



Effectiveness of Native Solution-focused Therapy based on Narrations of Mothers with Mentally Retarded Children on Their Resilience

Maryam Farahani¹, Rahim Hamidipour², Hassan Heidari³

1. Ph.D. Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities Sciences, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities Sciences, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Abstract

Aim and Background: The birth of a disabled child influences a wonderful effect on parents psych especially mothers. The birth of disabled child could be let parents down and cause to be hard to cope with. Therefore, the present research aimed to study of effectiveness of native solution-focused therapy based on narrations of mothers with mentally retarded children on their resilience.

Methods and Materials: The research method of this paper was semi-experimental with pretest, posttest, and control group design. The research population include all mothers who has disable child and were referred to Welfare Organization of Arak in the first 3-month of 2019 year. The research sample includes 40 mothers who were selected randomly among research population (each group 20 subjects). To gather the data Conner and Davidson's questionnaire was used. The experimental group received solution-focused therapy intervention and the subjects of control group were in waitlist. Analyzing the data carried out by Repeated Measure ANOVA.

Findings: The results showed that native solution-focused therapy intervention has been effective on resiliency of mothers with disabled children ($p < .05$).

Conclusions: According to the findings, it seems to intervention of native solution-focused therapy based on narrations of mothers with disabled children on increasing of their resilience has been effective. Theoretical and practical implications discussed in this research.

Keywords: Solution-focused, native solution-focused, resilience, mothers, disabled children.

Citation: Farahani M, Hamidi Poor R, Heidari H. Effectiveness of Native Solution-focused Therapy based on Narrations of Mothers with Mentally Retarded Children on Their Resilience. Res Behav Sci 2021; 18(4): 503-509.

* Rahim Hamidipour,
Email: r.hamidipour@cfu.ac.ir

اثربخشی درمان راه حل محور بومی بر اساس روایات مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر تاب‌آوری آنان

مریم فراهانی^۱، رحیم حمیدی پور^۲ , حسن حیدری^۳

۱- دانشجوی دکترا مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

۲- نویسنده مسئول) * استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تولد یک کودک ناتوان تأثیر شگرفی در روحیه والدین و بخصوص مادران می‌گذارد. به دنیا آمدن فرزند ناتوان موجی از ناامیدی را در والدین ایجاد می‌کند که تاب‌آوری در مقابل این مشکل به‌تنهایی سخت است. ازاین‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه‌حل محور بومی بر تاب‌آوری زنان دارای فرزند ناتوان بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مراجعه‌کننده به واحد توانبخشی بهزیستی شهر اراک در سه ماه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. نمونه تحقیق شامل ۴۰ مادر دارای کودک ناتوان بودند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (۲۰ گروه کنترل و ۲۰ نفر آزمایش). برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله (راه‌حل محوری) به گروه آزمایش ارائه گردید. گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار داشتند. پس از پایان برنامه مداخله‌ای، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد پس از سه ماه نیز آزمون پیگیری به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله راه‌حل محور بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر اراک اثربخش بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده، به نظر می‌رسد درمان راه‌حل محور بومی مبتنی بر روایات مادران کودکان ناتوان ذهنی در افزایش تاب‌آوری آنان اثربخش بوده است. ملاحظات نظری و عملی بیشتر در این پژوهش مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: راه‌حل محور، درمان راه‌حل محوری بومی، تاب‌آوری، مادران، کم‌توان ذهنی.

ارجاع: فراهانی مریم، حمیدی پور رحیم، حیدری حسن. اثربخشی درمان راه‌حل محور بومی بر اساس روایات مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر تاب‌آوری آنان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۵۰۹-۵۰۳.

*- رحیم حمیدی پور

رایان نامه: r.hamidipour@cfu.ac.ir

مقدمه

خانواده اصلی‌ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان یعنی پدران و مادران آینده جامعه دارد و هیچ نهاد و مرجعی نمی‌تواند جایگزین خانواده به‌ویژه مادر شود (۱). یکی از تنش‌زاترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است (۲). وجود یک کودک ناتوان، معلولیت‌های آن، کندی رشد و امکانات ویژه‌ای که برای مراقبت جسمی و روانی این کودک لازم است و همچنین سرخوردگی رؤیاهای برادرارفته، والدین را تحت فشارهای روحی و روانی قرار داده و آرامش و تعامل آنان را برهم می‌زند (۳).

در حقیقت وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، بخصوص مادران را تهدید کرده و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (۴، ۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند وجود کودک ناتوان در کاهش عزت‌نفس (۶)، سلامت روانی (۷، ۸)، سازگاری اجتماعی (۹)، رضایت زندگی (۱۰، ۱۱) و افزایش اضطراب (۱۲) والدین تأثیر می‌گذارد.

یکی از متغیرهای مهم در ایجاد سازگاری در والدین دارای کودک ناتوان، تاب‌آوری آنان در مقابل مشکلات است. تاب‌آوری سازه‌ی تعاملی بین نظام‌های زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و زیست‌محیطی است که افراد در هنگام به چالش کشیده شدن توسط یک یا چند عامل تهدیدکننده و استرس‌زا، کمک می‌کند (۱۳). اشخاص تاب‌آور در رفتارهای ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیتهای روزانه استقبال می‌کنند، از چالش لذت می‌برند و تغییر را به‌جای ثبات ترجیح می‌دهند و مداخلات موفق در افزایش تاب‌آوری آن‌هایی هستند که عوامل خطر و تهدید را کاهش داده و عوامل محافظتی که اثر تعدیل‌کننده بر واکنش افراد در سختی‌ها و تهدیدها را دارند، افزایش می‌دهند (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین تاب‌آوری و بار مراقبتی مادران کودکان کم‌توان ذهنی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (۷، ۱۵، ۱۶).

یکی از مشکلات مادران کودکان ناتوان، انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۷). مادران کودکان ناتوان ممکن است در مقابل پیشرفت و یادگیری کند و عملکرد بسیار ضعیف فرزندشان متحمل سختی‌ها و تلاش‌های بی‌وقفه و بی‌نتیجه‌ای گردند که این تلاش‌های بی‌نتیجه ممکن است میزان تحمل و تاب‌آوری آن‌ها را پایین بیاورد و در صورت کاهش تاب‌آوری، آن‌ها ممکن

است توان مقابله با مشکلات کوچک زندگی را از دست بدهند و در مقابل هر نوع مسئله جزئی و کوچک زناشویی، خانوادگی و تربیتی، شکننده عمل کنند (۱۷). بارتون ایستاد، هید و برویک (۱۸) نشان دادند که تاب‌آوری به‌عنوان یک فرایند پویای روان‌شناختی، پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های گوناگون زندگی به‌خصوص مواقع بحرانی تحت تأثیر قرار داده و با مهار عواطف، هیجان‌ها و احساسات زمینه‌های کارکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها فراهم کرده است. تاگید و فردریکسون (۱۹) نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند.

افزایش تاب‌آوری والدین و به‌خصوص مادران، نیاز به مداخله مستقیم و کوتاه‌مدت دارد که بتواند تأثیر بلافاصله و اثربخشی داشته باشد. مداخلات باید بر روایت خود والدین و برای والدین طراحی شده باشد. درمان راه‌حل‌محور یکی از مداخلاتی است که کوتاه‌مدت بوده و بر روایت‌ها و راه‌حل‌های مؤثری که قبلاً توسط مراجعین انجام شده است تمرکز می‌کند. اصول درمان راه‌حل‌مدار عبارت‌اند از تمرکز بر راه‌حل، رویکرد همیارانه و مبتنی بر تشریک مساعی داشتن، تغییرات کوچک می‌تواند به نتایج بزرگ بیانجامد، تأکید بر فرآیند، رویکرد تلفیقی راهبردی، دارای طرح مختصر و کوتاه‌مدت بودن اما نه همیشه، پاسخ‌گویی در برابر مسائل بین فرهنگی و تنوعات فرهنگی (۲۰). این رویکرد در آموزش، سلامت و خدمات آزادی مشروط، مشاوره روابط و در این اواخر در محیط تجارت به کار گرفته شده است. با استفاده از رویکرد راه‌حل‌محور افراد می‌توانند به‌طور فعالانه‌تری آینده خود را شکل دهند (۲۱). تأکید درمان راه‌حل بر یادگیری این‌که چه چیزی برای هر فرد مؤثر است، باعث شده این رویکرد گزینه‌ای جذاب برای افرادی باشد که به‌گونه‌ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد هستند (۲۲). در ایران روایت خود مادران برای ایجاد مؤلفه‌های درمانی به کار گرفته نشده است و رویکرد بومی مطابق با فرهنگ بومی ایران شکل نگرفته است. خلأ پژوهشی، ضعف‌های روش‌شناختی و تکرار نتایج یافته‌های پیشین از عوامل اصلی برای ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر مطرح هستند. در این پژوهش رویکرد بومی راه‌حل‌محور مطابق با فرهنگ و بر اساس روایت مادران دارای کودک ناتوان برای افزایش تاب‌آوری مادران به کار گرفته شده است. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله

راه‌حل محور بومی بر اساس روایت مادران بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند ناتوان بود.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر به لحاظ هدف کاربردی پژوهش و از منظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. نمونه این مرحله از پژوهش از میان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر اراک سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ که به بهزیستی اراک مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بدین منظور پس از اطلاع‌رسانی به جامعه مذکور و آگاه‌سازی آنان از اهداف پژوهشی از متقاضیان ثبت‌نام به عمل آمد، پس از ثبت‌نام ۴۰ نفر از مادران واجد شرایط به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (۲۰ نفر گروه آزمایش، ۲۰ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: داشتن بچه دارای کم‌توانی ذهنی، ۲- حداقل و حداکثر سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال باشد، ۳- دارای بیماری‌های روانی و یا جسمانی شدید نباشند، ۴- حاضر به همکاری و شرکت در جلسه مصاحبه باشد. ۸- سایر اعضای خانواده آن‌ها نیز حاضر به همکاری و شرکت در مصاحبه باشند. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ۱- عدم شرکت در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، ۲- عدم رضایت برای شرکت در مداخله. ابزار تحقیق در ذیل مطرح شده است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۲۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. نسخه فارسی این مقیاس توسط محمدی، جزایری، جوکار و پورشهباز (۲۴) تهیه شده است. آن‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و اعتبار مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریب‌هایی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آوردند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از آماره میانگین و انحراف معیار انجام شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری را در دو گروه آزمایش و کنترل و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری مادران کودکان ناتوان

گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۵۱/۷۵	۱۷/۳۲
	پس‌آزمون	۲۰	۵۶/۶۵	۱۶/۷۸
	پیگیری	۲۰	۵۷/۵۱	۱۵/۲۳
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۰	۵۳/۶۰	۱۳/۸۸
	پس‌آزمون	۲۰	۵۳/۵۵	۱۳/۶۳
	پیگیری	۲۰	۵۳/۹۶	۱۳/۱۴

همان‌طور که در جدول ۱ مندرج است، میانگین در گروه کنترل در سه مرحله ارزیابی تفاوت چندانی ندارد، اما در گروه آزمایش تغییراتی به نظر می‌رسد.

برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری مناسب استفاده شد. با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری، همگنی واریانس‌ها و همچنین اصلاح افسیلون با استفاده از آزمون گرین هاوس گایزر برای خطی بودن روابط بین سه

مرحله ارزیابی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد.

از محتوای جدول ۲ مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار به‌دست آمده است. معنی‌دار بودن اثر گروه به معنی وجود تفاوت کلی متغیر تاب‌آوری در بین دو گروه است. اندازه اثر، اثر اصلی گروه نیز نشان می‌دهد که ۳۵

درصد تغییرات متغیر تاب‌آوری ناشی از تأثیرات عضویت گروهی است. اثر اصلی زمان معنی‌دار است، این بدین معنی است که متغیر تاب‌آوری از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است. تعامل زمان و گروه معنادار است. این بدین معنی است که تغییرات متغیر تاب‌آوری حداقل در یکی از سطوح گروه

آزمایش و کنترل در طول زمان تغییر کرده است. برای بررسی وضعیت داده‌ها و میانگین‌ها در دو گروه و در سه مرحله ارزیابی از نمودار استفاده می‌شود. نمودار ۱ وضعیت نمرات میانگین تاب‌آوری را در دو گروه و در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی تاب‌آوری

منابع تغییرات	MS	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۲۷۱۳/۸۷	۲۳/۷۸	۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰
اثر زمان	۳۰۱۷/۲۹	۱۳۳/۶۲	۱/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۱۴۰۳/۷۶	۶۱/۰۷	۲/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰



شکل ۱. نمودار تغییرات متغیر تاب‌آوری در سه مرحله ارزیابی به تفکیک دو گروه

همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله تغییر محسوس داشته است؛ اما در گروه کنترل تغییر محسوس نیست. با این حال، این تفاوت‌ها در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

بخش بزرگی از کاری است که درمانگر راه‌حل مدار انجام می‌دهد. مجموع فعالیت‌های درمانگر راه‌حل محور حول کسب راه‌حل مشکل توسط بیمار می‌چرخد که این مسئله موجب افزایش و ارتقاء توانمندی بیمار برای مقابله با مشکل در چهارچوب رفتار حل مسئله است. اهداف درمان در مسیر تغییر به گونه‌ایست که تغییر در توانمندی حل مسئله را می‌طلبد. درمان راه‌حل محور ثابت کرده است که تمرکز بر راه‌حل و حل مسئله با افزایش تاب‌آوری همراه است (۲۰).

در درمان راه‌حل محور دو نوع اهداف معمولی که مراجعین شناسایی می‌کنند، اهداف مثبت و منفی هستند. اهداف مثبت در قالب آنچه که مراجع می‌خواهد و برای او مطلوب است، بیان می‌شوند. بیشتر اهداف مثبت جزئیات رفتاری خاصی ندارند. پرسش جزئیات خاصی در مورد آنچه که مراجع در مسیر حرکت به طرف هدف انجام خواهد داد، در شناسایی جزئیات، رفتاری خاص به مراجع کمک می‌کند. هدف‌های منفی به صورت عدم حضور چیزی بیان می‌شود. مراجعین معمولاً می‌خواهند چیزی را

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله راه‌حل محور بومی بر اساس روایت‌های مادران کودکان ناتوان بر تاب‌آوری آنان بود. یافته‌ها نشان دادند که این مداخله بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک ناتوان اثربخش بوده است. از این رو، نتایج این پژوهش با نتایج یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو بوده است (۲۵-۳۰).

در تبیین این فرضیه این گونه می‌توان بیان داشت که در درمان راه‌حل مدار کمک به مراجع برای تعیین اهداف روشن و دست‌یافتنی عمده‌ترین مداخله در نوع خود است و جریان اندیشیدن درباره آینده و آنچه را مشخص می‌کند، متفاوت باشد،

بنابراین می‌توان گفت با استفاده از تکنیک درمان راه‌حل مدار که فرد هدف‌های مثبت و منفی را تعیین می‌کند می‌توان با ارتباط با محیط و اطراف ارزیابی از موقعیت را یاد بگیرد و تنظیم هیجان را به‌عنوان هدف مثبت در نظر بگیرد و هیجان پایین را به‌عنوان هدف منفی انتخاب کند، بنابراین درمان راه‌حل مدار می‌تواند بر تنظیم هیجان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر واقع شود.

مهم‌ترین چالش‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، عبارت بودند از: استفاده از پرسشنامه خود گزارشی، عدم انتخاب تصادفی و عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مادران نظیر سطح تحصیلات و سطح اقتصادی- اجتماعی آنان. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، محدودیت‌های تحقیق حاضر جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر، رفع گردد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است. بدین منظور، از اساتید راهنما و مشاور و تمام مسئولین دانشگاه که در جهت رفع محدودیت‌های این رساله قدم‌های مثبتی برداشتند، تقدیر و تشکر به عمل آورده و برایشان آرزوی توفیق دارم.

متوقف کنند یا می‌خواهند فرد دیگری چیزی را برای او متوقف کند. درمانگران در مواجهه با اهداف منفی باید به مراجعین کمک کنند اهداف را به‌گونه‌ای قالب‌بندی کنند که به مراجع احساس مسئولیت بدهد. این عمل می‌تواند به این روش انجام شود که از او سؤالاتی پرسیده شود تا بتواند انگیزه مراجع برای متوقف کردن چیزی توسط خودش یا فرد دیگری را مشخص کند (۳۱).

افرادی که در قبال چالش‌های سخت زندگی با مسئله گشایی اغلب طولانی و بلندمدت و چندگانه مقاومت داشته باشند به‌عنوان فرد تاب‌آور مشخص می‌گردند (۱۷). لذا به نظر می‌رسد تمرکز درمان راه‌حل مدار بر مسئله گشایی و حل مسئله مسیری است برای افزایش تاب‌آوری فرد؛ بنابراین می‌توان تحلیل کرد که: مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی که در شرایط سختی به سر می‌برند و به دلیل مشغله‌ی زیادی که نسبت به کودک خود دارند، توان حل مسئله و مسئله گشایی آن‌ها کاهش یافته و به‌تبع آن تاب‌آوری مادران تحت تأثیر قرار گرفته و شرایط را سخت‌تر نموده است که با اجرای درمان راه‌حل مدار می‌توان موجب افزایش تاب‌آوری در این مادران گردید.

References

1. Barnett D, Clements M, Kaplan-Estrin M, Fialka J. Building new dreams: Supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants & Young Children*. 2003;16(3):184-200.
2. Cooper CE, McLanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and Family*. 2009;71(3):558-74.
3. Keshavarzi Arshad F, Azmoodeh M. Comparison of psychological well-being in parents of exceptional children with parents of normal children and its explanation according to the 5-factor personality model. *Andisheh va Raftar*. 2009;3(12):19-28. [In Persian].
4. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*. 2017;68:168-73.
5. Li X, Lam CB, Chung KKH, Leung C. Linking parents' self-stigma to the adjustment of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2019;89(2):212.
6. Jacob J, Canchola JA, Preston P. Young adult children of parents with disabilities: Self-esteem, stigma, and overall experience. *Stigma and Health*. 2019;4(3):310.
7. Küçük EE, Alemdar DK. Life satisfaction and psychological status of mothers with disabled children: a descriptive study. *Community mental health journal*. 2018;54(1):102-6.
8. Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. *SSM-population health*. 2016;2:542-8.
9. Légaré C, Morin D, Poirier N, Nader-Grosbois N. Parental Socialization of Emotion: Differences in Mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Psychology*. 2019;10(15):2062.
10. Wang Y, Huang Z, Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of health psychology*. 2020;25(3):416-25.

11. You S, Lee Y, Kwon M. Effect of parenting stress in Korean mothers of children with disabilities on life satisfaction: Moderating effect of intrinsic religious orientation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2019;32(3):591-9.
12. Koca A, Basgul SS, Yay M. Comparison of death anxiety and state-trait anxiety levels in mothers of disabled children and non-disabled children. *Dusunen Adam*. 2019;32(1):58-64.
13. Southwick SM, Charney DS. *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
14. LaBelle B. Positive Outcomes of a Social-Emotional Learning Program to Promote Student Resiliency and Address Mental Health. *Contemporary School Psychology*. 2019:1-7.
15. Fossati M, Negri L, Fianco A, Cocchi MG, Molteni M, Delle Fave A. Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020;34(1):53-63.
16. Kaur H. A study of caregiver burden, general health and stress resiliency among the mothers of children with intellectual disability. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2016;7(12).
17. Sheykholeslami A, Mohammadi N, Seyed Esmaeili GN. Comparing the parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with intellectually disable and learning disable children. *Journal of Learning disabilities*. 2016;5(4):25-42. [In Persian].
18. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*. 2012;177(5):517-24.
19. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 2004;86(2):320-33.
20. Bakker JM, Bannink FP, Macdonald A. Solution-focused psychiatry. *The Psychiatrist*. 2010;34(7):297-300.
21. Laydon C, MacKenzie S, Jones S, Wilson-Stonestreet K. Solution-Focused Therapy for Clients Who Self-Harm. *Nursing Times*. 2008;104(9):30-1.
22. Bliss EV, Bray D. The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. *Journal of Systemic Therapies*. 2009;28(2):62-74.
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
24. Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei AH, Jokar B, Porshahbaz A. Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance abuse. *Quarterly Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2006;1(2,3):203-24. [In Persian].
25. Frels RK, Leggett ES, Larocca PS. Creativity and solution-focused counseling for a child with chronic illness. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2009;4(4):308-19.
26. Gan C. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) with individuals with brain injury and their families. *NeuroRehabilitation*. 2020:1-13. Online First.
27. Lloyd H, Dallos R. Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2006;11(3):367-86.
28. Lohuis AM, van Vuuren M, Sools A, Bohlmeijer E. Ambiguities of 'doing what works': how professionals make sense of applying solution-focused support for people with intellectual disabilities. *International journal of developmental disabilities*. 2017;63(3):170-83.
29. Smock Jordan S, Turns B. Utilizing solution-focused brief therapy with families living with autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychotherapy*. 2016;27(3):155-70.
30. Zhang W, Yan T-t, Du Y-s, Liu X-h. Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44(8):2052-6.
31. Corcoran J, Pillai V. A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*. 2009;39(2):234-42.