. تعامل استرس و تاب‌آوری میزان واریانس تبیین شده متغیر ملاک یعنی سلامت روان را تغییر داده است. این نتیجه با نتایج پژوهش Van & Haley (2009) همخوان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, 2001) سلامت روان را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، اجتماعی، ذهنی و نبود بیماری تعریف کرد. حالتی که در آن افراد بتوانند بدون از مشکلات جسمانی و روانی به زندگی خود ادامه دهند و احساس بیماری و سستی در زندگی خود نداشته باشند. کودکان دارای معلولیت جسمی و ذهنی دارای مشکلات زیادی هستند و با توجه به این‌که پدر این افراد در محیط بیرون مشغول کار هست و تقریباً همه بار زندگی این افراد بر دوش مادر آن‌ها می‌باشد سلامت روان این افراد به خطر می‌افتد که باعث استرس زیادی در زندگی آن‌ها می‌شود و وقتی این افراد دارای تاب‌آوری بالایی باشند به راحتی می‌توانند این استرس را تعدیل کنند و از آن باعث بهبود زندگی خود و فرزندان معلول-شان شوند. افراد دارای تاب‌آور در زمان مقابله با مشکلات با اقتدار ایستادگی می‌کنند و به تعبیری خم به ابرو نمی آورند که اگر مادران دارای کودک معلول جسمی و ذهنی بتوانند با این مشکلات مقاومت کنند به راحتی سلامت روان بهتری دارند.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت زناشویی و سلامت روان در افراد دارای تاب‌آوری بالا بیشتر از افراد دارای تاب‌آوری پایین رابطه مثبت وجود دارد. تعامل رضایت زناشویی و تاب‌آوری میزان واریانس تبیین شده‌ی متغیر ملاک یعنی سلامت روان تغییر نداده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های عدالتی و ردزوان (۱۳۸۹) و روحانی و ابوطالبی (۱۳۸۸) و آزادی و آزاد (۱۳۸۸) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و متعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (Edalati & Redzuan, 2010). رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی و یا ترکیبی از خشنود بودن به واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه‌ی زناشویی باشد (روحانی و ابوطالبی، ۱۳۸۸). در حالی‌که افراد در زندگی زناشویی در خیلی مواقع دارای مشکلات عدیده‌ای هستند که باعث اختلال در سلامت روانشناختی آن‌ها می‌شود که این امر به نوبه خود بر رضایت از زندگی آن‌ها اثر منفی بر جای می‌گذارد. برای کمک به این افراد یک سری خصوصیات باید مادران دارای کودک معلول جسمی و ذهنی داشته باشند که باعث بالا بردن مقاومت آن‌ها می‌شود یکی از این عوامل تاب‌آوری در خانواده و زندگی می‌باشد. عامل اصلی تاب‌آوری خانواده، نظام باورها است که در مرکز عملکرد خانواده قرار دارد. طبق نظر والش، فرد تجارب خود را از طریق پیوند آن‌ها با دنیای اجتماعی، فرهنگ، اعتقادات مذهبی، امید و آرزوهای آینده معنادار می‌سازد. باور، مانند عینکی است که انسان از طریق آن دنیا را مشاهده می‌کند؛ از سوی دیگر باورها مشخص می‌کند که انسان کیست، چگونه تجاربش را درک می‌کند و

چگونه واقعیت را تعریف می‌کند. به‌طورکلی نظام باورها شامل ارزش‌ها، اعتقادات، نگرش‌ها و تمایلات انسان است که به یکدیگر می‌پیوندند و موجب پاسخ‌های عاطفی و تصمیمات آگاهانه می‌شوند، در حقیقت باورهای فرد راهنمای عمل او قرار می‌گیرند (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰). بنابراین با بالا بردن سطح تاب‌آوری می‌توان بین رضایت زناشویی و سلامت روان افراد را تعدیل کرد. اما علت ناهمخوان بودن این پژوهش با پژوهش هایی پیشین شاید به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوتی باشد که در پژوهش‌ها استفاده می‌شود و دلیل دیگر به خاطر بافت فرهنگی که بین این آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های پژوهش‌های قبلی بود.

محدودیت‌های این پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند، در حالی که استفاده از نمونه‌گیری تصادفی می‌توانست به اعتبار بیشتر یافته‌ها کمک نماید. همچنین، انجام پژوهش در یک جامعه خاص (شهرستان مسجدسلیمان) و بر روی گروهی خاص (مادران دارای کودک با معلولیت جسمی و ذهنی) موجب می‌شود که نتایج با احتیاط به سایر جوامع تعمیم داده شود. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به استفاده صرف از ابزار خودسنجی اشاره کرد؛ به‌کارگیری روش‌های مکمل مانند مصاحبه می‌توانست به ارزیابی دقیق‌تر متغیرهای مورد بررسی بینجامد. بر اساس این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی بر روی پدران کودکان معلول نیز صورت گیرد تا امکان مقایسه و بررسی کامل‌تری فراهم گردد. از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی دولتی و خصوصی توجه بیشتری به سلامت روان و تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول داشته باشند. همچنین، نتایج این پژوهش می‌تواند برای مدارس و مراکز آموزشی مرتبط با این خانواده‌ها مفید باشد. در نهایت، توصیه می‌شود مشاوران و درمانگران در مراکز مشاوره تلاش بیشتری در جهت تقویت تاب‌آوری مراجعان خود داشته باشند تا به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک شود.

منابع

آذرنیوشان بهزاد، به پژوه احمد، غباری بناب باقر. (۱۳۹۱). اثر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات‌رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دوره ابتدایی . *فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۲*(۲)، ۱۶-۵.

آزادی، سارا، و آزاد، حسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *مجله علمی-پژوهشی طب جانباز*، ۳(۱۲)، ۸۸-۷۵.

افروز، غلامعلی. (۱۳۷۷). *مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان عقب‌مانده ذهنی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

برغندان، محمد، عنایتی، علی، و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی همسران کارمندان مرد اقماری. *ساخته‌های نو در روانشناسی*، ۲(۷)، ۱۰۷-۹۵.

بیات، محمدرضا. (۱۳۸۶). *مقایسه مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین کودکان عادی* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.

جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، ۳۱(۴)، ۳۵۰-۳۴۵.

حفاظی طرقبه میترا، فیروزآبادی علی، حق‌شناس حسن. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین اجزا عشق و رضایتمندی زوجی . مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۶(۵۴)، ۱۰۹-۹۹.

خاقانی‌زاده، مرتضی، سیرتی، مسعود، عبدی، فتانه، و کاویانی، حسین. (۱۳۸۵). بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. *اصول بهداشت روانی*، ۳۱، ۱۴۱-۱۴۸.

روحانی، عباس، و ابوطالبی، حمیرا. (۱۳۸۸). رابطه رضایت زناشویی و شادکامی با نوع اشتغال. *تازه‌ای روانشناسی صنعتی*، ۱(۱)، ۳۶-۲۴.

سلیمانیان، علی. (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم .

سیف نراقی، محمد، و نادری، عباس. (۱۳۷۹). *روان‌شناسی کودکان عقب‌مانده ذهنی و روش‌های آموزش آن‌ها*. تهران: انتشارات سمت.

شاهی، عبدالستار، غفاری، ابراهیم، و قاسمی فلاورجانی، خلیل. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایتمندی زناشویی زوجین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۵* (۲)، ۱۲۶-۱۱۹.

شفیع‌آبادی، عبدالله، سودانی، منصور، و شیربیم، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *اندیشه و رفتار، ۸*، ۴۸-۶۱.

صالحی فدردی، جواد. (۱۳۷۳). *اثر تعدد نقش‌ها و رضایت آن را در اعتمادبه‌نفس و استرس در معلمان زن*. پایان‌نامه چاپ‌نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۵). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات ارسباران.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*، پایان نامهٔ دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی .

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد*. رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.

مرادی، صنوبر. (۱۳۸۹). *مقایسه تاب‌آوری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۶). *سلامت روان*. تهران: انتشارات قومس.

نوریان نجف‌آبادی، محمد، و جهانگیر، نرجس. (۱۳۹۱). رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون). *جامعه‌شناسی تاریخی*، ۲ (۲)، ۴۹-۴۳.

هاشمی، لادن، و جوکار، بهرام. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۸(۱۳)، ۱۴۲-۱۲۳.

Alferi, S. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., & Duran, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low–income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 41-46.

Allison, M. G. (2007). Identifying the types of student and teacher behaviors associated with teacher stress. *Teaching and Teacher Education, 23*, 624-640.

Baxter, C., Cummin, R. A., & Utilities, L. (2000). Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25*(2), 105-118.

Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24* (4), 385 -396.

Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(2), 46-49.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.

Coombs, R. (2009). Marital status and personal wellbeing: A literature review. *Family Relations, 40*, 97-102.

Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children: Psychological wellness and primary prevention. *American Journal of Community Psychology, 16*(4), 891-607.

Curtis, A. (2000). *Health psychology*. New York: Routledge.

Dolores Serrano-Parra, M., Garrido-Abejar, M., Notaro-Pacheco, B., Bartolome-Gutierrez, R., Soleranez, M., & Martinez-Vizcaino, V. (2013). Validity of the Connor-Davidson Resilience Scale (10 items) in a population of elderly. *Enfermería Clínica, 23*(1), 14-21.

Downey, L. A., Johnston, P. J., Hasen, K., Birney, J., & Stough, C. (2011). Investigating the mediating effects of coping on problem and self-efficacy behaviours in women. *Australian Journal of Psychology, 62*, 20-29.

Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science, 6*(4), 132-137.

Forlin, C. (2011). Inclusion: Identifying potential stressors for regular class teachers. *Educational Research, 43*, 235-245.

Garmezy, N., & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cumming, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspective on stress and coping.*

Godfrey, J. R. (2009). Toward optimal health: The experts discuss therapeutic humor. *Journal of Women's Health, 13*, 474-479.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 131-145.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.

Olson, D.H. and Fowers, B.J., 1989. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 65-79.

Shobana, M., & Saravanan, C. (2014). Comparative study on attitudes and psychological problems of mothers towards their children with developmental disability. *East Asian Archives of Psychiatry, 24*, 16-22.

Siebret, A. (2007). How to develop resiliency strengths. Available at: http://www.resiliencycenter.com

Singh, K., & Yu, X. (2010). Psychometric evaluation of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a sample of Indian students. *Journal of Psychology, 1*(1), 23-30.

Souri, H., & Hasanirad, T. (2011), Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-being in Students of Medicine. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30*, 1541-1544.