

مقایسه سبکهای مقابله ایی و تاب آوری مادران کودکان معلول جسمی و حرکتی با مادران کودکان عقب مانده ذهنی تحت پوشش طرح HBC

حسین حساوی^{۱*}، طاهره رضانیا^۲، خدیجه زواری^۳

HHASAVI@YAHOO.COM

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبکهای مقابله ای و تاب آوری مادران کودکان معلول جسمی حرکتی با مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر خانواده نویدمهر اهواز می باشد. آزمودنی های این پژوهش شامل دو گروه از مادران کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۵ سال به تعداد ۲۰ نفر (۱۰ مادر کودک مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و ۱۰ مادر دارای کودک با معلولیت ذهنی) بودند. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و نیز مادران کودکان عقب مانده ذهنی همگی به مدت ۱۶ ماه از خدمات طرح توانبخشی مبتنی بر خانواده برخوردار گردیده و از مراقب مرکز بصورت یکسان بهره برده بودند و تحت آموزش خاص توانبخشی زیر نظر سوپروایزر و فیزیوتراپ قرار داشتند. در طول دوره مراقبتی هر کدام از خانواده تحت آموزش سبکهای مقابله ایی و تاب آوری و دوره های مشاوره طبق برنامه روانشناس مرکز قرار داشتند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه سبک حل مسئله و تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، استفاده شد. نتایج پژوهش نشان می دهد تفاوت معناداری بین تاب آوری دو گروه از مادران در موارد بحرانی وجود داشت. و بین استفاده از سبکهای مقابله با بحران در دو گروه مادران تفاوت معنا دار کمی وجود دارد بطوری که مادران کودکان ذهنی بیشتر از واکنش مسئله مدار و مادران کودکان معلول جسمی حرکتی بیشتر از واکنش هیجان مدار واجتنابی استفاده می کنند. همچنین، ارتباط معناداری بین شیوه مقابله مسئله مدار با تاب آوری بدست آمد، بدین معنی که با افزایش مقابله مسئله مدار، تاب آوری افزایش می یابد. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی از میزان تاب آوری کمتری برخوردار هستند و در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی به منظور مقابله با استرس ها، بیشتر از واکنش هیجان مدار واجتنابی استفاده می کنند. با توجه به یافته های پژوهش مشاهده می شود خانواده های دارای کودک معلول جسمی و حرکتی تحت فشار روانی بیشتری نسبت به خانواده های کودکان عقب مانده ذهنی می باشند. همچنین به نظر می رسد بینش خانواده نسبت به علل معلولیت می تواند در نحوه تاب آوری و نیز برخورد مقابله ایی خانواده ها موثر باشد.

واژگان کلیدی: سبکهای مقابله ایی، تاب آوری، معلول جسمی و حرکتی، معلول ذهنی، طرح HBC.

^۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی مسئول فنی مرکز نویدمهر اهواز، دانشگاه شهید چمران، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه

^۲. کارشناس علوم تربیتی ساکن اهواز، کیانیارس خیابان اسفندشرقی مجتمع پلاک ۴۰

^۳. کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد روانشناسی عمومی سوپروایزر مرکز نویدمهر اهواز، مرکز جامع توان بخشی نویدمهر اهواز

مقدمه:

در عصر حاضر مشکل بیماری ها و معلولیت ها از جمله عقب ماندگی ذهنی و معلولیت های جسمی و حرکتی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است. خانواده های بسیاری به دلیل داشتن چنین فرزندان بار عاطفی سنگینی را بر دوش میکشند. آگاه شدن از وجود هر گونه مشکل، تأخیر رشدی یا متفاوت بودن کودک ضربه های بسیار سخت به والدین وارد میکند. والدین زمانی که متوجه ناتوانی فرزندشان میشوند با هیجانات شدیدی رو به رو میگردند. مادران معمولاً به خاطر نقش ویژه شان در تولد و مراقبت از یک کودک معلول فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران تجربه میکنند. پدرها معمولاً به اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمیسازند، در حالی که مادران طیف گستردهای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند. {۱}

قبول معلولیت و عقب ماندگی کودک، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه برای مراقبت از او، سرخوردگی آرزوها و امیدها و تعدیلی که والدین باید در انتظارات خود برای آینده کودک ایجاد کنند، تحمل صحبت های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن موضوع، خدشه دار شدن رابطه کودک و والدین در اثر جدایی از افراد همسال، مشکلاتی که در ارتباط با خواهر و برادر او ایجاد می گردد، مشکلات آموزشی و گاهی وابستگی دراز مدت عاطفی و اقتصادی کودک معلول، مشکلاتی هستند که والدین در نگهداری و تربیت کودک معلول با آن کم و بیش مواجهند و همگی موجب آمدن فشار و استرس روی والدین علی الخصوص مادر گشته و احتمالاً آرامش خانوادگی را بهم می زنند. از آنجا که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن، امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد تأثیر می گذارد. در این میان، سلامت مادرانی که مجبورند معمولاً در خانه به کودک خود رسیدگی کنند، بیشتر در معرض آسیب است. اعضای خانواده، به ویژه مادران، طیف شدیدی از هیجانات، در پاسخ به تشخیص عقب ماندگی ذهنی کودک نشان می دهند از قبیل: انکار ۲ شوک، غم و اندوه، احساس گناه، خجالت و شرمندگی، افسردگی ۳ و پذیرش و ترس. مدارک زیادی در دست است که نشان می دهد تولد فرزند معلول، مشابه متغیری بحران زا و فشارآفرین، اختلال رفتاری و شخصیتی والدین و به ویژه مادران را در پی دارد. {۲}

از مهمترین چالشهای طرح مبتنی بر خانواده بعنوان روشی نوین در امر توانبخشی، دسته بندی معلولیتها و نیز ارائه طرحهای توانبخشی خاص متناسب با هر معلولیت است. در این بین حجم زیادی از معلولین تحت پوشش مراکز مبتنی بر خانواده به دو دسته معلولان جسمی حرکتی و معلولان ذهنی اختصاص یافته است و به نظر می رسد که اهمیت بررسی و مقایسه این دو گروه در جهات مختلف بتواند نقش مهمی در ایجاد مدلها و الگوهای توانبخشی ویژه داشته باشد. با توجه به اینکه در بسیاری از پژوهشهای سالهای اخیر، تاب آوری و سبکهای مقابله ایی بعنوان دو فاکتور پیش بینی کننده موثر در افزایش سلامت روان افراد مشخص شده اند در پژوهش حاضر قصد داریم این دو عامل را در بین خانواده های دارای معلول جسمی و حرکتی و معلول ذهنی بررسی نمائیم.

مطالعات پیشین:

بخش اول تعاریف

معلولیت جسمی و حرکتی

معلول دارای اختلال جسمی حرکتی به فردی اطلاق می شود که در سیستم عصبی، عضلانی و اسکلتی با علل مادرزادی و یا اکتسابی دچار اختلال می باشد و مشکلات حرکتی و پوسچرال ناشی از اختلال به دنبال فقدان و یا عدم کارایی در ساختار

تشریحی اندام ها ، تنه و ستون فقرات موجب محدودیت در انجام فعالیتهای زندگی می گردد . همچنین این فرد برای تحرک نیاز به پاره ای وسایل کمکی نظیر گراچ، واکر، ویلچر داشته باشند. {۳}

آشنایی با انواع معلولیتهای جسمی حرکتی

شایع ترین بیماریها و آسیبهایی که عوارض آن به شکل معلولیتهای جسمی - حرکتی نمایان می گردد عبارتند از:

۱- فلج اطفال و فلج مغزی^۴ .

۲- اسپینا بیفیدا و دیستروفی عضلانی.

۳- آرتريت روماتوئید.

۴- سکته مغزی و ضایعات نخاعی^۵ .

۵- اختلال ام اس^۶ .

انواع فلج مغزی

همی پلژی (کاهش احساس درد در یک طرف بدن) . که در آن یک نیمه از بدن (راست یا چپ) مبتلا می شود .
دای پلژی (فلج دو طرفه) که در آن پاها بیش از دست ها مبتلاست .
کوادری پلژی (فلج دو دست و دو پا) که در آن چهار عضو (دو دست و دو پا) مبتلاست .
پاراپلژی (فلج نیمه تحتانی بدن یا فلج هر دو پا) که تنها پاها مبتلا هستند. {۴}

معلول ذهنی

معلول ذهنی به فردی گفته می شود که بهره هوشی آنها از حد نرمال پائین تر است و نمی توانند مانند دیگر کودکان از آموزش عادی برخوردار شوند و نیاز به مدارس خاص و ویژه دارند. این افراد برای ادامه زندگی نیاز به حمایت دیگران دارند. و معمولا به یکی از دلایل ذیل بوجود می آیند:

- آسیب های قبل از تولد شامل: بیماریهای عفونی مادر، مصرف دارو و سن بالای والدین، مصرف الکل و دخانیات توسط مادر، ضربه به جنین، عوامل ارثی و ژنتیک، ازدواج فامیلی.

- آسیب های حین تولد شامل: کمبود اکسیژن در حین زایمان، تنگی کانال زایمان، ضربه در حین تولد.

- آسیب های بعد از تولد شامل: بیماریهای عفونی نظیر مننژیت، تب بالا، تشنج، ضربه به سر. {۵}

عقب ماندگی ذهنی اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارتهای انطباقی مشخص می گردد. سن شروع عقب ماندگی ذهنی زیر ۱۸ سال است و منظور از مهارتهای انطباقی انجام کارهای است که در هر سن خاص به طور معمول از فرد انتظار می رود. عقب ماندگی ذهنی بر اساس میزان بهره هوشی، از خفیف تا بسیار شدید (عمیق) وجود دارد .

⁴ Infantil Paralysis @ cerebral palsy

⁵ CVA@CP .

⁶ Multiple Sclerosis

نوع	مهارت مورد انتظار	بهره هوشی
خفیف	آموزش پذیر	۷۰ - ۵۰
متوسط	تربیت پذیر بالا	۵۰ - ۳۵
شدید	تربیت پذیر پایین	۲۵ - ۲۵
عمیق	ایزوله ، نیازمند نگهداری در مؤسسه	کمتر از ۲۵

در حالی که بهره هوش طبیعی در محدوده ۹۰-۱۱۰ قرار می گیرد ، به فاصله بین ۷۱-۸۴ هوش مرزی اطلاق می شود که این افراد عقب مانده ذهنی نیستند اما از نظر پیشرفت تحصیلی موفقیت چندانی ندارند . خوشبختانه کمترین تعداد این بیماران را عقب مانده ذهنی نوع شدید و بسیار شدید که عمدتاً نیازمند نگهداری و پرستاری دائم در مؤسسات مربوطه می باشند تشکیل می دهند. {۶}

تاب آوری^۷

انسان ها در کلیه مراحل زندگی خود با فشارها و شرایط ناگوار روبه رو می شوند، که این فشارها می تواند سلامت روانی و جسمانی آنان را تهدید نماید. با وجود این انسان توانایی مقابله با این فشارها را داشته و به زندگی خود ادامه می دهد. تاب آوری نوعی فرایند مواجه شدن با شرایط پرخطر است که می تواند به انسان کمک کند تا خود را در این وضعیت دشوار حفظ نماید. تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت نگر است و به سازگاری موفقیت آمیز با وجود چالش ها و تهدیدها اشاره دارد. تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی در ترمیم خویش است. این ظرفیت انسان می تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و براساس خود اصلاح گری فکری و عملی انسان، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می گیرد . افراد تاب آور آگاهانه و هشیار عمل می کنند و می پذیرند که موانع بخشی از زندگی هر انسان است. آنها دارای منبع کنترل درونی هستند و از مهارت های حل مسئله برخوردار هستند و همچنین ارتباطات محکم اجتماعی دارند. {۷}

سبک های مقابله ایی

تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود . مقابله، نیازمند بسیج و آماده سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می شود تفاوت اساسی دارد. {۸}

تدابیر و منابع مقابله ای

تدابیر مقابله ای افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه رو شدن فرد با رویداد استرس زا به کار گرفته می شوند در حالی که منابع مقابله ای ویژگی های خود شخص هستند که قبل از وقوع استرس وجود دارند، مانند برخورداری از عزت نفس، احساس تسلط بر موقعیت، سبک های شناختی، منبع کنترل، خوداثربخشی و توانایی حل مسئله . از جمله امور مهم در این رابطه ارزیابی فرد از توانایی های خودش برای رویارویی با مسئله است. این ارزیابی ها ممکن است مطابق با واقعیت و توانایی های واقعی فرد باشد و یا مطابق با واقعیت و توانایی های او نباشد، ولی هر چه هست برداشت های فرد از توانایی ها و قابلیت هایش

⁷ Resiliency

تعیین کننده اصلی برای مقابله با دشواری‌ها می‌باشد. اگر فرد احساس ناتوانی بکند با وجود همه مهارت‌هایی که آموخته نخواهد توانست از عهده مشکل برآید. {۹}

بخش دوم: پیشینه تحقیق

میرهاشمی و نجفی در پژوهشی اثربخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس را بررسی کردند و با توجه به یافته‌های تحقیق دریافتند میزان متغییر تاب آوری و حس انسجام در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری دارند و از این نکته نتیجه گرفتند روش درمان راه حل مدار می‌تواند بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس اثربخش باشد. {۱۰}

خانم گیلک و همکاران در پژوهشی به بررسی رابطه تاب آوری و خودپنداشت با خودکارآمدی معلولان جسمی دختر با میانجیگری خلاقیت پرداختند. در این تحقیق که بصورت همبستگی انجام شد طبق نتایج بدست آمده مشخص گردید اثر غیرمستقیم تاب آوری و خودپنداشت با میانجی‌گری خلاقیت در بعد سیالی و ابتکار معنادار و اثر تاب آوری بر خودکارآمدی از طریق خلاقیت در بعد انعطاف پذیری معنادار نیست. با این مفروضات تأیید شده می‌توان نتیجه گرفت که ابعاد سیالی و ابتکار، میانجی رابطه تاب آوری و خودکارآمدی و ابعاد سیالی، ابتکار و انعطاف پذیری، میانجی رابطه خودپنداشت با خودکارآمدی هستند. {۱۱}

ربعی کناری و همکاران ۱۳۹۳، در پژوهشی به اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم پرداختند. در این طرح نیمه آموزشی مشخص گردید آموزش تاب آوری به طور معناداری بر تنش والدگری مادران دارای کودکان اوتیستیک موثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری را در تنش والدگری نشان دادند. براساس این نتایج اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مبتلا به اختلال اوتیسم مورد تایید قرار گرفت و بعنوان یک روش موثر در کاهش استرس این مادران معرفی می‌شود. {۱۲}

یعقوبی و محمدزاده در پژوهشی به مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری و هوش هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار شهر سنندج پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که دو گروه از لحاظ سبک‌های مقابله‌ای باهم تفاوت معنادار دارند. مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از سبک مقابله‌ای اجتنابی و افراد بهنجار از سبک‌های رفتاری و شناختی استفاده می‌کنند. دو گروه از لحاظ هوش هیجانی و میزان تاب آوری روان شناختی بایکدیگر تفاوت معنادار داشتند. از این یافته‌ها نتیجه‌گیری شد که مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، اغلب از سبک‌های مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کنند و هوش هیجانی و تاب آوری روان شناختی پایین تری از افراد بهنجار دارند. {۱۳}

روش‌ها

در جهت بررسی هدف تحقیق ابتدا وضعیت آماری خانواده‌های تحت پوشش مرکز نویدمهر بررسی گردیده و با توجه به حجم بالای خانواده‌های دارای معلول جسمی و حرکتی از بین خانواده‌های یاد شده بصورت تصادفی ۱۰ خانواده انتخاب شدند. با توجه به اینکه فقط ۷ معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بود با صلاحدید مسول مرکز از لیست پشت نوبت استفاده از طرح مراقبتی ۳ معلول ذهنی به مجموعه اضافه و با تکمیل ۱۰ نفر معلول ذهنی کار پژوهش آغاز گردید.

آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از مادران کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۵ سال به تعداد ۲۰ نفر (۱۰ مادر کودک مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و ۱۰ مادر دارای کودک با معلولیت ذهنی) بودند. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی

و نیز مادران کودکان عقب مانده ذهنی همگی به مدت ۱۶ ماه از خدمات طرح توانبخشی مبتنی بر خانواده برخوردار گردیده و از مراقب مرکز بصورت یکسان بهره برده بودند و تحت آموزش خاص توانبخشی زیر نظر سوپروایزر و فیزیوتراپ قرار داشتند. در طول دوره مراقبتی هر کدام از خانواده تحت آموزش سبکهای مقابله ایی و تاب آوری و دورههای مشاوره طبق برنامه روانشناس مرکز قرار داشتند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه سبک حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) و تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، استفاده شد. که در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون توسط آزمودنیها تکمیل گردید.

بحث اصلی

برای مقایسه دو گروه از جهت نمره های سبک های حل مساله و تاب آوری از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان می دهد بین دو گروه در سبک کارآمد و ناکارآمد حل مسئله و تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته های این پژوهش نشان می دهد تفاوت معناداری بین تاب آوری دو گروه از مادران در موارد بحرانی وجود داشت. و بین استفاده از سبکهای مقابله با بحران در دو گروه مادران تفاوت معنا دار کمی وجود دارد بطوری که مادران کودکان ذهنی بیشتر از واکنش مسئله مدار و مادران کودکان معلول جسمی حرکتی بیشتر از واکنش هیجان مدار واجتنابی استفاده می کنند. همچنین، ارتباط معناداری بین شیوه مقابله مسئله مدار با تاب آوری بدست آمد، بدین معنی که با افزایش مقابله مسئله مدار، تاب آوری افزایش می یابد. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی از میزان تاب آوری کمتری برخوردار هستند و در مقایسه با مادران کودکان عقب مانده ذهنی به منظور مقابله با استرس ها، بیشتر از واکنش هیجان مدار واجتنابی استفاده می کنند.

نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه سبک های حل مساله (کارآمد و ناکارآمد) بین مادران دارای کودک معلول جسمی و

حرکتی و مادران دارای معلول ذهنی

شاخص آماری	مقدار t	درجه آزادی	p
سبک کارآمد حل مسئله	۶/۳	۱۸	۰/۰۰۰
سبک ناکارآمد حل مسئله	۸/۵	۱۸	۰/۰۰۰
تاب آوری	۸/۷۱	۱۸	۰/۰۰۰

تعداد معلولان براس جنسیت

مذکر	مونث
۱۳ نفر	۷ نفر

تعداد معلولان براساس جنسیت و سن

جنسیت	مذکر	
	مونث	
سن	۶ الی ۸ سال	۸ الی ۱۲ سال
	۴	۹
	۱۳ نفر	۷ نفر
	۱۲ الی ۱۵ سال	۷

نتیجه گیری

با عنایت به به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر به نظر می رسد خانواده های دارای کودک معلول جسمی و حرکتی تحت فشار روانی بیشتری نسبت به خانواده های کودکان عقب مانده ذهنی می باشند. در مقابله با این استرس ها برخی از این خانواده ها گرفتار مشکلات متعددی می شوند و از شیوه مقابله هیجانی واجتنابی استفاده میکنند و برخی دیگر نیز آرامش و سازگاری خود را حفظ کرده، به صورت مسئله مدارانه واکنش نشان میدهند بدیهی است که رویارویی مناسب در کنترل تنیدگی های ناشی از موقعیت استرس زا به فرد کمک می کند و باعث آرامش فرد می شود. برعکس رویارویی نامناسب اثرات منفی و نامطلوبی داشته و در صورت تداوم، منجر به استرس بیشتری می شود. همچنین به نظر می رسد بینش خانواده نسبت به علل معلولیت می تواند در نحوه تاب آوری و نیز برخورد مقابله ایی خانواده ها موثر باشد .

وجود تفاوت در استفاده از شیوه های ناکارآمد حل مسئله بین مادران دو گروه، می تواند ناشی از مشکلاتی باشد که به ویژه مادران در هر یک از مراحل رشد کودک آسیب دیده با آن روبه رو هستند و با توجه به ارتباط مستقیم و مستمر با مشکلات رفتاری، جسمانی و آموزشی اینگونه کودکان که بر عزت نفس مادران تأثیر منفی می گذارد، آنها را در پذیرش واقعیت و استفاده از شیوه های کارآمد دچار مشکل میکند. افزون بر این انتظارهای فرهنگی و پذیرش برخوردهای احساسی و عاطفی از سوی زنان در رویارویی با مشکلات، توسط جامعه، می تواند از جمله عوامل محرک استفاده از شیوه های ناکارآمد حل مسئله در مادران کودکان دارای معلولیت باشد. همچنین داشتن فرزند معلول بر عقاید، باورها، افکار و احساسات والدین این کودکان تاثیر قابل ملاحظه ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخکامی، آرزوی مرگ، تکذیب و انکار، افسردگی، سرزنش خود، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می کنند و منجر به دخالت عوامل نامطلوب درونی و بیرونی همچون یأس، ناامیدی، خستگی، عوامل هیجانی منفی و سایر عوامل مزاحم محیطی می شود که همین شرایط نامطلوب باعث می شود که آنها در هنگام رویارویی با یک مسئله نتوانند کنترل شرایط را به دست گیرند و به درستی با مسئله برخورد کنند که این خود بر مهارت حل مسئله و رفتار جسورانه والدین کودک استثنایی تأثیر منفی می گذارد .

منابع

۱. رافعی، طلعت. (۱۳۸۶). اتیسم ارزیابی و درمان. تهران: دانژه..
۲. سیف نراقی، مریم ونادری، عزت الله (۱۳۸۵). روانشناسی کودکان عقب مانده ذهنی. چاپ سوم انتشارات فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۳. سایت موسسه خیریه توانبخشی معلولین شهید مدنی. Madanicharity.ir.
۴. سایت اداره بهزیستی فریمان. <http://behfariman.blogfa.com/post/64>.
۵. میلانی فر (۱۳۹۱). کودکان استثنایی.
۶. وبلاگ شناخت کودکان استثنایی. <http://excch.blogfa.com/category/1>.
۷. اعرابیان، اقدس. (۱۳۹۵). تاب آوری. فصلنامه اطلاع رسانی و پژوهشی نواندیش سبز. سال دهم شماره های ۳۷ و ۳۸. بهار و تابستان ۱۳۹۵.
۸. دافعی، مریم. ۱۳۷۶. بررسی رابطه روش های مقابله ای با ویژگی های فردی و سلامت روانی زوج های نابارور یزد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.
۹. وفایی بوربور، صدیقه، ۱۳۸۷. نقش جهت گیری دینی و مقابله های مذهبی در استرس شغلی دبیران زن شهرستان همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۰. میرهاشمی، مالک/فاطمه نجفی (۱۳۹۲). اثربخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلووزیس. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. دوره ۲۴ شماره ۳ پائیز ۹۳. صفحات ۱۷۵ تا ۱۸۱.

۱۱. گیلک . ملیحه / علی زاده، ع/باقری،ف.(۱۳۹۰).رابطه تاب آوری و خودپنداشت با خودکارآمدی معلولان جسمی دختر:نقش واسطه‌های خلاقیت. مجله روانشناسی تحولی: روان شناسان ایرانی-سال نهم /شماره ۳۵/بهار ۱۳۹۲ . ۳۰۷ تا ۳۱۵.
۱۲. ربیعی کناری،فاطمه/جدیدیان،ع/سلگی،م. اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم.مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام.دوره ۲۳ . شماره چهارم. ضمیمه شهریور ۹۴. صفحه ۹۵ تا ۱۰۵.
۱۳. یعقوبی، ابوالقاسم و سروه محمدزاده، ۱۳۹۴، سبکهای مقابله ای، تابآوری و هوش هیجانی درمبتلایان به اختلالاسترس پس از سانحه و افراد بهنجار، دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد، دانشگاه تربت حیدریه.