پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره۱، ۱۳۸۷/ ۶۸-۵۳
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.8, No. 1, 53-68

مقایسهٔ بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان‌ذهنی: اثر سبکهای مقابله‌ای

دکتر فرزانه میکائیلی منیع*

تاریخ دریافت: ۸۶/٤/۱۰ تجدیدنظر: ۸۶/۹/٦ پذیرش نهایی: ۸۶/۱۲/٤

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی و بررسی نقش سبکهای مقابله به عنوان یک متغیر میانجی در تعیین بهزیستی روان‌شناختی بود. **روش**: برای دستیابی به این مهم ۷۵ نفر مادر کودک کم توان ذهنی که بعنوان آموزش پذیر و تربیت پذیر شناسایی شده و در مدارس ابتدایی استثنایی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ مشغول به تحصیل بودند، انتخاب شدند. جهت مقایسه ۷۵ نفر مادر کودک عادی که از نظر سن و جنس فرزندان، تحصیلات و طبقه اقتصادی- اجتماعی با گروه نخست همتا شده بودند، انتخاب گردیدند. پس از توجیه، آزمون های بهزیستی روان‌شناختی ریف و سبکهای مقابله اندلر و پارکراجراشد. آزمونهای آماری تحلیل رگرسیون گام به گام، t گروههای مستقل و آزمون مجذور خی برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده شدند. **یافته ها**: t بدست آمده از مقایسه وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دو گروه برابر۵/۳۴ بود که در سطح ۰/۰۱ معنادار و میانگین مادران عادی(۳۵۶/۹۶) بالاتر از مادران کودکان کم توان ذهنی (۳۳۳/۶۰) بود. آزمون مجذور خی متغیر سبکهای مقابله دو گروه مادران برابر۴۴/۴۶ بدست آمد که نشان داد تفاوت فراوانی مشاهده شده بین سبکهای مقابله‌ای مورد استفاده معنادار است و هر دو گروه عمدتاً از سبک مقابله مسئله محور استفاده می‌کنند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای پیش بین وضعیت مادران حاکی از این بود که F مشاهده شده (۱٤/۹۱) فقط برای وضعیت مادران معنادار است و این متغیر قادر است چهل درصد از تغییرات واریانس مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند و سبک مقابله نمی‌تواند به صورت معنادار متغیر فوق را پیش‌بینی کند. **نتیجه گیری**: نتایج حاکی از پایین بودن وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی است که می‌توان نتیجه گرفت احتمالا وجود کودک کم توان ذهنی به عنوان عامل آسیب زننده به این متغیر می‌تواند عمل کند و سبکهای مقابله که متغیری شخصیتی به شمار می‌رود متغیر تعیین کننده‌ای در تعیین بهزیستی روان‌شناختی مادران هیچ یک از گروهها به شمار نمی‌رود.

واژه های کلیدی: *بهزیستی روان‌شناختی، سبکهای مقابله‌ای، مادران کودکان کم توان ذهنی، مادران کودکان عادی*

مقدمه

موضوع سلامت روانی یکی از مورد توجه‌ترین مسائل روان‌شناسان از زمان شکل‌گیری روان‌شناسی به مثابهٔ یک علم بوده است. در رویکرد سنتی حاکم بر این حوزه، که پیشینه نظری و پژوهشی پرسابقه‌ای دارد، تأکید محققان بر ابعاد منفی سلامت روانی بوده است؛ به این معنی که سلامتی روانی در قالب نبود بیماری روانی، ضعف و ناکامی تعریف شده است (هوسر، اسپرینگر و پادروسکار، ۲۰۰۵). اما از حدود دهه ۱۹۶۰با تغییر تمرکز از بیماری‌یابی و درمان به پیشگیری ومطالعه خوب بودن و رشد، دیدگاه متفاوتی به موضوع سلامت روانی شکل گرفت که بر اساس آن سلامت روانی داشتن ویژگیهای مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، عزت‌نفس و احساس کارآمدی است و وظیفه روان‌شناس، مطالعه این

* **نویسنده رابط**: استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه ارومیه ۰۴۴۱-۳۳۶۲۰۰۸ (Email: f.michaeli.manee@gmail)

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

ویژگیها و کمک به ارتقای آن است(رایان و دکی،۲۰۰۱؛ سلیگمن،۱۹۹۸). ظهور و اوج‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر[1] در سالهای اخیر، که پیامد رویکرد فوق است، موجب شده که علاقه و توجه به ابعاد مثبت کارکرد روان‌شناختی به مثابهٔ رویکردی نوین در پژوهشهای سلامت روان‌شناختی افزایش چشمگیری پیدا کند(لیندفورس ، برن تسون و لاندبرگ، ۲۰۰۶).

اساس روان‌شناسی مثبت بر پذیرش انسان در جایگاه موجودی توانمند و شایسته است که می‌تواند تواناییهای خود را شکوفا سازد؛ بنابراین هدف رویکرد اخیر، مطالعه نیرومندیها و شادمانی انسانها (کار، ۱۳۸۵) و توجه به نقاط قوت، تقویت داشته‌ها و بنا نهادن ویژگیهای مثبت است(سلیگمن و ژیکسنت میهالی،۲۰۰۰). روان‌شناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روان‌شناختی[2]" مفهوم سازی کرده است؛ از این منظر بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روان‌شناختی بهینه است(رایان و دکی، ۲۰۰۱). به بیانی دیگر، بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنشهای عاطفی و شناختی به ادراک ویژگیها و توانمندیهای شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز دربرگیرد (کارادماس،۲۰۰۷).

یکی از مهم‌ترین مدلهایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چندبعدی ریف و همکاران(ریف، سینگر، لاو و ایس کس، ۱۹۹۸) است. 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،۲۰۰۱). بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف و همکاران از ۶ مؤلفه تشکیل شده است:

مؤلفه پذیرش خود[3] به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها، تواناییها و فعالیتهای خود در کل احساس رضایت و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همهٔ انسانها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیتهایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی نسبت به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است(هوسر، اسپرینگر و پادروسکار ،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، سینگر، لاو و ایس کس ،۱۹۹۸).

داشتن ارتباط مثبت با دیگران، دیگر مؤلفه این مدل، به معنی داشتن رابطه باکیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسانهایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با سایرین ایجاد کنند(کی یس، ۲۰۰۲).

مؤلفه هدفمندی در زندگی به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنی‌دار شمردن آن است. این حس به فرد امکان می‌دهد تا

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

نسبت به فعالیتها و رویدادهای زندگی علاقه نشان دهد و به شکل مؤثر با آنها درگیر شود. یافتن معنی برای تلاشها و چالشهای زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد(ریف و همکاران، ۱۹۹۸).

تسلط بر محیط، مؤلفه دیگر این مدل به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. بر این اساس 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 و مستمر بازمی‌گردد. این ویژگی به فرد امکان می‌دهد تا همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه باشد. ریف و همکارانش مقیاسی برای سنجش این مدل ساخته‌اند که در بررسیهای مختلف روایی و پایایی آن تأیید شده است(ریف و کی یس،۱۹۹۵؛ لیندفورس ، برن‌سون و لاندبرگ،۲۰۰۶).

از نظر هوسر و همکارانش(۲۰۰۵) هر یک از ابعاد مدل فوق چالشهایی هستند که انسانها در زندگی خود با آنها مواجه می‌شوند. شواهد پژوهشی شایان توجهی وجود دارد که نشان می‌دهند تنش و حوادث نامطبوع زندگی می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند(سگرستروم و میلر، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه کارادماس (۲۰۰۷) نیز نشان داده است تنش و ناراحتیهای زندگی می‌توانند موجب به‌وجود آمدن نشانگانی مانند اضطراب و افسردگی شوند و از این طریق، ابعاد مثبت بهزیستی روان‌شناختی را مختل کنند.

بی‌تردید تولد و حضور کودکی با کم‌توانی‌ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند به مثابهٔ رویدادی نامطلوب و چالش‌زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و نومیدی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند(هستینگز،۲۰۰۲؛ خمیس، ۲۰۰۷)، این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالشها و مشکلات در خانواده فراهم می‌کند(شین و همکاران،۲۰۰۶). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بیند(هرینگ و همکاران،۲۰۰۴)، اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیتهای بیشتری را در قبال فرزند کم‌توان خود احساس می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند(مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۷). بررسیهای انجام یافته در این خصوص نشان داده‌اند مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی‌پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بالاتر(دوماس و همکاران، ۱۹۹۱)، احساس شرم و خجالت بیشتر (احمدپناه، ۱۳۸۰) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری (آیزنهاور ، بیکر و بلاکر ۲۰۰۵) دارند.

به نظر می‌رسد همزمان با تغییر رویکرد روان‌شناسان به موضوع سلامت روانی و توجه به آن از منظر مثبت‌نگر، محققان حوزه مسائل والدین کودکان دارای کم‌توانی ذهنی و مشکلات رشدی نیز تغییراتی در رویکرد خود به مطالعه مشکلات ناشی از

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

حضور این کودکان در خانواده داده‌اند. این گروه معتقدند با وجود اینکه چنین رخدادی موقعیتی تنش‌آفرین به شمار می‌رود، اما در طول زمان مادران و اکثر اعضای خانواده تا حدود زیادی با آن سازگار می‌شوند (بکمن،۱۹۹۱ ؛بروملی و همکاران،۲۰۰۴). نتایج گروهی از پژوهشها روی این خانواده‌ها به‌خصوص مادران، حاکی از این بوده است که عده‌ای از آنها وجود فردی با ناتوانی ذهنی را تجربه‌ای توانمندساز تلقی کرده و وی را منبع لذت، عشق، حس هدف و معنی داشتن در زندگی، افزایش تحمل، افزایش یکپارچگی و انسجام خانوادگی و بالا رفتن سطح درک و رشد شخصی به شمار آورده‌اند (جاکز،۲۰۰۶). یافته‌های این گروه پژوهشها نشان داده‌اند که اثر ناتوان کنندگی و آسیب‌رسان حضور کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده و به‌ویژه مادران، بستگی به عوامل مختلفی مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی، جنسیت کودک، میزان حمایتهای در دسترس خانواده و ویژگیهای شخصیتی مانند هوش هیجانی و سبکهای مقابله با تنیدگی افرد درگیر دارد(هرینگ و همکاران،۲۰۰۶).

یکی از ویژگیهای شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می‌کند، شیوه مقابله فرد با تنیدگی[۵] است(مانند جاکز،۲۰۰۶؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۳). مقابله را می‌توان «فرایند فعال و هدفمند پاسخدهی به موقعیتهایی که دشوار یا تنیدگی‌زا ارزشیابی می‌شوند، تعریف کرد. بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای در برگیرنده تلاشهای رفتاری، هیجانی و شناختی هستند که برای مدیریت تنیدگیها و ناراحتیها ضروری‌اند» (لازاروس[۶]،۱۹۸۸ به نقل از سیفگه- کرنکه و بیرز،۲۰۰۵ ص، ۵۶۲). لازاروس معتقد است مقابله با تنیدگی در سه مرحله صورت می‌گیرد: مرحله نخست، مرحله ارزیابی نخستین است که در آن فرد می‌اندیشد که آیا آسیب یا فقدان قریب الوقوع است و آیا این رویداد بر رفاه و بهزیستی او تأثیر خواهد داشت؟ سپس فرد به مرحله ارزیابی دومین می‌رود، در این مرحله فرد به قضاوت درباره کارآمدی منابعی (منظور از منابع مقابله عواملی مانند منبع حمایتی بیرونی مانند دوستان و والدین است که به فرد در موقعیتهای ناخوشایند کمک می‌کنند و منابع درونی مانند عزت نفس، اعتماد به نفس و ادراک کنترل است) که برای مقابله با مقتضیات رویداد تنیدگی‌زا در اختیار دارد، می‌پردازد و پاسخهای مناسب احتمالی را در ذهن خود سازمان می‌دهد؛ مرحله سوم مرحله مقابله است که طی آن یکی از پاسخهای احتمالی انتخاب می‌شود و به عمل در می‌آید (ژوزه وهانتسینگر،۲۰۰۶). تجربیات پیشین و یادگیریهای فرد در او زمینه‌ای ایجاد می‌کنند که در بیشتر موقعیتها، این سه مرحله به شکل نسبتاً یکسانی صورت می‌پذیرد؛ برای مثال، فرد در هر موقعیت فقط اطلاعات خاصی را انتخاب می‌کند یا در بیشتر موارد به منابع مقابله‌ای خاصی متوسل می‌شود (موس و هالاهان،۲۰۰۳).

بر این بنیاد برخی از پژوهشگران معتقدند بیشتر مردم ترجیح می‌دهند از راهبردها و روشهای مقابله‌ای خاصی در بیشتر موقعیتهای تنیدگی‌زا بهره گیرند که مجموع آنها سبکهای مقابله‌ای فرد را شکل می‌دهد (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰؛ حمید ،یو و لونگ، ۲۰۰۳).

لازاروس و فولکمن[۷](۱۹۸۴) مدل پردازش محور مقابله را عرضه کرده‌اند که بر اساس آن فرض می‌شود فرد از طریق تلاشهای شناختی و رفتاری

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

می‌کوشد تا به تهدیدها و تنیدگیهای درونی و بیرونی پاسخ دهد. از نظر آنها مقابله دارای دو کارکرد تنظیم پاسخهای هیجانی منفی ناشی از تجربه و مدیریت یا تغییر عامل موجد تنیدگی و هیجان است (به نقل از تامرس و همکاران،۲۰۰۲). هیگینز واندلر (۱۹۹۵) بر اساس مدل لازاروس و فولکمن سبکهای مقابله‌ای را به سه نوع تکلیف محور یا مسئله مدار[۸]، هیجانی[۹] و اجتنابی[۱۰] تقسیم کرده‌اند:

سبک مقابله‌ای تکلیف محور یا مسئله مدار به رفتارها و شناختهایی اطلاق می‌شود که هدف آنها تغییر موقعیت یا متغیر تنیدگی‌زاست. این سبک مقابله دو مؤلفه دارد: مؤلفه اول آماده سازی است که در آن جست‌وجوی اطلاعات و برنامه ریزی صورت می‌گیرد و مؤلفه دوم عمل نام دارد که حل مسئله و مقابله فعال صورت می‌گیرد. راهبردهایی مانند جمع‌آوری، سازمان‌دهی و بازتفسیر اطلاعات از راهبردهای این سبک است.

سبک مقابله‌ای هیجانی، رفتارها و شناختهایی را شامل می‌شود که در آن هدف، تغییر پاسخ فرد به عامل تنش‌زاست. راهبردهای این سبک، مواردی مانند اشتغال فکری با خود، خیال‌بافی و تمرکز بر ابعاد هیجانی مسئله هستند.

در سبک مقابله‌ای اجتنابی، فرد با فاصله گرفتن از مسئله تنیدگی آفرین از آن فرار می‌کند و به دنبال حمایت عاطفی و واگذار کردن مسئولیت مقابله به اطرافیان است*.

سبکهای مقابله‌ای تکلیف محور یا مسئله مدار و هیجانی تلاشهای مؤثری را شامل می‌شوند که به تغییر ویژگی تنیدگی زایی موقعیت می‌پردازند و به مثابهٔ سبکهای سازگارانه و سبک اجتنابی به عنوان سبک کمتر سازگارانه شناخته می‌شوند ولی سبک اخیر همچون راه حلی فوری خصوصاً در موقعیتهای به شدت تنش‌زا مفید است(کاریو و هاینمن، ۲۰۰۵). ضمن اینکه پژوهشها نشان داده‌اند گرچه سبک هیجانی قادر به کاستن احساس تنیدگی است، اما در طولانی مدت می‌تواند به افزایش فشار و پیامدهای آن از جمله اضطراب و افسردگی بینجامد؛ بنابراین، سبک اخیر نیز همانند سبک اجتنابی به صورت راه حلی موقت و فوری مفید و در بلندمدت سبک مسئله محور مؤثرتر است (آورو و همکاران، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهشهایی که به رابطه انواع سبکهای مقابله‌ای و رفتارهای بهنجار و سازگارانه پرداخته‌اند، حاکی از این بوده‌اند که سبک اجتنابی با رفتارهای ناسازگارانه (گومز و مک لارن،۲۰۰۶) و اضطراب و افسردگی(کاریو و همکاران،۲۰۰۵)، سبک هیجانی با احساس فشار و ناراحتی، بیماریهای مزمن، درد مزمن، سوء مصرف مواد مخدر، ناراحتیهای جسمی، اضطراب و افسردگی و سبک مسئله محور با رفتارهایی که به ارتقای سلامت روانی و جسمی کمک‌می‌کنند،سرعت بهبودی از عمل جراحی رابطه و همبستگی مثبت دارند(ساکلوفسکه‌وهمکاران، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهشهایی که درباره نقش سبکهای مقابله در پاسخ مادران به تنش ناشی از وجود کودک کم‌توان ذهنی و تأثیر آن در وضعیت سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی انجام شده‌اند، خانواده‌ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله محور بهره می‌گیرند، سطوح پایین‌تری از استرس را تجربه می‌کنند(جاکز،۲۰۰۶). پژوهش جونز و پسی (۲۰۰۴) نیز نشان داد که سبک مقابله در کنار منبع کنترل مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده تنش در مادران و پدران بود.

* برخی از تقسیم بندیهای مربوط به سبکهای مقابله‌ای دو سبک آخر را در قالب سبک هیجانی مفهوم سازی کرده‌اند و سبک اجتنابی به صورت راهبردی هیجانی تلقی می‌شود (مانند تامرس و همکاران، ۲۰۰۲).

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

یافته‌های مطالعه مارگالیت، راویو و آن کونینا (۱۹۹۲) حاکی از این بوده است که والدین کودکان ناتوان، بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند و منابع حمایتی اجتماعی کمتری دارند. یافته‌های پژوهش فیدلر و هوداپ (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی که اختلالات رفتاری گسترده‌ای دارند، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌محوراستفاده می‌کنند.

اما نتایج اسکس، سلتزر و کراوس(۱۹۹۹) و آبدوتو و همکاران(۲۰۰۴) در بررسی نقش سبکهای مقابله با تنیدگی در واکنش مادران به ناتوانی ذهنی فرزند خود دریافتند که سبک مقابله‌ای فرد نقشی در نحوه واکنش آنها نداردونمی‌تواند به صورت متغیری میانجی درتعیین بهزیستی‌روان‌شناختی‌مؤثر باشد.

هدف پژوهش حاضر در وهله نخست بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی، سبکهای مقابله با تنیدگی مرجح دو گروه و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی سبکهای مقابله‌ای در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دو گروه بود. برای دستیابی به این مهم سؤالات زیر مطرح شدند:

-بین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی چه تفاوتی وجود دارد؟

- مادران دو گروه بیشتر از چه نوع سبک مقابله‌ای بهره می‌گیرند و آیا بین سبکهای مرجح آنها تفاوتی وجود دارد؟

- آیا استفاده از سبک مقابله‌ای خاص می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند؟

روش

جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

مادران کودکان کم‌توان ذهنی دوره ابتدایی در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ پایه‌های اول تا پنجم شهر ارومیه جامعه پژوهش را تشکیل می‌داد. از این گروه به‌صورت تصادفی ۷۵ نفر انتخاب شد با توجه به جمعیت بیشتر پسران کم‌توان ذهنی از طریق نمونه‌گیری سهمی ۵۰ نفر مادر دارای فرزند پسر و ۲۵ نفر مادر دارای فرزند دختر انتخاب شد. کودکان این مادران از لحاظ هوشی در سطح کم‌توان 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 طبقه اقتصادی-اجتماعی؛ و سن، جنس و پایه تحصیلی دانش آموزان با گروه پیشین همتا شده بودند، به عنوان گروه مقایسه (گواه) انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای همتاسازی سن، دانش‌آموزان عادی از همان طیف سنی گروه استثنایی انتخاب شدند. ضمن اینکه میانگین سنی دوگروه از طریق آزمون t مقایسه شد که نتایج نشان داد 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 معنی‌دار با یکدیگر نداشتند. در خصوص همتاسازی جنس و پایه هنگام انتخاب نمونه تعداد دو جنس و دانش‌آموزان پایه‌های مختلف مساوی تعیین شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف:این مقیاس را ریف (۱۹۸۹) ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است؛ در ایران نخستین بار نیکنام آن را ترجمه کرده و مورد استفاده قرار گرفته است (به نقل از یحیی‌زاده، ۱۳۸۴).این مقیاس ۶ عامل خودکاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، ضمن‌اینکه مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. به دلیل مشکلاتی که در بررسی پایایی و تحلیل عاملی این آزمون در مطالعه قبلی وجود داشت، در تحقیق حاضر دوباره پایایی آن بررسی شد. ضمن اینکه نتایج با استفاده از تحلیل عاملی نیز آزمون شدند. پرسشنامه روی ۱۰۰ نفر آزمودنی زن اجرا شد که ضریب همسانی درونی(آلفای کرونباخ)برای هر یک از عوامل خودکاری(۸۱.)، تسلط بر محیط (۷۹.)، رشد شخصی(۷۵.) ،ارتباط مثبت با دیگران (۸۸.)، هدفمندی در زندگی(۷۷.) و پذیرش خود (۸۲.) بود و شش عامل مورد ادعای ریف و همکاران هم تأیید شد. 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 پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شوند. از بین کل سؤالات ۴۴ سؤال به‌صورت مستقیم و ۴۰ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

۲- آزمون سبکهای مقابله‌ای‌اندلر و پارکر: این آزمون در سال ۱۹۹۰ تهیه شده و اکبرزاده(۱۳۷۶) آن را به فارسی ترجمه کرده که در پژوهشهای مختلف، مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای(هرگز نمره ۱ و خیلی زیاد نمره ۵) نمره گذاری می‌شود ۱۶ ماده به سبک مسئله‌مداری، ۱۶ ماده سبک هیجانی و ۱۶ ماده به سبک اجتنابی اختصاص دارد. در هر سبکی فرد بالاترین نمره را به‌دست آورد آن سبک، سبک مقابله‌ای وی خواهد بود. پایایی آزمون در پژوهش شعاع(۱۳۸۲) برای سبک مسئله مداری ۰/۸۷، سبک هیجانی ۰/۸۰ و سبک اجتنابی ۰/۸۳ بود که ضریبی مناسب به شمار می‌رود. در پژوهشهای سلامت(۱۳۸۰) و تقی لو(۱۳۸۳) نیز پایایی آن تأیید شده است. ضمن اینکه پژوهشگران مختلف روایی آن را تأیید کرده‌اند(به نقل از تقی لو، ۱۳۸۳).

یافته‌ها

برای پردازش داده‌های مربوط به سؤال نخست از آزمون t گروههای مستقل، برای سؤال دو از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و سؤال سه تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

سؤال ۱: آیا بین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوتی وجود دارد؟

از آزمون t گروههای مستقل برای مقایسه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و نمره کل در دو گروه استفاده شد. نتایج به‌دست آمده در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t در متغیر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی	مادران کودکان کم‌توان ذهنی		مادران کودکان عادی		t-test	Sig.
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پذیرش خود	٤٨،٨٩	٩،٣٨	٥٧،٢٦	٩،٧٩	٥،٣٤	۰/۰۱
خودمختاری	٥٤،٣٦	٨،٢٥	٥٢،٤٨	٧	١،٥٣	.١٣٥
ارتباط مثبت با دیگران	٥٦،٦٩	١١،٣١	٥٨،٩٧	٨،٨٩	١،٣٧	۰/۰۱
هدفمندی در زندگی	٥٨،٢٥	٨،٨١	٦٢،٣٦	٧،١٢	٣،١٤	۰/۰۱
تسلط بر محیط	٥٥،٣٦	٨،٣٧	٦٢،٩	٧،٥٩	٥،٧٩	۰/۰۱
رشد شخصی	٦٠،٠٤	٩،٠٦	٦٢،٠٨	١٢،٠٧	١،١٧	.٦٦
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	٣٣٣،٦٠	٣٩،٤٥	٣٥٦،٠٩	٣٥،١٩	٣،٦٨	۰/۰۱

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

همان‌طور که مشاهده می‌شود در مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، احساس تسلط بر محیط و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع مادران گروه عادی است؛ بعبارتی میانگین گروه اخیر، بیشتر از گروه مادران کم‌توان‌ذهنی است. در دو مؤلفه رشد شخصی و خودمختاری تفاوت بین گروهها معنی‌دار نیستند.

سؤال ۲: مادران دو گروه بیشتر از چه نوع سبک مقابله‌ای بهره می‌گیرند و آیا بین سبکهای مرجح آنها تفاوتی وجود دارد؟

اطلاعات توصیفی مربوط به سبکهای مقابله در جدول ۲ آمده است:

جدول ۲- اطلاعات توصیفی سبکهای مختلف بین دو گروه

سبک مقابله	وضعیت‌مادر	میانگین	انحراف معیار
اجتنابی	کم‌توان	۴۲،۸۸	۱۲،۰۷
	عادی	٤۰،۲۸	۹،۲۵
مسئله مدار	کم‌توان	۵۱،۳۰	۸،۸۹
	عادی	۵۱،۸٦	۱۰،۷۳
هیجان محور	کم‌توان	٤۳،۷۰	۱۱،٤۹
	عادی	۳۷،٤٦	۱۰،۱۰

برای مقایسه تفاوت استفاده از سبکهای مقابله‌ای مختلف در دو گروه از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه تفاوت در استفاده از سبکهای مقابله با تنیدگی در دو گروه

	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
اجتنابی	بین‌گروهی	۲۵۳،۵	۱	۲۵۳،۵۰	۲،۱۹	۱٤۰
	درون گروهی	۱۷۱۲۳	۱٤۸	۱۱۵،٦۹		-
	کل	۱۷۳۷٦،۵٤	۱٤۹			-
مسئله مدار	بین گروهی	۱۱،۷٦	۱	۱۱،۷٦	.۱۲	۷۲۰
	درون گروهی	۱٤۳۷۸،٦۱	۱٤۸	۹۷،۱۵		-
	کل	۱٤۳۹۰،۳۷	۱٤۹			-
هیجان محور	بین گروهی	۱٤٦۰،۱٦	۱	۱٤٦۰،۱٦	۱۲،۵۸	.۰۰۱**
	درون گروهی	۱۷۱۷٤،۲۱	۱٤۸	۱۱٦،۰٤		-
	کل	۱۸٦۳٤،۱۷	۱٤۹			-

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه سبکهای مقابله در دو گروه نشان می‌دهند که در بهره‌گیری از سبک مقابله‌ای اجتنابی و مسئله‌مدار، تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد، اما در سبک هیجان محور تفاوت دو گروه معنی‌دار است. بررسی اطلاعات توصیفی این مقایسه، حاکی از این است که گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، بیشتر از سبک هیجان محور استفاده می‌کنند.

سؤال ۳: آیا استفاده از سبک مقابله‌ای خاص در مادران دوگروه کودک کم‌توان ذهنی و عادی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهد؟

برای پاسخ‌گویی به این سؤال از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون گام به گام استفاده شد. شکل زیر تحلیل انجام یافته را نشان می‌دهد:

بهزیستی روان‌شناختی ← سبک مقابله ← وضعیت مادران ←

شکل ۱- نمایش تحلیل سؤال ۲ پژوهش

جدول ٤- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون نمره‌کل بهزیستی روان‌شناختی‌برمتغیرهای پیش‌بین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین‌مجموع مجذورات	R2	F	Sig.
رگرسیون	۲٦۲۹،۲۲	۱	۲٦۲۹،۲۲	.۱۷	۲۸،۵۷	۰/۰۱
باقیمانده	۱۳٦۱۹،۸۱	۱٤۸	۹۲،۰۲			
کل	۱٦۲٤۹،۰٤	۱٤۹				

جدول ۵- اطلاعات مربوط به مدل رگرسیون برای تبیین بهزیستی روان‌شناختی از طریق وضعیت مادران

متغیر	B	خطای معیار	بتا	T	Sig.
مقدار ثابت	٤۰،۵۲	۲،٤۷	–	۱٦،۳۵	۰/۰۱
وضعیت‌مادران	۸،۸٦	۱،۵٦	.۷۵	٦،۳٤	۰/۰۱
سبک مقابله	-.۱۳۳	.۱۰٦	-.۰۳٤	-۱،۲۵۲	.۲٤۱

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای پیش بین وضعیت مادران و سبکهای مقابله‌ای در جدول ٤ و ٥ آمده است. بر اساس نتایج به‌دست آمده میزان F مشاهده شده، معنادار است و این متغیرها قادرند ۱۷ درصد از تغییرات واریانس مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کنند. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ٥ مشخص می‌شود که فقط متغیر وضعیت مادران یا وجود و فقدان کودک کم‌توان ذهنی است که پیش‌بینی کننده معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی است.

بررسی قدرت پیش‌بینی سبکهای مقابله برای تک به تک مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران دو گروه نیز نشان داد در هیچ یک از آنها سبک مقابله متغیر پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری به شمار نمی‌رود و لذا در تحلیل رگرسیون گام به گام حذف شد. اما متغیر وضعیت مادران برای همهٔ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به جز خودمختاری متغیر پیش‌بینی‌کننده به شمار می‌رود. در جدول ٦ و ۷ نتایج مربوط به تحلیل فوق ارائه شده است.

همان‌طور که داده‌های مندرج در جدول ٦ و۷ نشان می‌دهند وضعیت مادران قادر است به شکل معنی‌داری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی(به جز مؤلفه خودمختاری) را پیش‌بینی کند. بررسی مؤلفه‌ها حاکی از این است که متغیر وضعیت مادران قادر است ۵۹ درصد وضعیت فرد در مؤلفه رشد شخصی را پیش‌بینی کند.پس از آن به ترتیب ارتباط مثبت با دیگران (۵۳ درصد)، تسلط بر محیط(۴۳ درصد)، پذیرش خود(۴۰ درصد) و هدفمندی در زندگی (۲۵ درصد) قرار دارند که به صورت معنی‌داری توسط داشتن یا نداشتن فرزند کم‌توان ذهنی قابل پیش‌بینی هستند.

با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون و یافته‌های مربوط به سؤال نخست، می‌توان نتیجه گرفت که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی کل و مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی را تحت تأثیر قراردهد و آنها را در مقایسه با کسانی که فرزند عادی دارند کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، همسو با نتایج پژوهشهای مک کانکی و همکاران(۲۰۰۷)، احمدپناه (۱۳۸۰) آذر و بدر(۲۰۰٦) نشان می‌دهد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند؛ در حقیقت احتمالاً وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، برای مادران منبع تنیدگی است که عملکرد روان‌شناختی مثبت فرد را کاهش می‌دهد؛ و بلوکه می‌کند؛ در نتیجه کم‌توانی ذهنی به مثابهٔ یک شرایطی تقریباً پایدار، می‌تواند منبع تنش مستمر باشد. این یافته هماهنگ با نتیجه بررسی ارسموند و همکاران (۲۰۰۳) است که نشان داده است چنین شرایطی موجب به تعویق افتادن رشد و کاهش بروز تواناییهای اعضای خانواده به‌ویژه مادر می‌شود. در تبیین این امر، می‌توان گفت وضعیت خاص کودک کم‌توان ذهنی موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیشتر از کودکان عادی برایشان وقت اختصاص دهند و به همین دلیل کمتر فرصت پرداختن به علائق شخصی، فعالیتهای اجتماعی و افزایش مهارتها را دارند؛ بنابراین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی آنها در مقایسه با مادران دارای کودک عادی پایین‌تر است.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

جدول ٦- خلاصه مدل رگرسیون،تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری‌رگرسیون‌مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بر متغیر پیش بین وضعیت مادران

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین‌مجموع مجذورات	Rچندگانه	R2	F	Sig.
رشد شخصی	٢٢٤٣٣،٣	١	٢٤٤٣٣،٣	.٥٩	.٣٤	٣٧،٢٢	٠/٠١
ارتباط مثبت با دیگران	٢٢٢٧،٢٨	١	٢٢٢٧،٢٨	.٥٣	.٢٨	٤٠،٤٢	٠/٠١
تسلط بر محیط	٢١٤٣،٢٦	١	٢١٤٣،٢٦	.٤٣	.١٨	٣٣،٥٢	٠/٠١
پذیرش خود	٢٦٢٩،٢٣	١	٢٦٢٩،٢٣	.٤٠	.١٦	٢٨،٥٧	٠/٠١
هدفمندی در زندگی	٦٣٦،٥٤	١	٦٣٦،٥٤	.٢٥	.٠٦٣	٩،٩	٠/٠٠٢

جدول ٧- اطلاعات مربوط به مدل رگرسیون برای تبیین مولفه های بهزیستی روان‌شناختی از طریق وضعیت مادران

متغیر	B	خطای معیار	Beta	t	Sig.
تسلط بر محیط	٧،٥٦	١،٣٣	.٤٣	٥،٨	٠/٠١
مقدار ثابت	٤٧،٨	٤،٤٦			
ارتباط مثبت بادیگران	٨،٧٩	٢،٥	.٤٢	٦،٣	٠/٠١
مقدار ثابت	٤٣،٦٥	٣،٤٣			
رشد شخصی	٦،٩٢	١،٦٣	.٣٩	٣،١	٠/٠١
مقدار ثابت	٣٨،٣٣	٢،٨٩			
پذیرش خود	٨،٣٧	٢،٦٨	.٤٠	٥،٣٤	٠/٠١
مقدار ثابت	٤٠،٥٢	٣،٠٨			
هدفمندی در زندگی	٧،٥٦	٢،٢٢	.٤٣	٣،١٥	٠/٠٠٢
مقدار ثابت	٤٧،٨	٤،١٠			

این تبیین را پژوهش اس‌کس (٢٠٠٢) نیز تایید کرده است.به‌علاوه گرچه بررسیها نشان داده‌اند که بیشتر مادران طی زمان با شرایط فرزند خود کنار می‌آیند و با آن سازگار می‌شوند اما در مجموع سطح کلی تنیدگی و مشکلاتی مانند افسردگی در این گروه بیش از مادران عادی(هرینگ و همکاران،٢٠٠٦؛ بروملی وهمکاران،٢٠٠٤) و مادرانی است که فرزندانشان دارای مشکلات جسمی‌هستند(ژوسین و باگدونایته، ٢٠٠٤).

بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه نشان می‌دهد که مادران عادی در مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، احساس تسلط بر محیط و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی به طور معنی‌داری بالاتر از مادران گروه کم‌توان ذهنی بوده‌اند. پژوهشهای مربوط به حوزه مورد بحث نیز نشان داده‌اند که مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌دلیل وجود فرزند کم‌توان خود با چالشهای جدیدی مواجه می‌شوند که نحوه واکنش اطرافیان و بستگان آنها یکی از آنهاست. معمولا آشنایان درک کمتری از موضوع دارند و واکنشهای آنها عمدتاً به‌صورت دلسوزی و ترحم است. از این رو مادران معمولاً به نوعی انزوا و کناره گیری اجتماعی روی می‌آورند که سطح روابط صمیمانه و اجتماعی را کاهش می‌دهد. ضمن اینکه هرقدر کم‌توانی فرد آشکارتر و مشکلات رفتاری وی بیشتر باشد، این انزوا و کناره گیری اجتماعی افزایش

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

خواهد یافت (برواملی و همکاران،۲۰۰٤). بررسی کازاک و ویلکاکس(۱۹۸٤ به نقل از مک کانکی و همکاران،۲۰۰٦) نیز نشان داد که در کل، خانواده‌های گروه کم‌توان ذهنی ، شبکه اجتماعی کوچک‌تری دارند. علاوه بر این بررسی بارنت و همکاران(۱۹۹۵) نیز نشان داده که مادران این گروه به دلیل شرایط خاص فرزند خود وقت کمتری برای برقراری روابط اجتماعی دارند. به همین سبب می‌توان علت پایین بودن سطح پذیرش خود وارتباط مثبت با دیگران در این گروه را به محدودیت شبکه اجتماعی آنها، ارتباطات اجتماعی‌اندک و مشکلات فرزندانشان جست‌وجو کرد.

نتایج مربوط به مقایسه مؤلفه‌های رشد شخصی و خودمختاری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در همین راستا شاید بتوان به یافته‌های برخی بررسیها اشاره کرد که از منظری مثبت نگرانه به وجود کودک کم‌توان نگاه کرده‌اند. از این دیدگاه وجود کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند به زندگی هدف بخشد و به احساس کارآمدی فرد در محیط و زندگی اش کمک کند(جاکز،۲۰۰٦) و از این رو بین مادران این دو گروه نبود تفاوت در برخی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی قابل تبیین است.

اما در مجموع به نظر می‌رسد فشارهای ناشی از حضور کودک کم‌توان ذهنی به گونه‌ای است که می‌تواند انرژی و وقت مادران را به خود اختصاص دهد و به محدود شدن علائق، تلاشها و فرصت برای رشد بینجامد که در نهایت موجب کاهش احساس تسلط بر محیط و تعیین اهداف شخصی خواهد شد(باکستر، کومینز و یولیتز ،۲۰۰۰). پژوهشهای انجام یافته در خصوص بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در فرهنگهای مختلف نتایج تقریباً مشابهی داشته‌اند، نتایج نشان داده‌اند این گروه بهزیستی روان‌شناختی سطح پایین‌تری دارند که این امر ناشی از ماهیت مستمر، مقاوم و خارج از کنترل منبع تنیدگی یعنی فرزند است (مانند مک کانکی و همکاران، ۲۰۰٦؛ آذر و بدر،۲۰۰٦؛ خمیس، ۲۰۰۷).

بررسی سبکهای مقابله با تنیدگی مرجح گروهها نشان داد تفاوتی در استفاده از سبکهای مقابله‌ای اجتنابی و مسئله‌مدار بین مادران دو گروه وجود ندارد. ولی در سبک هیجان محور این تفاوت معنی‌دار بود و مادران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از این سبک بهره می‌گرفتند. یافته نخست هماهنگ با یافته‌های سلتزر و همکاران(۱۹۹۵)، کیم و همکاران (۲۰۰۳) و گلیدن ، بیلینگ و جاب(۲۰۰٦) است که نشان داده‌اند که تفاوتی در استفاده از سبک مسئله‌مدار در دو گروه وجود ندارد؛ به‌عبارتی مادران دارای فرزندانی با کم‌توانی ذهنی همانند مادران کودکان عادی بیشتر از راهبردهایی مانند جمع آوری، سازمان دهی و بازتفسیر اطلاعات که راهبردهای مسئله مدار هستند، در مقابله با تنش بهره می‌جویند. علت این امر را می‌توان به سازگار شدن مادران با مشکل فرزند خویش نسبت داد که به آنها کمک می‌کند تا بیشتر در صدد مواجهه مستقیم با عوارض ناشی از حضور کودک کم‌توان برآیند و برای حل آنها تلاش کنند (بکمن،۱۹۹۱). در زمینه وجود تفاوت در استفاده از سبک هیجانی می‌توان گفت که وجود مشکلات زیاد ناشی از مراقبت از کودک کم‌توان موجب بروز فشار روانی و تنیدگی در مادران می‌شود که هیجانات منفی را به‌دنبال خود دارند. این امر اساساً به ماهیت ثابت و تغییرناپذیر کم‌توانی ذهنی باز می‌گردد و موجب می‌شود فرد نتواند به اصل مشکل بپردازد و آن را حل کند. از این رو ناچار می‌شود بر

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

ابعاد هیجانی آن متمرکز شود و واکنشهای هیجانی از خود نشان دهد (هاملین-رایت و همکاران،۲۰۰۷).

بـر خـلاف بررسـیهای جـونز و پـسی(۲۰۰٤)، سلتزر
و همکاران (۲۰۰٤) و مارگالیت و همکـاران (۱۹۹۲) که نشان داده‌اند سبک مقابله متغیر پیش‌بینی کننـده‌ای برای بهزیستی روان‌شناختی مادران افراد کم‌توان‌ذهنی به شمار می‌رود، یافته‌های پژوهش حاضـر نـشان داد که سبک مقابله متغیر معنی‌دار به شمار نمی‌رود. ایـن یافته هماهنگ با دستاوردهای پژوهش مک کـانکی و همکاران(۲۰۰٦) است کـه تـأثیر سـبک مقابلـه را در بهزیستی روان‌شناختی در سه گروه فرهنگی متفـاوت یعنی مادران عرب، مادران ایرلندی و مادران تـایوانی دارای فرزند کم‌توان ذهنی مورد مطالعه قـرار دادنـد. نتایج آنها نیز حاکی از عدم تأثیر متغیر فـوق بـود. در تبیین این یافته مـی‌تـوان هماننـد پژوهـشگران فـوق فرض کرد متغیرهای مهم‌تری وجـود دارد کـه نقـش محافظت کننـدگی یـا تخریـب کننـدگی بیـشتری در مقایسه با سبکهای مقابله‌ای دارند و اثرگذارترند(مانند حمایتهای اجتماعی یـا سرسـختی روان‌شـناختی[11]) و نیاز به مطالعه دارند. خصوصاً در جوامع شرقی داشتن حمایت اجتماعی و انسجام خانوادگی به دلیل وجـود پیوندهای قوی انسانی به‌قدری حائز اهمیت است که می‌تواند تأثیر سایر متغیرها را تعـدیل کنـد(آذروبـدر، ۲۰۰٦).

داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به تنهـایی مـی‌توانـد بخش قابل توجهی از واریانس بهزیستی روان‌شناختی مادران را تبیین کند. پژوهشهای متعددی همسو با این یافته بوده‌اند و نشان داده‌انـد کـه ایـن گـروه مـادران بیشتر با مشکلات روانی روبه‌رو هـستند(ماننـد مـک کانکی و همکاران،۲۰۰٦؛ هرینگ و همکـاران،۲۰۰٤؛ بروملـی و همکـاران،۲۰۰٤) کـه علـت ایـن امـر را می‌توان در ماهیت مقاوم، مـستمر و تقریبـاً خـارج از کنترل کم‌توانی ذهنی و عـوارض اجتمـاعی، مـالی و عـاطفی آن دانـست. لـذا بـه نظـر مـی‌رسـد تمهیـد برنامه‌های حمایتی تخصصی و یاریگرانه برای مادران این افراد(که مسائلی مانند مـدیریت رفتـار کـودک را دربرگیرد) که بتوان تواناییهای سـازگازانه، مهارتهـای اجتماعی و مهارتهای زندگی با توجه به تـأثیر مثبـت این گونه برنامه‌ها(ماننـد پلچـات و همکـاران،۱۹۹۹؛ ملـک‌پـور و همکـاران،۱۳۸۵)،در جهـت سـازش بـا موقعیت و کاهش فشارهای روانـی ناشـی از داشـتن فرزند کم‌توان‌ذهنی مفید واقع شـود. بیکـر، بلاچـر و اولسون (۲۰۰۵) اعتقاد دارند از دوران پیش از دبستان کمکهای حمایتی بایـد در دسـترس مـادران کودکـان مشکل‌دار به‌ویژه کسانی که فرزندانشان با تأخیرهـای رشدی و کم‌توانی‌ذهنی مواجهند قرارگیـرد تـا بـروز مـشکلات مربـوط بـه سـلامتی و بهزیـستی روانـی جلوگیری شود.

یادداشتها

1) positive psychology
2) psychological well-being
3) self-acceptance
4) autonomy
5) stress
6) Lazarus
7) Folkman
8) task -oriented or problem-oriented
9) emotion- oriented
10) avoidan nce- oriented
11) hardiness

منابع

احمدپناه، محمد(۱۳۸۰).*تاثیر کم‌توانی‌ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده*. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی،۱،۱،صص ۶۸-۵۲.

اکبرزاده، نسرین.(۱۳۷۶). *گذر از نوجوانی به پیری*. تهران: انتشارات الزهرا.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

تقی‌لو، صادق (۱۳۸۳). *مقایسه عزت نفس، سبکهای مقابله با فشار روانی و خشم در بزهکاران و نوجوانان عادی استان تهران در سال۱۳۸۳-۱۳۸۲*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.

سلامت، محمدکاظم(۱۳۸۰). *بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل و شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منزل در جنب شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.

کار، آلن (۱۳۸۵). *روانشناسی مثبت*. ترجمه: شریفی زند، جعفر و همکاران.تهران: انتشارات دوران.

یحیی‌زاده، سلیمان (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.

Azar,M., Badr, L. (2006). The Adaptation of Mothers of Children With Intellectual Disability in Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing, 17*, 375 - 380.

Avero, P., Corace, K.M., Endler, N.S., Calvo, M.G. (2003). Coping styles and threat processing. *Personality and Individuals Differences, 35*, 843-861.

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*, 575-590.

Barnett, W.S., Boyce, G.C.(1995).Effects of children with Down syndrome on parents'activities . *Am J MentRetard*, 100, 115 - 127.

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

Beckman, P.J. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 95*, 585-595.

Bromley, J., Hare, D., Davison, K., Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders. *Autism, 8*, 409-423.

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.

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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

Essex, E.L., Seltzer, M.M., Krauss, M.W. (1999). Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 104*, 545-563.

Essex E.L.(2002). Mothers and Fathers of Adults With Mental Retardation: Feelings of Intergenerational Closeness. *Family Relations, 51*, 156-165.

Glidden, L. M.; Billings, F. J.; Jobe, B. M.(2006). Personality, Coping Style and Well-Being of Parents Rearing Children with Developmental Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 949-962.

Gomez, R., McLaren, S.(2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resiliency models. *Personality and Individuals Differences, 40*, 1165-1176.

Hamid,P.N.,Yue,X.D.,Leung,C.M.(2003). Adolescent coping in different Chinese family environment. *Adolescence, 38*, 111-113.

Hamlyn-Wright, S., Draghi-Lorenz, R., Ellis, D. (2007). Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parents of children with a developmental disorder. *Autism, 11*, 489-501.

Hastings R.P.(2002) Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 27*, 149-160.

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.

Endler, N.S., Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*,844–854.

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.

Higgins, J.E., Endler, N.S.(1995). Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Psychology, 9*, 253-270.

Hodapp, R. M., Ly, T. M., Fidler, D. J., Ricci, L. A. (2001). Less stress, more rewarding: Parenting children with Down syndrome. *Parenting: Science and Practice, 1*, 317–337.

Jacques, R.(2006). Family issues. *Psychiatry, 5*, 337-340.

Jones, J., Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behaviour problems. *Journal of Developmental Disabilities, 11*, 31-46.

Jose, P.E. Huntsinger, C.S.(2006). Moderation and mediation effects of coping by Chinese American and European American adolescents. *The Journal of Genetic Psychology, 166*,16-43.

Jusiene, R., Bagdonaite, L. (2004). Families of children with disabilities : Psychological adjustment and subjective wellbeing . *Journal of Intellectual*

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

Disability Research, 48 , 385

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

Kariv, D., Heiman, T.(2005). Task-oriented versus emotion- oriented coping strategies: The case of college students. *College Students Journal, 39*, 72-84.

Keyes, C.L.(2001). 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**.**

Kim, H., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M., Krauss, M.W. (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with mental retardation and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 313-327.

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.

Margalit, M., Raviv, A., Ankonina, D. B. (1992). Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 202-209.

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* .

Moos, R.H., Hallahan, C.J.(2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1387-1403.

Orsmond G. I.; Seltzer M. M., Wyngaarden K. M., Hong J.(2003). Behavior problems in adults with mental retardation and maternal well-being: Examination of the direction of effects. *American Journal on Mental Retardation, 108*, 257-271.

Pelchat, D, Bisson J, Ricard N, Perreault M, Bouchard JM.(1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability**.** *Int J Nurs Stud, 36*, 465-77.

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudemonic 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* (pp. 69–96). New York: Plenum.

Saklofske, D.H., Austin, E.J., Galloway, J., Davidson. K.(2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individuals Differences,*

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]

42, 491-502.

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.

Seiffge-Krenke, I., Beyers, W.(2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: Links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence , 15*, 561-582.

Seligman, M. E. P. (1998). Positive social science**.** *APA Monitor, 29.*

Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.

Seltzer, M.M., Abbeduto L; Krauss MW; Greenberg J; Swe A.(2004). Comparison groups in autism family research: Down syndrome, fragile X syndrome, and schizophrenia. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 34*, 41-48.

Seltzer, M.M., Greenberg, J.S., Krauss, M.W. (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation**.** *Psychology and Aging, 10*, 64-75.

Shin, J., Nhan, N.V., Crittenden, K.S., Flory, H.D.T., Ladinsky, J.(2006). Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 748-760.Tamres, L., Janicki, D., Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 2-30.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.5.2]