پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۲، ۱۳۸۸ / ۱۲۰-۱۰۳
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.9, No. 2, 103-120

روابط ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی با هوش هیجانی ادراک‌شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسهٔ آن با مادران کودکان عادی

دکتر فرزانه میکائیلی منیع*

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۱۵ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۳ پذیرش نهایی:۸۸/۱/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مطالعه یک مدل علی برای تبیین بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی بود. **روش:** گروه نمونه این مطالعه ۷۵ نفر مادر دارای کودک کم توان و ۷۵ مادر کودک عادی مدارس شهر ارومیه بود که از نظر تحصیلات و طبقه اقتصادی-اجتماعی؛ و سن، جنس و پایه تحصیلی فرزندان همتا گردیده بودند. در مدل طراحی شده هوش هیجانی ادراک شده، کنترل تفکر منفی متغیر برون‌زا(مستقل)، افسردگی متغیر میانجی و بهزیستی روان‌شناختی متغیر درون‌زا در نظر گرفته شدند. جهت سنجش متغیرهای مدل از آزمونهای افسردگی بک، هوش هیجانی ادراک شده مایر و سالووی(TMMS)، آزمون کنترل تفکر ولز و دیویس و بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. آزمونها از نظر ویژگیهای روانسنجی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج حاصل مدل اولیه اصلاح و سپس از طریق معادلات ساختاری آزمون شد. **یافته‌ها:** نتایج این بررسی نشان داد مدل پیشنهادی در گروه دارای فرزند عادی برازش مناسبی داشته و متغیرهای درون مدل بخوبی قادر به تبیین بهزیستی روان‌شناختی هستند ولی در گروه مادران کم توانان ذهنی مدل قادر نیست آن را تبیین کند. متغیری که در هر دو گروه دارای مسیر علی معنی‌دار با بهزیستی روان‌شناختی بوده و می‌توانست آن را تبیین نماید راهبردهای کنترل تفکر بود. **نتیجه‌گیری**: در گروه مادران دانش‌آموزان عادی متغیرهای هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی است اما در گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی این مدل فاقد کارآیی لازم است. براین اساس به نظر می‌رسد باید مدل دیگری برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی طراحی کرد که بر اساس پیشینه پژوهشی یکی از اجزای آن شدت کم‌توانی ذهنی کودک و طبق یافته‌های پژوهش اخیر توانایی کنترل تفکر منفی باشد.

واژه‌های کلیدی: *کم‌توانی ذهنی، کنترل تفکر منفی، هوش هیجانی ادراک شده، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی.*

مقدمه

تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالا تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به‌دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند(مانند خمیس، ۲۰۰۷). در چنین موقعیتی گرچه همهٔ اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند(هرینگ و همکاران،۲۰۰۶)، اما مادران به علّت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیتهای بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا

* استادیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه ۰۴۴۱-۳۳۶۲۰۰۸ (Email: f.michaeli.manee@gmail.com)

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (السون و هوانگ[1]،۲۰۰۱؛ مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۷). بررسیها نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر(دوماس و همکاران،۱۹۹۱)، احساس شرم و خجالت بیشتر (احمدپناه،۱۳۸۰) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری(آیزنهاور و همکاران، ۲۰۰۵) دارند.

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روان‌شناختی" مفهوم سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است(رایان و دکی ،۲۰۰۱؛کارادماس[1]،۲۰۰۷). یکی از مهم‌ترین مدلهایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چندبعدی ریف[2] و همکاران (مانند ریف و همکاران،۱۹۹۸)است. ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق تواناییهای بالقوه واقعی خود" می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی(مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه(مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون[2]،۲۰۰۱).

بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف و همکاران از شش مؤلفه تشکیل شده است: مؤلفه پذیرش خود[3] به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشتهٔ خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها، تواناییها و فعالیتهای خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشتهٔ خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسانها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیتهایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است(هوسر، اسپرینگر و پودروسکا، ۲۰۰۵).

مؤلفه خودمختاری[4] به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه، مربوط می‌شود(ریف و همکاران، ۱۹۹۸). داشتن ارتباط مثبت با دیگران، دیگر مؤلفه این مدل، به معنی داشتن رابطهٔ باکیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسانهایی مطبوع، نوع‌دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند (کی یس[5]، ۲۰۰۲).

مؤلفه هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه‌مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیتها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می‌شود. یافتن معنی برای تلاشها و چالشهای زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد (ریف و همکاران، ۱۹۹۸). تسلط بر محیط مؤلفهٔ دیگر این مدل به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. لذا فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد (کی یس، ۲۰۰۲). مؤلفه رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیوسته بازمی‌شود. فردی با این ویژگی همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش و از طریق

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

یادگیری و تجربه است(مانند ریف و کی یس،۱۹۹۵؛ لیندفورس و همکاران،۲۰۰۶).

شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی راتحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند(مانند سگرستروم و میلر[۶]، ۲۰۰۴). بر این اساس داشتن فرزند کم‌توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد (مانند بیکر و بلاچر و اولسون،۲۰۰۵؛ خمیس، ۲۰۰۷) می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان‌شناختی بینجامد. نتایج پژوهش کلینگ و سلتزر و ریف (۱۹۹۷) روی بهزیستی روان‌شناختی نشان داده است مادران دارای فرزند عادی در مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود، نسبت به مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی وضعیت بهتری دارند، اما در مؤلفه احساس داشتن هدف در زندگی، مادران گروه دوم بهتر بودند.

از مشکلاتی که در میان مادران کودکان کم‌توان ذهنی شیوع دارد، افسردگی است(مانند بلاچر[۷] و همکاران، ۱۹۹۷؛ دوماس و همکاران ،۱۹۹۱). تحقیقات نشان داده‌اند که حدود ۳۵-۳۰ درصد مادران این کودکان نمرات بالایی در آزمونهای افسردگی دریافت کرده‌اند و دارای علائم بالینی مربوط به افسردگی هستند (ویسون، ۱۹۹۹). مادران علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی، باید با مشکلات مربوط به هزینه‌های بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، احساس گناه از به‌دنیا آوردن فرزندی مشکل‌دار و نگرشهای منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می‌توانند افسردگی‌ای ایجاد کنند که ناتوان‌کننده باشد(سینگر،۲۰۰۶). اما پژوهشها نشان داده‌اند که وجود افسردگی والدین، خصوصاً مادران، کودکان کم‌توان ذهنی با متغیرهای مختلفی مانند نوع کم‌توانی ذهنی(آبدوتو و همکاران،۲۰۰۴)، داشتن منابع مالی بسنده یا سطح اقتصادی-اجتماعی متوسط و بالاتر(کلر و هونیگ،۲۰۰۴) و حمایتهای اجتماعی مناسب(بن زور[۸]، داودوانی و لوری، ۲۰۰۵) ارتباط دارد و متغیرهای فوق، می‌توانند تأثیر کم‌توانی ذهنی را تعدیل کنند. بررسیها حاکی از این بوده‌اند که افسردگی با برخی از ویژگیها و صفات شخصیتی، تعدیل می‌شود.

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که محققان معتقدند می‌تواند در بروز یا عدم بروز و کنترل افسردگی مؤثر باشند، هوش هیجانی است(مانند شوت و همکاران، ۱۹۹۸؛ کمپ و همکاران۲۰۰۶). یکی از ابعاد بسیار مهم هوش هیجانی توانایی تأمل در بارهٔ هیجانهای خود و مدیریت آنهاست(سالووی و همکاران،۲۰۰۲). افراد به صورت مستمر دربارهٔ احساسات خود از طریق نظارت، ارزشیابی و تنظیم آنها می‌اندیشند(مایر و گاشکه[۹] ،۱۹۸۸). این فرایند تجربه فراخلقی[۱۰] نامیده می‌شود. در حقیقت، این متغیر هوش هیجانی ادراک شده به معنای دانش و باورهای افراد درباره تواناییهای هوش هیجانی خودشان است. باید توجه داشت توانایی فوق ظرفیت و توانایی واقعی فرد در زمینهٔ هوش هیجانی نیست، بلکه باورها و تصورات وی دربارهٔ آن است. چنین باورهایی تفکرات هشیارانه فرد درخصوص پاسخهای هیجانی خود هستند (اکسترمرا و فرناندز-بروکال[۱۱] ، ۲۰۰۵). برای سنجش تجربه فراخلقی مقیاس صفت فراخلقی[۱۲] (TMMS)تدوین شده است که هوش هیجانی ادراک شده و دانش افراد دربارهٔ تواناییهای هیجانی خود را می‌سنجد (سالووی و همکاران،۱۹۹۵). مقیاس مورد بحث دارای سه مؤلفه توجه(توانایی ادراک شده فرد از میزان توجهی است که به حالات خلقی و هیجانی خود اختصاص می‌دهد)، وضوح[۱۳](توانایی ادراک‌شدهٔ فرد برای تمیز گذاردن میان احساسات مربوط به هیجانها و خلق یا درک هیجانی) و بازسازی[۱۴] (توانایی ادراک شده فرد برای تنظیم و بهبود هیجانها و خلق) است (قوم، کورسرودالسکی، ۲۰۰۵).

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

اکسترمرا و فرناندز-بروکال (۲۰۰۵) در پژوهشی روی رابطه هوش هیجانی ادرک شده با سلامتی اجتماعی، روانی و جسمی نتیجه گرفتند که اجزای مختلف هوش هیجانی از یک سو با مشکلاتی مانند افسردگی و اضطراب، و از سوی دیگر با کارکرد اجتماعی بسنده، سرزندگی و ادراک مثبت از سلامت عمومی رابطه داشتند. افرادی که در مؤلفه‌های وضوح و بازسازی هیجانی بهتر بودند، اضطراب و افسردگی کمتری تجربه می‌کردند و از نظر سلامت روانی، خود را بهتر درجه‌بندی می‌کردند. در مقابل، کسانی که در مؤلفه توجه، نمرهٔ بیشتری می‌گرفتند، افسردگی و اضطراب بیشتری احساس می‌کردند. در کل، نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که نمرات بالا در مؤلفه‌های وضوح و بازسازی با رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، کارکرد مطلوب در روابط بین فردی(اکسترمرا و فرناندز-بروکال،۲۰۰۵)؛ مهارتهای مؤثر و سازگارانه مقابله با استرس و اضطراب پایین(باستین، برنز ونتل بک ،۲۰۰۵)؛ خودتاییدی، تفسیر مثبت رویدادها (قوم و کلور ،۲۰۰۰) و همدلی (فیتنس و کرتیس،۲۰۰۵) رابطه مثبت و با اختلالهای شخصیت (لیبل و اسنل،۲۰۰۴به نقل از اکسترمرا و فرناندز بروکال،۲۰۰۵)، اضطراب اجتماعی و نشانگان بیماری جسمی(سالووی و همکاران،۲۰۰۲) ارتباط منفی دارند. در مقابل سطح بالای توجه رابطه مستقیم با استرس دارد، توجه و درگیری فکری بیش از حد، با هیجانها می‌تواند موجب نشخوار فکری شود و احساس اسارت و محاصره شدن بین رویدادهای نامطلوب و منفی را به فرد، القا کند(قوم و همکاران، ۲۰۰۵).

متغیر دیگری که ارتباط آن با افسردگی در پژوهش‌های جدید مشخص شده، راهبردهای کنترل تفکر است. افکار پریشان‌کنندهٔ مزاحم که می‌توانند تکانه‌ها، تصورات و افکار ناخواسته و ناخوشایندی شکل دهند، تجربیاتی همه‌گیر و معمول هستند. انسانها از راهبردهای مختلفی برای کنترل یا مقاومت در برابر چنین افکاری استفاده می‌کنند و برخی از این راهبردها با تنشهای عاطفی رابطه دارند(مور و آبرموویتز،۲۰۰۷).

ولز و دیویس ،۱۹۹۴ (به نقل از مور و آبرموویتز،۲۰۰۷)، پنج راهبرد کنترل تفکر را براساس مطالعات خود معرفی کردند که عبارت‌اند از: راهبرد حواس پرتی یا پرت کردن حواس[15] (تغییرتعمدی توجه از فکر ناراحت‌کننده به فکری دیگر)، نگرانی[16](تمرکز بر فکر ناراحت‌کننده و در جا زدن روی آن)، راهبردهای اجتماعی[17]صحبت کردن درباره فکر با دیگران)، خود تنبیهی[18] (خشم گرفتن بر خود به‌خاطر اندیشیدن به موضوع ناراحت‌کننده) و ارزیابی مجدد[19] تفکر(تحلیل معنای تفکر مزاحم) هستند. بهره‌گیری از دو راهبرد نگرانی و خودتنبیهی با امکان ابتلا به آسیبها و مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، نشانگان اختلالهای وسواسی-اجباری، اختلال استرس پس از ضربه و تنیدگی و کندی بهبودی افسردگی اساسی، ارتباط مثبت دارند (رینولدز و ولز،۱۹۹۹؛ روسیس و ولز[20]،۲۰۰۶). در همین راستا، پژوهش‌های مک کی و گریسبرگ (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی راهبردهای نابسنده‌ای هستند که نمی‌توانند موجب کنترل و کاهش افکار ناخواسته شوند و برعکس، افزایش آنها را موجب می‌شوند.

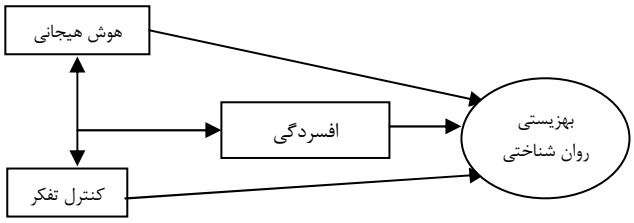
در مقابل، راهبردهای اجتماعی و حواس‌پرتی دارای ماهیت سازگارانه هستند و می‌توانند افکار ناخواسته را کاهش دهند. حواس پرتی با کاهش افکار و خیال‌پردازیهای پرخاشگرانه و احساس خشم، رابطهٔ مثبت دارد. راهبردهای اجتماعی نیز می‌توانند به کاهش نگرانی کمک کنند(ناگتیگال و همکاران، ۲۰۰۶). در بین راهبردهای فوق ارزیابی مجدد، ماهیتی مبهم دارد و اثر واقعی آن بر کنترل تفکر کاملاً مشخص نیست. برخی پژوهشها رابطه‌ای مثبت و برخی رابطه‌ای منفی بین این راهبرد و آسیب شناسی روانی نشان داده‌اند. ولز و دیویس(۱۹۹۴ به نقل از ناگتیگال و همکاران،۲۰۰۶) معتقدند وقتی ارزیابی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

مجدد انعطاف‌پذیر و دوره‌ای باشد بیشتر امکان دارد مؤثر باشد و به کاهش افکار ناخواسته بینجامد، ولی اگر به‌صورتی غیرمنعطف و تکرارشونده مورد استفاده قرار گیرد، ممکن است تبدیل به راهبردی کژکارکرد و آسیب‌زا شود.

مجموع پژوهشهای فوق این سؤال را پیش می‌آورد که آیا متغیرهای هوش هیجانی، کنترل تفکر منفی و افسردگی که هر یک با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارند و می‌توانند در بروز، کاهش یا افزایش آن مؤثر واقع شوند، در درون مدل مفهومی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و گروه همتای آنها تبیین کنند؟ با این هدف مدلی مفهومی‌طراحی شد که در آن هوش هیجانی ادراک شده و کنترل تفکر منفی متغیر برون‌زا(مستقل)، افسردگی متغیر میانجی و بهزیستی روان‌شناختی به‌مثابهٔ متغیر درون‌زا(وابسته)در نظر گرفته شدند. پس از بررسی ویژگیهای آزمونها مدل اصلی تغییراتی کرد که در بخش آزمون مدل و نتایج، خواهد آمد.



نمودار ۱- مدل اولیه نظری تبیین افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

روش

جامعه، نمونه و شیوهٔ نمونه‌گیری

مادران کودکان کم‌توان ذهنی پایه‌های اول تا پنجم دوره ابتدایی شهر ارومیه جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. از این گروه به‌صورت تصادفی ۷۵ نفر انتخاب شدند. با توجه به جمعیت بیشتر پسران کم‌توان ذهنی ۵۰ نفر مادر دارای فرزند پسر و ۲۵ نفر مادر دارای فرزند دختر انتخاب شدند(نمونه گیری سهمی) . کودکان این مادران از لحاظ هوشی در سطح کم توان آموزش پذیر و تربیت پذیر تشخیص داده شده بودند و در مدرسه استثنایی، تحصیل می‌کردند. ۷۵ نفر از مادران کودکان عادی که از لحاظ تحصیلات و طبقهٔ اقتصادی-اجتماعی؛ و سن، جنس و پایه تحصیلی دانش‌آموزان با گروه پیشین همتا شده بودند به عنوان گروه مقایسه (گواه)انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای همتاسازی سن، دانش‌آموزان عادی از همان طیف سنی گروه استثنایی انتخاب شدند. مقایسهٔ میانگین سنی دو گروه از طریق آزمون t نشان داد که تفاوتی بین دو گروه از لحاظ متغیر فوق، وجود ندارد. برای همتا کردن وضعیت اقتصادی-اجتماعی، درآمد ماهیانه ملاک عمل قرار گرفت. در این متغیر نیز میانگین درآمد ماهانه گروه‌ها تفاوت معنی دار با یکدیگر نداشتند. در خصوص همتاسازی جنس و پایه هنگام انتخاب نمونه تعداد دو جنس و دانش‌آموزان پایه‌های مختلف مساوی تعیین شدند.

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

۱-پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف(۱۹۸۹) ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (هوسر و همکاران،۲۰۰۵). این مقیاس شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، ضمن اینکه مجموع نمرات این شش عامل به‌صورت نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. برای تحقیق حاضر پرسشنامه روی ۱۰۰ نفر آزمودنی زن اجرا شد که ضریب همسانی درونی(آلفای کرونباخ) برای هر یک از عوامل خودمختاری۸۱. ، تسلط بر محیط۷۹. ، رشد شخصی۷۵. ، ارتباط مثبت با دیگران۸۸. ، هدفمندی در زندگی۷۷. و پذیرش خود۸۲. بود. ضمن اینکه روایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق در پژوهشهای مختلف تأیید شده است (یحیی‌زاده، ۱۳۸۴). این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

حاضر، برای اطمینان از اینکه همه عوامل این مقیاس روی یک عامل بار می‌گیرند، عوامل با بهره‌گیری از تحلیل عاملی ثانویه بررسی شدند. داده‌های حاصل در جدول زیر آورده شده است:

جدول۱- بارهای عاملی ابزار بهزیستی روان‌شناختی

مؤلفه	عامل۱
خودمختاری	.۶۸
تسلط بر محیط	.۷۹
رشد شخصی	.۸۰
ارتباط با دیگران	.۷۶
هدفمندی در زندگی	.۷۷
پذیرش خود	.۷۳

نتایج نشان می‌دهند که همهٔ مؤلفه‌ها روی یک عامل بار گرفته و هر شش مؤلفه اجزای یک متغیر هستند.

۲-آزمون هوش هیجانی ادراک‌شده یا مقیاس فراخلقی مایر و سالووی: آزمون صفت خلقی (TMMS) که توسط سالووی و همکاران(۱۹۹۵) تدوین شده است استفاده شد. این مقیاس از ۳۰ سؤال تشکیل شده است که همانطور که گفته شد سه مؤلفه توجه، وضوح و بازسازی را می‌سنجد. آزمودنی پاسخ خود را روی دامنه‌ای از نمرات یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) مشخص می‌کند. ۱۳ سؤال توجه، ۱۱ سوال وضوح و ۶ سوال بازسازی اختصاص دارد. از دیدگاه مایر و سالووی(۱۹۹۵) با عنایت به این که TMMS فقط بعدی از هوش هیجانی را می‌سنجد نباید از ترکیب نمره اجزای آن نمره کل حساب کرد. به عبارت دیگر مجموع نمرات به دست آمده از این آزمون ضریب هوش هیجانی فرد نیست.

مایر و سالووی(۱۹۹۵) برای مولفه‌های توجه، وضوح و بازسازی به ترتیب ضریب پایایی ۰/۸۶، ۰/۸۸. و ۰/۸۲ را بدست آوردند. قربانی و همکاران (۲۰۰۲) نیز در نمونه‌ای ایرانی ضرایب ۰/۶۲ ، ۰/۶۵ و ۰/۷۳ را کسب نمودند. غنایی (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضرایب ۰/۷۷، ۰/۵۷ و ۰/۷۶ را اعلام کرده است. پژوهش‌های فوق و پژوهشهای دیگر(مانند اکسترمرا و فرناندز-بروکال، ۲۰۰۵) روایی این ابزار را تأیید کرده‌اند. در پژوهش حاضر این مقیاس تحلیل عامل شد. در بررسیهای پیشین، سؤالها روی سه عامل و سه عامل نیز(در تحلیل عاملی ثانویه یا تحلیل عاملی سطح بالاتر) روی یک عامل کلی بار می‌گرفتند. در پژوهش حاضر دو مؤلفه وضوح و بازسازی روی یک عامل و توجه روی یک عامل دیگر، بار می‌گیرد. با توجه به اینکه در برخی از منابع پژوهشی پیشین نیز(مانند اکسترمرا و فرناندز-بروکال ،۲۰۰۵) مشخص شده است که دو مؤلفه وضوح و بازسازی، دارای کارکرد و پیامد مثبت و مؤلفه منفی دارای کارکرد و پیامد منفی هستند، در این پژوهش نیز آنها به دو گروه راهکار مثبت هوش هیجانی و راهکار منفی هوش هیجانی تقسیم‌بندی شدند. در جدول زیر نتایج تحلیل عاملی ثانویه ارائه شده است:

جدول ۲- بارهای عاملی ابزار سنجش هوش هیجانی

مؤلفه	عامل	
	۱	۲
وضوح	.۷۵	.۲۹
بازسازی	.۸۷	-.۴۱
توجه	.۱۰	.۹۷

۳-توانایی کنترل تفکر منفی: این آزمون را ولز و دیویس(۱۹۹۴به نقل از روسیس ولز،۲۰۰۶)ساخته و دارای ۳۰ ماده است. پرسشنامه فوق ۵ خرده‌مقیاس دارد که تفاوتهای فردی در کنترل افکار مزاحم را می‌سنجند. راهبردهای کنترل تفکر حواس‌پرتی، نگرانی، راهبردهای اجتماعی، خودتنبیهی و ارزیابی مجدد تفکرهستند(مور و آبراموویتز،۲۰۰۷). در مطالعه ولز و دیویس (۱۹۹۴به نقل از روسیس و ولز،۲۰۰۶) آلفای کرونباخ برای عامل حواس پرتی برابر۰/۷۲، نگرانی ۰/۷۱، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی مجدد ۰/۷۸ بود. به این علّت که هیچ اطلاعی در خصوص ویژگیهای روان‌سنجی در نمونه ایرانی در دسترس نبود، در پژوهش حاضر، پرسشنامه روی ۱۰۰ نفر آزمودنی زن، اجرا شد. از ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی برای مطالعه ویژگیهای

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

روان‌سنجی استفاده شد. نتایج آزمون کرویت بارتلت (۱۲۳۱/۲؛ P<۰/۰۰۰۱) و KMO نشان داد که انجام تحلیل عاملی بر روی داده‌ها قابل توجیه است. مشابه نتایج بررسی مک کی و گریسبرگ (۲۰۰۲) نتایج به‌دست آمده از تحلیل عاملی با چرخش واریماکس روی دو عامل بار گرفتند(خرده‌عاملهای حواس پرتی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد روی عامل نخست و نگرانی و تنبیه روی عامل دوّم). نتایج در جدول زیر آمده است:

جدول ۳- ضرایب ماتریس ساختار عاملی با چرخش واریماکس

خرده عاملها	عامل۱	عامل۲
تنبیه	-۰/۰۸	۰/۷۷
نگرانی	-۰/۱۲	۰/۸۶
ارزیابی مجدد	۰/۸۳	۰/۱۰
راهبردهای اجتماعی	۰/۷۸	۰/۲۱
حواس پرتی	۰/۹۰	۰/۰۴

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، راهبردهای مثبت کنترل تفکر روی عامل یک و راهبردهای منفی روی عامل دو بار گرفته‌اند. بر اساس پیشنهاد مور و آبراموویتز(۲۰۰۷) راهبردهای عامل یک راهبردهای مثبت یا کارکردی[۲۱] و راهبردهای عامل دو راهبردهای منفی یا بدکارکرد[۲۲] نامیده شدند. این موضوع موجب تغییر مدل مفهومی‌شد که در بخش آزمون مدل کنترل تفکر منفی به دو بخش تقسیم شده است.

۴-آزمون افسردگی بک: این سیاهه دارای ۲۱ گویه است که نشانگان افسردگی را در برمی‌گیرد. هر گویه دارای ۴ جمله است که پاسخ‌دهنده باید جمله‌ای را که با وضعیت فعلی وی مناسب‌تر است، انتخاب کند. این آزمون برای اندازه‌گیری افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار، مناسب است. سیاهه بک ۲۱ جنبه از افسردگی را می‌سنجد که همگی نشانگان افسردگی را تشکیل می‌دهند (فرخی و همکاران،۱۳۸۵). در سالهای اخیر، پژوهشگران بسیاری تلاش کرده‌اند تا ساختار عاملی بک را مورد بررسی قرار دهند. در این راستا پژوهشهای مختلف، نتایج متفاوتی در برداشته‌اند؛ برای مثال، دانکل[۲۳] و فروملیچ و هرینگ(۲۰۰۲) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که آزمون مورد بحث، فقط یک عامل را سنجیده و دارای ساختار یک عاملی است. در مقابل، یافته‌های پژوهش استیر، بارور و (۱۹۹۹) و استورچ[۲۴] و همکاران (۲۰۰۱) نشان‌دهنده ساختار دو عاملی سیاهه افسردگی بک بوده است. در مدل دوعاملی سنجهٔ دو مؤلفهٔ روان‌شناختی یا شناختی (مانند خلق) و مؤلفه جسمی-هیجانی را می‌سنجد. مؤلفه شناختی هشت ماده و مؤلفه جسمی- هیجانی ۱۳ ماده را دربرمی‌گیرد. بین مؤلفه‌ها همبستگی برابر ۰/۵۷ کسب شده است (استورچ ،روبوتی و روث ،۲۰۰۲). در پژوهش حاضر، نتایج به‌دست آمده از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس مورد بررسی قرار گرفت که مدل دو عاملی به‌دست آمد. با این تفاوت که ده ماده زیر عامل شناختی و یازده ماده زیر عامل جسمی بار گرفتند. در جدول زیر بارهای عاملی مربوط به آن ارائه شده است:

جدول ۴- ضرایب ماتریس ساختار عاملی با چرخش واریماکس

ردیف	ماده‌ها	عامل شناختی	عامل جسمی
۱	بدبینی	۰/۸۱	۰/۱۲
۲	شکستهای گذشته	۰/۷۹	-۰/۱۴
۳	انتقاد از خود	۰/۷۴	۰/۲۱
۴	افکار خودکشی	۰/۷۰	۰/۱۹
۵	احساس بی ارزشی	۰/۶۷	-۰/۲۶
۶	بیزاری از خود	۰/۶۵	-۰/۲۴
۷	احساس گناه	۰/۶۴	۰/۲۲
۸	تنبیه خود	۰/۶۳	-۰/۲۰
۹	بی تصمیمی	۰/۶۲	۰/۲۵
۱۰	دشواری در تمرکز	۰/۵۶	-۰/۲۸
۱۱	غمگینی	۰/۱۲	۰/۹۱
۱۲	تغییر اشتها	۰/۱۶	۰/۸۸
۱۳	تغییر الگوهای خواب	-۰/۲۲	۰/۸۵
۱۴	کمبود و کاهش انرژی	-۰/۳۱	۰/۸۰
۱۵	فقدان لذت	-۰/۲۷	۰/۷۶
۱۶	احساس خستگی	۰/۰۹	۰/۷۳
۱۷	گریستن	۰-/۲۷	۰/۷۰
۱۸	کاهش‌تمایلاتجنسی	۰/۰۷	۰/۶۸
۱۹	تحریک پذیری	-۰/۱۰	۰/۶۶
۲۰	کاهش علائق	۰/۰۵	۰/۶۵
۲۱	زودرنجی	-۰/۱۴	۰/۶۴

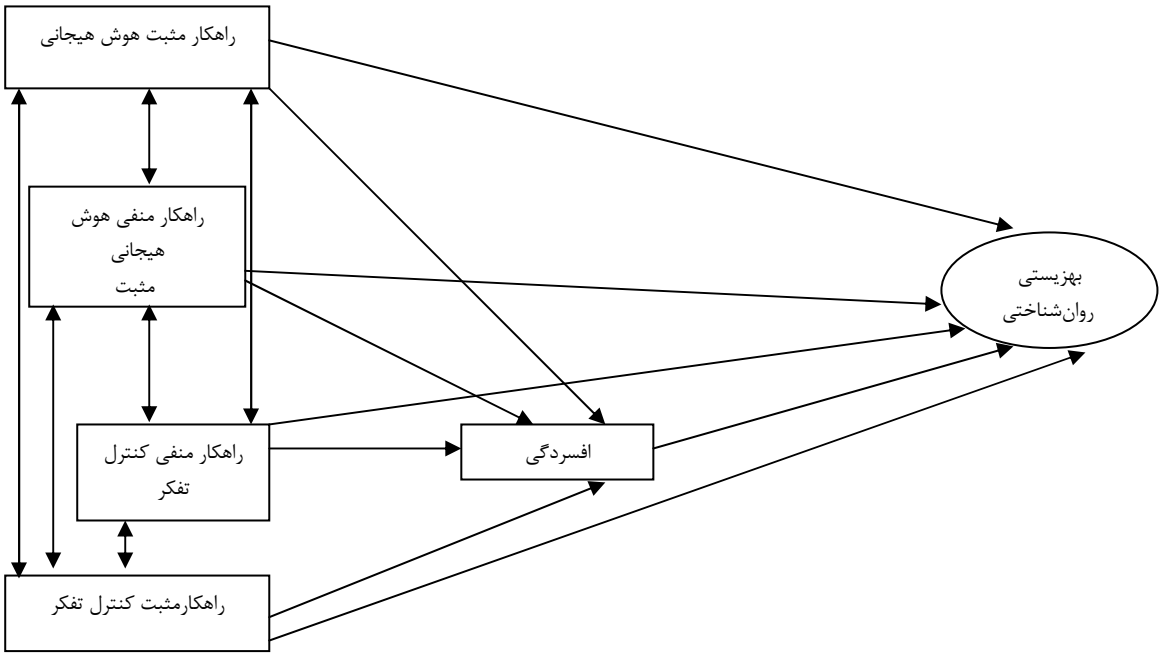
روشهای آماری

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از آزمون t

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

گروههای مستقل و روش معادلات ساختاری استفاده شد. متغیرهای هوش هیجانی، راهبردهای کنترل تفکر منفی و مثبت به‌عنوان متغیر برون‌زا(معادل متغیر مستقل در پژوهشهای آزمایشی)، متغیر بهزیستی روان‌شناختی متغیر میانجی و افسردگی متغیر درون‌زا (معادل متغیر وابسته در پژوهشهای آزمایشی) در نظر گرفته شدند. در مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی برای ارزیابی نیکویی برازش مدل، آماره‌هایی به وسیلهٔ نرم‌افزار این روش یعنی لیزرل عرضه می‌شود. آزمونهای نیکویی برازش تناسب مدل نظری پیشنهادی را با داده‌های به‌دست آمده مقایسه کرده‌اند و نشان می‌دهند که آیا مدل آزمون شده باید پذیرفته یا رد شود. لیزرل؛ ۱۵ آزمون نیکویی برازش عرضه می‌کند که از دید برخی متخصصان، بررسی حداقل سه آزمون ضروری است(جاکارد و چوی، ۱۹۹۶). در این پژوهش شاخصهای مجذور خی، شاخص نیکویی برازش [۲۵](GFI)، شاخص نیکویی برازش تطبیقی [۲۶](AGFI)، شاخص برازش تطبیقی [۲۷](CFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب [۲۸](RMSEA) بررسی می‌شوند. در الگویابی معادلات ساختاری، مجذور خی نشان می‌دهد که ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. اعداد کوچک‌تر مجذور خی نشان‌دهندهٔ برازش مناسب مدل آزمون‌شده است. در برخی منابع، پیشنهاد شده است برای پذیرش مدل نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی باید کمتر از ۳ باشد (کلاین، ۱۹۹۸). GFI شاخص تطابق کوواریانس مشاهده‌شده با کوواریانس مدل نظری است. عدد این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر قدر عدد به‌دست آمده به یک نزدیک‌تر باشد، مدل مناسب‌تر و برازنده‌تر است. AGFI شاخصی شبیه GFI است که در آن به جای مجموع مجذورات، از میانگین مجذورات استفاده می‌شود. این شاخص نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد. AGFI مناسب مقداری است که به یک نزدیک‌تر باشد. CFI به مثابهٔ شاخص برازش تطبیقی بنتلر[۲۹]نیز شناخته می‌شود، این شاخص ماتریس کوواریانس پیش‌بینی شده با مدل را با کوواریانس مدل صفر (مدل تئوریکی) مقایسه می‌کند. این شاخص نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد و اندازهٔ نزدیک یک حاکی از برازش مناسب است. RMSEA برابر یا کمتر از ۰/۰۵مقدار مناسبی به شمار می‌رود (گارسون[۳۰]،۲۰۰۴). با توجه به نتایج به‌دست آمده برای ابزارها، مدل مفهومی پژوهش به شکل زیر تغییر کرد و مورد آزمون قرار گرفت:



نمودار ۲- مدل مفهومی تجدید نظر شده پژوهش براساس یافته‌های مربوط به ابزارها

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

یافته‌ها

در این بخش نخست اطلاعات توصیفی و نتایج مربوط به مقایسه تفاوت گروهها ارائه می‌شوند:

جدول ۵- اطلاعات توصیفی و نتایج آزمون t گروههای مستقل روی مؤلفه‌های مدل در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

مؤلفه‌ها	خرده مؤلفه‌ها	مادران کودکان کم‌توان ذهنی		مادران کودکان عادی		t	معناداری
		M	SD	M	SD		
راهکارمثبت هوش هیجانی	وضوح	۳۳/۳۴	۶/۳۹	۳۶/۷۸	۵/۶۸	۲/۵۹	۰/۰۱
	بازسازی	۲۱/۱۲	۵/۰۶	۲۴/۱۰	۵/۳۲	-۳/۵۲	۰/۰۰۱
راهکار منفی هوش هیجانی	توجه	۳۷/۵۷	۸/۱۷	۴۱/۹۳	۷/۲۲	-۳/۴۶	۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	۴۸/۸۹	۹/۳۸	۵۷/۲۶	۹/۷۹	۵/۳۴	۰/۰۰۱
	خودمختاری	۵۴/۳۶	۸/۲۵	۵۸/۴۸	۷	۲/۴۳	۰/۰۱
	ارتباط مثبت با دیگران	۵۶/۶۹	۱۱/۳۱	۵۸/۹۷	۸/۸۹	۱/۳۷	۰/۱۵
	هدفمندی در زندگی	۵۸/۲۵	۸/۸۱	۶۲/۳۲	۷/۱۲	۳/۱۴	۰/۰۰۱
	تسلط بر محیط	۵۵/۳۶	۸/۳۷	۶۲/۹	۷/۵۹	۵/۷۹	۰/۰۰۲
	رشد شخصی	۶۰/۷۴	۹/۰۶	۶۰/۰۸	۱۲/۰۷	۱/۱۷	۰/۶۶
کنترل تفکر (راهکار منفی)	تنبیه خود	۱۳/۳۶	۳/۵۹	۱۰/۷۸	۳/۳۶	۲/۷۶	۰/۰۱
	نگرانی	۱۲/۸۲	۳/۵۶	۱۱/۲۵	۲/۷۸	۳	۰/۰۳
کنترل تفکر (راهکار مثبت)	ارزیابی مجدد	۱۵/۲۵	۲/۰۴	۱۵/۸۶	۲/۹۱	-۰/۸۴	۰/۴۰
	راهبردهای اجتماعی	۱۳/۷۷	۳/۰۲	۱۵/۳۶	۲/۸۵	-۳/۳	۰/۰۰۱
	حواس پرتی	۱۳/۲۴	۳/۷۳	۱۶/۵۰	۳/۰۹	-۴/۰۵	۰/۰۰۱
افسردگی	شناختی	۱۳/۳۲	۴/۳۴	۷/۰۳	۱/۲۱	-۴/۶۵	۰/۰۰۱
	جسمی	۱۱/۷۸	۳/۶۷	۶/۸۱	۱/۰۹	۶/۵۴	۰/۰۰۱
	افسردگی کلی	۲۵/۰۲	۴/۰۲	۱۴/۲۳	۲/۲۱	۴/۶۱	۰/۰۰۱

نتایج مقایسه متغیرهای درون مدل نشان‌دهندهٔ وجود تفاوت معنی‌دار بین بیشتر متغیرهاست. در متغیر افسردگی، یافته‌های به‌دست آمده نشان می‌دهند بین سطح افسردگی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در سطح متوسط تا شدید قرار دارد ولی میانگین افسردگی گروه دارای فرزند عادی، در سطح خفیف و متوسط است. در متغیر راهبردهای منفی کنترل تفکر و راهکار منفی هوش هیجانی، گروه مادران کم توان نمرات بالاتری دریافت داشته‌اند در حالی که در راهبردهای اجتماعی و حواس پرتی که از شیوه‌های مثبت کنترل تفکر به شمار می‌روند و راهبردهای مثبت هوش هیجانی و مؤلفه‌های پذیرش خود، خودمختاری، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان عادی، بر دیگر گروه برتری معنی‌داری داشتند. در دیگر مؤلفه‌ها، تفاوت معنی‌دار نبود.

در مرحله اول نتایج تحلیل عاملی تاییدی(مدل اندازه‌گیری معادلات ساختاری) که برای تعیین بسندگی سنجه‌ها به‌کار برده شده، در دو گروه آمده است:

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

جدول ۶ – مدل اندازه‌گیری متغیرهای نهفته برون‌زا و درون‌زا و شاخصهای آن در مادران کودکان عادی و کم توان

متغیر	مؤلفه	خرده مؤلفه	وضعیت فرزند	بارعاملی
هوش هیجانی	راهکارمثبت هوش هیجانی	وضوح	عادی	**۰/۷۶
			کم توان	**۰/۶۹
		بازسازی	عادی	**۰/۶۵
			کم توان	**۰/۷۵
	راهکار منفی هوش	توجه	عادی	**۰/۸۷
			کم توان	**۰/۷۷
بهزیستی روان‌شناختی	هیجانی بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	عادی	**۰/۷۷
			کم توان	**۰/۸۷
		خودمختاری	عادی	**۰/۷۶
			کم توان	**۰/۹۱
		ارتباط مثبت با دیگران	عادی	**۰/۶۵
			کم توان	**۰/۷۵
		هدفمندی در زندگی	عادی	**۰/۸۸
			کم توان	**۰/۷۸
		تسلط بر محیط	عادی	**۰/۷۲
			کم توان	**۰/۷۹
		رشد شخصی	عادی	**۰/۹۰
			کم توان	**۰/۸۲
راهبردهای کنترل تفکر منفی	کنترل تفکر (کنترل تفکر منفی)	تنبیه خود	عادی	**۰/۶۸
			کم توان	**۰/۶۹
		نگرانی	فرزند عادی	**۰/۷۴
			کم توان	**۰/۶۴
	کنترل تفکر (کنترل تفکر مثبت)	ارزیابی مجدد	عادی	*۰/۶۲
			کم توان	**۰/۷۹
		راهبردهای اجتماعی	عادی	**۰/۷۸
			کم توان	**۰/۸۶
		حواس پرتی	عادی	**۰/۷۳
			کم توان	**۰/۸۸
افسردگی	افسردگی	شناختی	عادی	**.۷۰
			کم توان	**.۷۶
		جسمی-هیجانی	عادی	**.۶۱
			کم توان	**.۸۲

*P<۰/۰۱ **P< ۰/۰۵

نتایج حاصل از آزمون مدل اندازه‌گیری در گروه مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی نشان دهنده معنی‌داری بارهای عاملی است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت ابزارهای به‌کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای مورد نظر در گروه مذکور، مناسب بوده‌اند. بر این اساس می‌توان نتایج به‌دست آمده از آزمون مدل را ارائه داد. آماره‌های برازش هر دو گروه، در جدول ۷ ارائه شده است:

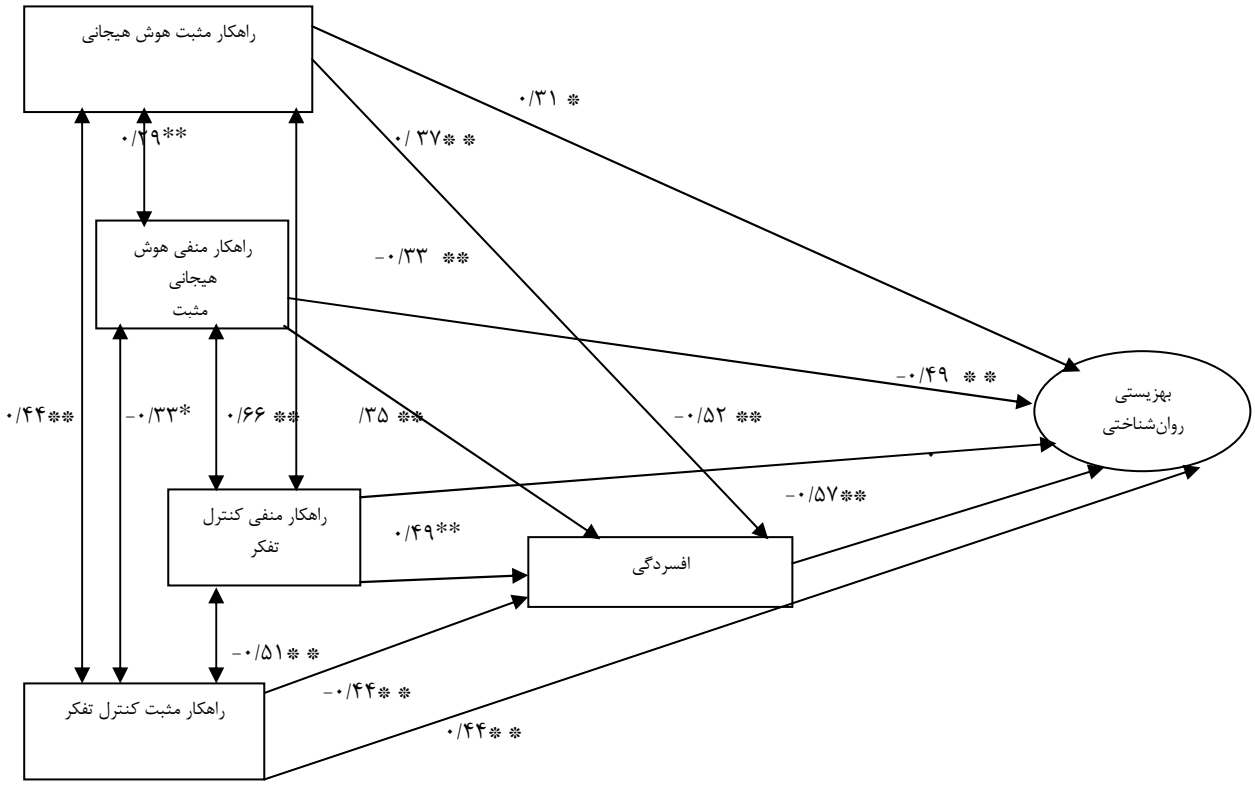
جدول۷- آماره‌های برازش مدل در گروه مادران دارای کودکان عادی و کم‌توان ذهنی

آماره برازش	برآورد	
	مادران عادی	مادران کم‌توان‌ذهنی
درجه آزادی مدل	۱۲۵	۱۲۵
مجذور خی	۴۱/۲۹	۱۶۲/۱۸
سطح معنی داری مجذور خی	۰/۶۴۱	۰/۰۴
GFI	۰/۹۵	۰/۴۶
AGFI	۰/۹۲	۰/۴۰
CFI	۰/۹۳	۰/۳۵
RMSEA	۰/۰۴	۰/۴۰

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

آماره‌های برازش مدل مادران گروه عادی نشان‌دهندهٔ مناسب بودن مدل است. با توجه به اینکه نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی کمتر از ۳ است و مجذور خی معنی‌دار نیست و می‌توان گفت داده‌های به‌دست آمده با مدل فرضی مطابقت دارند و از این رو مدل پیشنهادی تبیین‌کننده مناسبی برای بهزیستی روان‌شناختی در این گروه است. شاخص GFI و AGFIو CFI به ترتیب برابر ۰/۹۴،۰/۹۰ و ۰/۹۲هستند که چون نزدیک عدد یک هستند مقادیری بسنده به شمار می‌روند. RMSEA نیز برابر ۰/۰۵ است که مقدار مناسبی است.در مقابل، یافته‌های مربوط به آزمون مدل و آماره‌های برازش به‌دست آمده در گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، نشان می‌دهند که هیچ یک از آماره‌ها مناسب نیستند و مدل پیشنهادی، در این گروه مدل تبیینی مناسبی به شمار نمی‌رود؛ به‌عبارتی داده‌های به‌دست آمده منطبق با مدل نظری نیست و مؤلفه‌های درون مدل قادر نیستند به صورت مناسب و معنی داری افسردگی را پیش بینی و توجیه کنند. در این بخش نخست مدل ساختاری گروه مادران عادی و سپس مدل مادران کم‌توان ذهنی ارائه می‌شود:



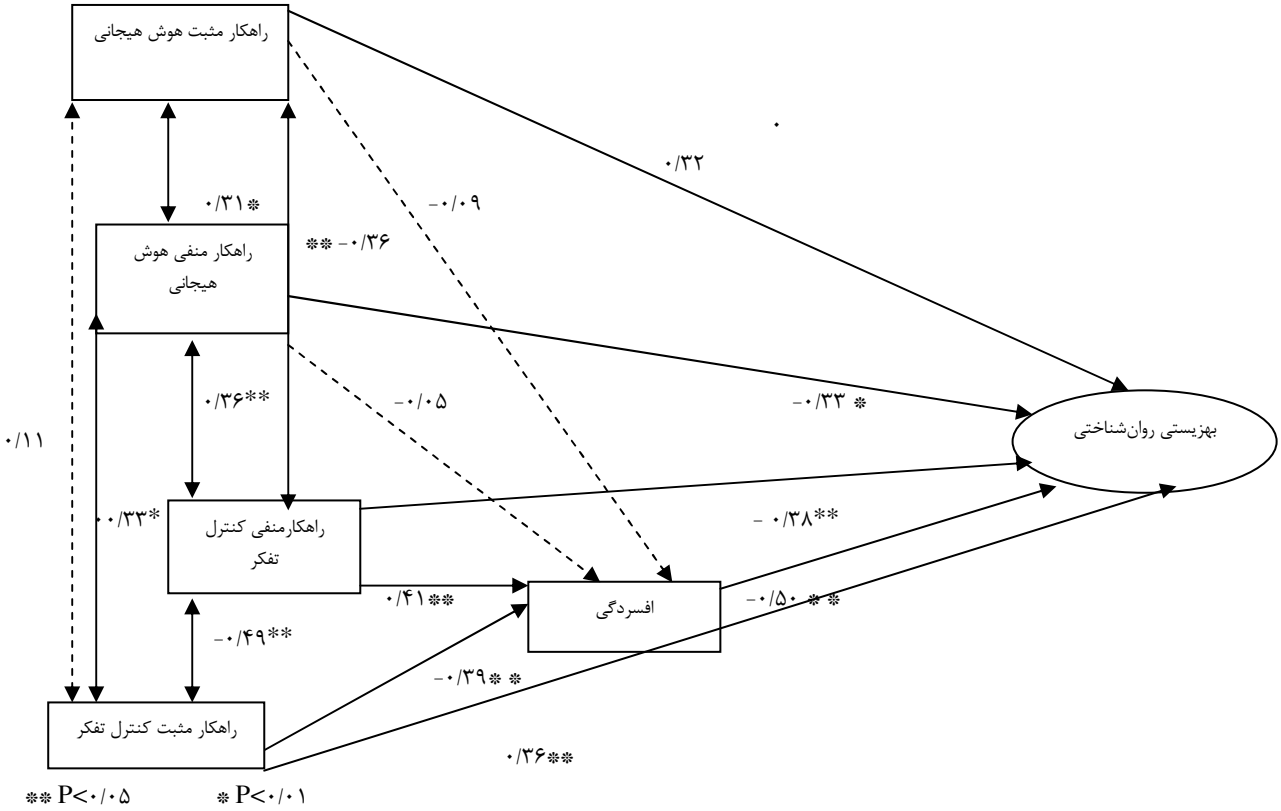
نمودار ۳- مدل ساختاری تأثیر هوش هیجانی ادراک شده، راهبردهای کنترل تفکر مثبت و منفی و بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی در مادران دارای فرزند عادی

همان‌گونه که نتایج مربوط به آزمون مدل نشان می‌دهند ضرایب مسیر بین همهٔ متغیرهای برون‌زا و درون‌زا، معنی‌دار است. مسیر مستقیم بین افسردگی به بهزیستی روان‌شناختی(t=۱۴/۴۹ و B=-۰/۵۷) بالاترین ضریب را به خود اختصاص داده است؛ بر این اساس می‌توان ادعا کرد که افسردگی با کاهش یا پایین بودن سطح ویژگیهای مثبتی که در قالب بهزیستی روان‌شناختی مفهوم سازی شده‌اند، همراه خواهد بود. پس از آن راهکار منفی کنترل تفکر و افسردگی(t=۱۱/۵۴ و B=۰/۴۹) ، به این معنی که فرد هر قدر بیشتر از روش تنبیه خود و نگرانی بهره گیرد، افسردگی بیشتری احساس خواهد کرد. سپس

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

متغیرهای راهکار منفی هوش هیجانی به بهزیستی روان‌شناختی(t=۱۱/۰۷ و B=-۰/۴۹)، راهکار مثبت کنترل تفکر به افسردگی(t=۹/۶۹ و B= -۰/۴۴)، راهکار مثبت هوش هیجانی به افسردگی(t=۸/۰۷ و B= -۰/۳۳) و راهکار مثبت هوش هیجانی به بهزیستی روان‌شناختی (t=۹/۱۷ و B= -۰/۴۳) به ترتیب، بزرگ‌ترین آثار مستقیم را دارند.

همان‌گونه که در مدل پیشنهادی مشاهده می‌شود، علاوه بر اثر مستقیم برخی متغیرها به شکل غیرمستقیم یا از طریق اثرگذاری بر دیگر متغیرها نیز بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر واقع شده‌اند؛ بنابراین لازم است اثر کلی متغیرهای برون‌زا(مستقل) برآورد شود. نتایج حاصل حاکی از این هستند که در بین آثار کلی اثر کلی راهکار ناکارآمد(منفی) کنترل تفکر منفی برابر ۰/۷۷- است که رقم قبل توجهی به شمار می‌رود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که استفاده مکرر از این شیوه‌ها با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه خواهد بود. پس از آن به ترتیب راهبرد منفی هوش هیجانی با اثر کلی ۰/۵۸-، راهبردهای مثبت کنترل تفکر ۰/۷۰ و راهبرد مثبت هوش هیجانی ۰/۴۹ قدرت بیشتری داشتند. نتایج مربوط به آزمون مدل مادران کم‌توان ذهنی ارائه شده است:



نمودار۴- مدل ساختاری تأثیر هوش هیجانی ادراک شده، راهبردهای کنترل تفکر مثبت و منفی و بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

بررسی ارتباط متغیرهای برون‌زا نشان می‌دهد به جز رابطه بین راهکار مثبت و منفی هوش هیجانی به افسردگی سایر مسیرها معنی‌دارند. مسیرهای بین راهکار منفی کنترل تفکر به افسردگی(t=۹/۱۷ و B= ۰/۴۳)، افسردگی به بهزیستی روان‌شناختی (t=۱۰/۳۲ و B= -۰/۵۰) و راهبرد مثبت کنترل تفکر به افسردگی (t=۶/۹۲ و B= -۰/۳۹) دارای اثر مستقیم و معنی‌دارند. بررسی تأثیرات کلی نشان‌دهنده این است که در این گروه اثر کلی کنترل تفکر مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۵۵ است که نیرومندتر از سایر آثار است. پس از آن به ترتیب اثر کلی راهکار منفی کنترل تفکر با مقدار ۰/۳۰۵-،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

راهکار مثبت هوش هیجانی(۰/۲۷۵)و راهکار منفی کنترل تفکر اثر قدرتمندتری بر بهزیستی روان‌شناختی داشته‌اند. بر اساس نتایج آزمون مدل در این گروه، به‌نظر می‌رسد متغیر هوش هیجانی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز یا جلوگیری از افسردگی نداشته باشد.

برای مقایسه مدلها، آماره‌های برازش هر یک از نمونه‌ها با هم مقایسه شده و گروهی که مدل آن دارای برآوردهای بهتری است به مثابهٔ نمونه‌ای که داده‌های آن متناسب با داده‌های مدل مفهومی‌است، انتخاب می‌شود. در این مقایسه نخست مدلهای اندازه‌گیری بررسی می‌شود سپس مدل ساختاری مورد مقایسه قرار می‌گیرد (گارسون،۲۰۰۴). بررسی نتایج مربوط به مدل اندازه‌گیری و برآوردهای مربوط به آن در متغیّرهای درون‌زا و برون‌زا نشان‌دهندهٔ نزدیکی مقادیر به دست آمده برای هردوگروه است و همهٔ مقادیر در سطح $P<۰/۰۱$ معنی دار هستند، لذا می‌توان گفت مدل اندازه‌گیری در دو گروه معنی‌دار هستند و آزمونها شاخصهای مناسبی برای اندازه‌گیری متغیّرها بوده‌اند. در حقیقت تحلیل عاملی تأییدی، مویّد برازندگی آزمونهای کاربردی برای مدل است. با توجّه به مساوی بودن درجات آزادی مدل برای گروهها مجذور خی می‌تواند بنیاد مقایسه نمونه‌ها قرار گیرد، بر این اساس کمترین مجذور خی نشان‌دهندهٔ مناسب‌ترین مدل است (گارسون،۲۰۰۴، جورسکاگ و سوربوم[۳۱] ۱۹۹۳). مقایسه مجذور خی و سایر آماره‌های برازش نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی آزمون‌شده برای مادران عادی برازش مناسبی دارد، درحالی که برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی مدل مناسبی به شمار نمی‌رود. لذا مدل در گروه نخست تأیید و در گروه دوم، رد می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

آزمون مدل پژوهش نشان داد که مدل پیشنهادی در گروه مادران دارای فرزند عادی برازش مناسب‌تری دارد و اجزای آن می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی و تبیین کنند، در حالی که مدل در مادران کودکان کم‌توان ذهنی فاقد برازش بود و همهٔ اجزای آن، نمی‌توانند این مشکل را تبیین کنند. شاید بتوان نتیجه گرفت در گروه مادران کم‌توان ذهنی که میانگین افسردگی آنها در سطح متوسط تا شدید قرار دارد (گنجی،۱۳۸۴) و از نظر میانگین بهزیستی روان‌شناختی کلی و مؤلفه‌های آن، در سطح پایین‌تری نسبت به مادران عادی هستند، عواملی وجود دارند که مهم‌تر از متغیرهای پیشنهادی مدل هستند. در همین راستا، پژوهشها نشان داده‌اند متغیرهایی مانند شدت مشکلات و اختلالات رفتاری کودک (بیکر و همکاران،۲۰۰۵)، سازگاری در ازدواج و رضایت از آن(بلاچر و همکاران،۱۹۹۷)، کارکرد مناسب خانواده و حضور هر دو والد در خانواده(السون و هوانگ،۲۰۰۱)، عدم اشتغال و بیکاری مادر(آیزنهاور و بلاچر،۲۰۰۶) متغیرهای پیش‌بینی کننده مهم معناداری به شمار می‌روند که می‌توانند در بروز افسردگی و بالطبع کاهش احساس سلامت در مادران گروه مورد بحث، مؤثر باشند. در مقابل، در گروه مادران عادی متغیرهای روان‌شناختی پیشنهادی که در پژوهشهای مختلف نقش آنها در احساس بهزیستی و بروز افسردگی مشخص شده بود، در کنار هم و در قالب یک مدل علی نیز تبیین‌کننده و معنی‌دار نشان دادند. به‌عبارتی متغیرهای کنترل تفکر منفی، هوش هیجانی ادراک شده و افسردگی در گروه مادران عادی که سطح آن در حد خفیف تا متوسط است، تبیین‌کننده‌های مناسب و روایی برای بهزیستی روان‌شناختی به‌شمار می‌روند. در تبیین این امر شاید بتوان گفت نبود متغیر تنش‌زای پایدار و تغییرناپذیر، مانند کم‌توانی ذهنی فرزند، برای مادران این گروه، موجب می‌شود متغیرهایی که در پژوهشهای دیگر در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مفید بوده‌اند درون یک مدل علی نیز برای گروه اخیر معنی‌دار باشند.

بررسی و مقایسه تک تک مؤلفه‌های مدل در هر دو

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

گروه نشان می‌دهد در متغیر افسردگی میانگین مادران کودکان کم‌توان ذهنی به شکل معنی‌داری بالاتر از گروه مادران کودکان عادی است. این یافته هماهنگ با یافته‌های پژوهشهای متعددی مانند پژوهش‌های خمیس(۲۰۰۷)، السون و هوانگ(۲۰۰۱)و دوماس(۱۹۹۸) است. همسو با تبیینهای نظریه شناختی در توجیه این نتیجه می‌توان گفت رخدادهایی که با خودپنداره فرد رابطه دارند و مداوم و تهدید کننده هستند می‌توانند افسردگی ایجاد کنند، داشتن فرزند کم‌توان ذهنی از عواملی است که می‌تواند عزت نفس و احساس خودبسندگی را کاهش دهد و در فرد ایجاد نومیدی و درماندگی کند که در نهایت به افسردگی در سطوح مختلف می‌انجامد(آیزنهاور و بلاچر،۲۰۰۶).

بررسی متغیرهای برون‌زای مدل مشخص می‌کند که از میان این متغیرها، راهبردهای منفی کنترل تفکر، بزرگ‌ترین اثر را بر افسردگی هم در مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی دارند؛ یعنی افرادی که برای کنترل فکر خود، بیشتر از راهبردهایی مانند نگرانی و تنبیه خود، بهره گیرند به احتمال بیشتری علائم افسردگی را از خود نشان خواهند داد. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهشهای رینولدز و ولز(۱۹۹۹) و روسیس و ولز(۲۰۰۶) است که دریافتند استفاده از دو راهبرد فوق با افسردگی رابطه مثبت و با بهبودی از آن رابطه منفی دارد. مور و آبرامو‌ویتز(۲۰۰۷) در تبیین این رابطه، از مدل شناختی بک کمک می‌گیرند. از این منظر، انتظار می‌رود که استفاده از راهبردهای خاص کنترل تفکر با باورهای فرد در خصوص معنی و اهمیت افکار ناراحت کننده، مرتبط است. بر این اساس بهره گیری از راهبردهایی مانند نگرانی و تنبیه خود به باور تهدیدکننده، مهم و معنی‌دار بودن افکار مزاحم بازمی‌شود. هر قدر موضوع تفکر مزاحم، مهم‌تر باشد آزار دهنده‌تر است و در نتیجه فرد تلاش بیشتری برای کنترل آن خواهد کرد. با توجه به میانگین بالاتر مادران کودکان کم‌توان ذهنی در راهبردهای منفی کنترل تفکر و افسردگی، احتمالاً می‌توان نتیجه گرفت که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به صورت موقعیتی پایدار و تغییرناپذیر، موجب افکار مزاحم و ناراحت کننده‌ای می‌شود که اگر فرد از راهبردهای منفی برای کنترل آنها بهره گیرد، افسردگی را به‌دنبال خواهد داشت. رجوع به پژوهشهای پیشین نشان می‌دهد که در این مادران احساس گناه نسبت به کم‌توانی ذهنی فرزند وجود دارد که می‌تواند باعث شود فرد بیشتر از راهبردهای منفی یا ناکارآمد کنترل تفکر بهره جوید (سینگر،۲۰۰۶).

دومین متغیر مهم معنی‌دار در مدل پیشنهادی برای هر دو گروه بهزیستی روان‌شناختی است. طبق نتیجه به‌دست آمده متغیر فوق دارای رابطه منفی با احساس افسردگی است. این یافته مطابق با مدلهای روان‌شناسی مثبت بهزیستی روان‌شناختی است که مدعی هستند وجود مشکلات روانی و تنشهای پایدار می‌توانند تواناییهای فرد را که موجب کارکرد مثبت می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهند و در مجموع موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی او شوند. یافته اخیر با نتایج پژوهشهای کلینگ و همکاران(۱۹۹۷) و کامپتون (۲۰۰۱) همسوست. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مادران کودکان عادی در مقایسه با مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مؤلفه‌های پذیرش خود، خودمختاری، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط، وضعیت بهتری دارند. در همین راستا، نتایج پژوهش کلینگ و همکاران(۱۹۹۷) نیز حاکی از این بود که در مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود مادران کودکان عادی نسبت به مادران، دارای فرزند کم‌توان ذهنی بهتر بودند. نکته قابل توجه در خصوص بهزیستی روان‌شناختی در هر دو گروه تأثیر معنی‌دار راهبرد منفی کنترل تفکر بر آن است. این یافته بیان‌کنندهٔ تأثیر معنی‌دار متغیرهای شناختی بر احساس سلامت و بهزیستی است که در بررسیهای متعدد تأیید شده

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

است(مانند کلینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ سگرستروم و میلر،۲۰۰۴). از نظر بک نیز در اختلالات هیجانی اولین مؤلفه حضور افکار منفی خودکار است که در صورت عدم کنترل مناسب می‌تواند به کاهش بهزیستی و افسردگی منجر شود (به نقل از صادقی،۱۳۸۰).

راهکارهای مثبت و منفی متغیر برون‌زای هوش هیجانی ادراک شده فقط در گروه مادران دارای فرزند عادی تأثیر معنی‌داری بر افسردگی دارد. در این راستا نتایج نشان می‌دهند استفاده از راهبرد منفی توجه با افسردگی رابطهٔ مثبت و در مقابل بهره‌گیری از راهبردهای مثبت با افسردگی همبستگی منفی دارند. یافته اخیر هماهنگ با یافته‌های پژوهشهای اکسترمرا و فرناندز-بروکال (۲۰۰۵)، باستین و همکاران(۲۰۰۵) و قوم و همکاران(۲۰۰۵) است که نشان داده‌اند راهبرد توجه با افسردگی و اختلالات مختلف جسمی و روانی رابطه دارد، زیرا موجب اشتغال فکری بیش از حد با تنیدگی می‌شود و احساس اسارت و محاصره شدن بین رویدادهای نامطلوب و منفی را به فرد القاء می‌کند که نتیجه آن افسردگی و مشکلات روان‌شناختی است(قوم و همکاران،۲۰۰۵). نکته قابل توجه این است که هوش هیجانی ادراک شده در هر دوگروه بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر منفی دارد به این شکل که کاربرد راهبرد مثبت با بالا بودن سطح بهزیستی و استفاده از راهبرد منفی با سطح پایین بهزیستی همراه است. نتایج پژوهشهای مربوط به رابطه هوش هیجانی ادراک‌شده و احساس سلامت و بهزیستی روان‌شناختی نشان داده‌اند توانایی تمیز گذاردن میان احساسات مربوط به هیجانها و خلق یا درک هیجانی و توانایی ادراک شده فرد برای تنظیم و بهبود هیجانها و خلق قادر است به فرد در برابر تنشها و رویدادهای افسرده‌ساز کمک کنند در مقابل توجه مستمر و بیش از اندازه به حالتهای خلقی و هیجانی افسردگی و مشکلات روانی را به‌دنبال خواهد داشت(سالووی و همکاران،۲۰۰۲؛ اکسترمرا و فرناندز-بروکال،۲۰۰۵).

مجموع نتایج به‌دست آمده نشان دادند که مدل پیشنهادی برای تبیین و پیش بینی بهزیستی روان‌شاختی از طریق هوش هیجانی ادراک شده و توانایی کنترل تفکر منفی با میانجی‌گری متغیر افسردگی فقط برای مادران با فرزند عادی مناسب است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت احساس بهزیستی و سلامت در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی از متغیرهای دیگری تأثیر می‌پذیرند که احتمالاً نیرومندتر و مؤثرتر از متغیرهای پیشنهادی این مدل هستند.

تشکر و سپاسگزاری

بدینوسیله از سرکار خانم دکتر فاطمه بهرامی که اجازه استفاده از آزمون کنترل تفکر را دادند صمیمانه سپاسگزاری به عمل می‌آید.

یادداشتها

1) Karademas
2) Ryff
3) Compton
4) Self-acceptance
5) Autonomy
6) Keyes
7) Segerstrom & Miller
8) Blacher
9) Ben-Zur
10) Mair & GasckeGascke
11) Meta-mood experience
12) Extremera & Fernández_Berrocal
13) Trait Meta-Mood Scale(TMMS)
14) Clarity
15) Repair
16) Distraction
17) worrying
18) Social strategies
19) self-punishment
20) Re-appraisal
21) Roussis & Wells
22) Functional
23) Dysfunctional
24) Dunkel
25) Storch
26) Goodness of Fit Index
27) Adjusted Goodness of Fit Index
28) Comparative Fit Index

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

29) Root Mean Square Error of Approximation
30) Bentler
31) Garson
32) Jöreskog & Sörbom

منابع

احمدپناه، م.(۱۳۸۰).تأثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*،۱،۱،صص ۶۸-۵۲.

صادقی، ن.(۱۳۸۰). *بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مختار و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد* دانشگاه تربیت معلم.

گنجی، ح. (۱۳۸۴). *ارزشیابی شخصیت*، تهران، ساوالان،

فرخی، ح.، گیلانی، ب.، زمانی، ر. و حدادی، ع.(۱۳۸۵). «رابطه سبکهای مقابله و اسناد با افسردگی.» *پژوهشهای روان‌شناختی*، ۱۷، ۲و۱، صص ۲۶-۱۱.

یحیی زاده، س. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان‌شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. پایان نامه کارشناسی ارشد* دانشگاه تربیت معلم.

Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with Down syndrome, autism, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 237-254.

Baker, B.L., Blacher, J. & Olsson, M.B.(2005). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(8), 575-590.

Bastian, V.A., Burns, N.R., & Nettelbeck, T. (2005). "Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities". *Personality and Individuals Differences, 39*, 1135-1145.

Blacher, J., Shapiro, J., Lopez, S., Diaz, L., & Fusco, J. (1997). "Depression in Latina mothers of children with mental retardation: A neglected concern." *American Journal on Mental Retardation, 101*, 483-496.

Ben-zur, H., Duvdevany, I., & Lury, L. (2005). "Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability". *Journal of Intellectual Disability Research, 49* (1), 54-62.

Compton, W.C. (2001). "Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity". *Journal of Psychology, 135*, 486-500.

Dumas, J.E., Wolf, L.C., Fisman,, S.N., & Culligan, A. (1991). "Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development", *Exceptionality, 2*, 97–110.

Dunkel, D., Froehlich, E., & Haring, C. (2002). "Replication of a Two-Factor Model of the Beck Depression Inventory in Alcohol Dependents and Suicide Attempters". *Psychopathology*,35, 228-233.

Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 657-671.

Extremera, N. & Fernandez-Berrocal P.(2005) Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the TMMS. *Personality and Individuals Differences, 39*, 937-948.

Fitness, J. & Curtis, M.(2005). Emotional intelligence and Trait Meta-Mood Scale: relationships with empathy, attributional complexity, self-control, and

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

responses to interpersonal conflict. *E-Journal of Applied Psychology: Social section. 1*,50-62.

Garson, D.(2004). Retrieved from: *http://www2. chass.ncsu.edu/garson/pa756.*

Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2000). Individual differences in emotional experience: mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 679–697.

Gohm, C.L., Corser, G.C., & Dalsky, D.J.(2005). "Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant". *Personality and Individuals Differences, 39*, 1017-1028.

Hauser, R.M., Springer, K.W., Pudrovska, T.(2005). "Temporal structures of psychological well-being: continuityor change"**.** Presented at the 2005 *Meetings of the Gerontological Society of America*, Orlando, Florida.

Herring,S., Gray, J., Taffe,K., Sweeney, D. & Eifeld, S.(2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning . *Journal of Intellectual Disability Research, 12*, 874–882.

Jaccard, J., & Choi, K.W.(1996). *LISREL Approaches to Interaction Effects in Multiple Regression*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publication.

Jöreskog, K.G., & Sörbom, D.(1993). *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language.*Hove,UK: Lawrence Erlbuam.

Karademas, E.(2007). "Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors"**.** *Personality and Individual Differences , 43*, 277-287.

Keller, D., & Honig, A.S.(2004). "Maternal and Paternal Stress in Families With School-Aged Children With Disabilities"**.** *American Journal of Orthopsychiatry, 74* , 337–348.

Kemp, A. H., Hopkinson, P. J., Clark, C. R., Gordon, E., Bryant, R., & Williams, L. (2006) "Predicting Severity of Non-Clinical Depression: Preliminary Findings Using an Integrated Approach". *Journal of Integrative Neuroscience***, 5**, 89-100.

Keyes, C.L.(2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life.*Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.

Khamis, V. (2007) "Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates". *Social Science & Medicine, 64*, 850-857.

Kline, R.B.(1998)**.** *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.

Kling, K.C., Seltzer, M.M., & Ryff, C.D. (1997). "Distinctive late life challenges: Implications for coping and well-being." *Psychology and Aging*, 12*,* 288-295.

Lindfors, P., Berntsson, B., & Lundberg, U. (2006). "Factor structure of Ryff's Psychological Well-Being Scales in Swedish female and male white-collar workers". *Personality and Individual Differences, 40*, 1213-1222.

Mayer, J. D., & Gaschke, Y.N.(1988). "The experience and meta- experience of mood". *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 102-111.

McKay, D & Greisberg, S. (2002). "Specificity of measures of thought control", *Journal of Psychology, 136*, 149–160.

McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M., Jarrah, S., and Shukri, R. (2007). "The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study"**.** *International Journal of Nursing Studies (in press) Published On-line October 2006* .

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

Moore, E.L., & Abramowitz, J.S. (2007). "The cognitive mediation the of thought-control strategies." *Behaviour Research and Therapy, 45,* 1949-1955.

Nagtegaal, M. H., Rassin, E. & Muris, P.(2006). "Aggressive fantasies, thought control strategies, and their connection to aggressive behaviour". *Personality and Individual Differences , 41*, 1397-1407.

Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). "Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability", *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-545.

Reynolds, M., & Wells, A. (1999). "The Thought Control Questionnaire—psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression". *Psychological Medicine, 29,* 1089–1099.

Roussis, P., &Wells, A.(2006). "Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model". *Personality and Individual Differences, 40*, 111-122.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). "To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being". In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology, 52*,141-166.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (I 995). "The structure of psychological well-being revisited." *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.

Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* ,69–96. New York: Plenum.

Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). "Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale". *Psychology and Health, 17*, 611–627.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity,and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood scale. In J.W. Pennebaker(Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* ,125–154. Washington,DC: American Psychological Association.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden C.J., & Dornheim, L.(1998). "Development and validation of a measure of emotional intelligence". *Personality and Individual Differences, 25***,** 167–177.

Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). "Psychological stress and the human immune system : A meta-analytic study of 30 years of inquiry". *Psychological Bulletin, 130*, 610-630.

Singer, G.H.S. (2006) "Meta-Analysis of Comparative Studies of Depression in Mothers of Children With and Without Developmental Disabilities". *American Journal of Mental Retardation, 3*, 155-169.

Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W.F, & Beck, A.T. (1999). "Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients". *Journal of Clinical Psychology. 55*, 117-128.

Storch, E.A., Roberti, J.W., & Roth, D.A. (2001). "Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students". *Depression and Anxiety. 19*, 187-189.

Veisson, M. (2001). "Parents of disabled children: Personality traits". *Social Behaviour and Personality, 29*, 581-592.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.2.2.8]