

رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی

همایون هارون رشیدی* / گروه روان‌شناسی / دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

واحد منصوری‌راد / گروه روان‌شناسی / دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

چکیده

زمینه: هدف از این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی شهر خرم‌آباد بود.

روش: روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران کودکان استثنایی (کم‌توان ذهنی، نابینا و ناشنوا) شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰۴ نفر از مادران کودکان استثنایی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران، تاب آوری کانر و دیوسون و درماندگی روان‌شناختی لاوبوند و لاوبوند استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین تاب آوری و حمایت اجتماعی با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه وجود دارد که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. همچنین نتایج نشان داد حمایت اجتماعی و تاب آوری ۶۰ درصد از افسردگی، ۵۰ درصد از اضطراب و ۱۷ درصد از استرس مادران کودکان استثنایی را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان با انجام مشاوره به مادران کودکان استثنایی کمک کرد تا احساس کنند از حمایت اجتماعی برخوردارند تا بتوانند با مشکلات حاصل از داشتن کودک استثنایی مقابله کنند.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری، حمایت اجتماعی، درماندگی روان‌شناختی، کودکان استثنایی

مقدمه

منجر به مشکلاتی در والدین می‌شود (۳) و این مشکلات بر سلامت روان آن‌ها تأثیرگذار است (۴). تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها از اثرات منفی داشتن يك کودک با نیاز ویژه رنج می‌برند و باید با این واقعیت که کودک‌شان شرایط ویژه‌ای دارد که آن‌ها را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار آیند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک با ناتوانی موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده به ویژه مادر می‌شود (۵)، زیرا مادر نخستین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. احساساتی مثل گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، همچنین پایین آمدن عزت‌نفس و احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت‌نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (۶). وجود کودک با ناتوانی، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و اغلب تأثیر منفی روی او می‌گذارد (۷).

عوامل روانی اجتماعی^۲ متعددی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از

تأثیر خانواده در رشد و تحول همه‌جانبه کودک، از لحظه تولد آغاز شده، با قدرت و فراگیری ویژه‌های آشکار می‌شود و در سراسر زندگی باقی می‌ماند. روابط صحیح و متعادل والدین و فرزندان یکی از عوامل موثر در سلامت و بهداشت روانی آنان است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بین عوامل مختلفی که در پرورش و شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان موثرند، تأثیر متقابل کودک و والدین و نحوه برخورد و ارتباط والدین و کودک از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عوامل به شمار می‌رود (۱). والدین می‌توانند با ایجاد روابط عاطفی سالم، ابراز محبت و پذیرش کودک با تعیین ملاک‌ها و معیارها از طریق یک سرمشق باثبات از رفتارهای مطلوب، بهترین و موثرترین شیوه‌های اجتماعی‌شدن و بنای یک تربیت صحیح را فراهم کنند (۲).

یک گروه از این خانواده‌ها، خانواده‌هایی هستند که دارای یک یا چند فرزند با نیازهای ویژه‌اند. والدین کودکان استثنایی^۱ درجات مختلفی از اضطراب و فشار روانی را تجربه می‌کنند که در ارتباط با انتظاراتی است که از نقش والدگری آن‌ها می‌رود. این فشار روانی

* Email: haroon_rashidi2003@yahoo.com
1. Exceptional Children

2. Social Support

مادرانی که از سلامت و بهداشت روانی بالاتری برخوردارند در پذیرش، نگهداری و کنار آمدن با ناتوانی فرزند خود مشکل کمتری دارند و بهتر می‌توانند نیازهای فرزند دارای ناتوانی خود را برآورده کنند، درحالی‌که مادرانی که تشویش، اضطراب و استرس فراوانی دارند، به‌طور معمول در تعامل منطقی و صحیح با کودکان خود مشکلات بسیاری دارند که مانع از اتخاذ یک رویکرد مطلوب و منطقی می‌شود (۴). به‌طور کلی همه جوامع خواستار شادی، سعادت و سلامت روان‌شناختی اعضای خانواده‌های خود هستند. برای رسیدن به این خواسته باید تا آن‌جا که ممکن است عوامل تاثیرگذار بر سلامت، بهداشت روان و رضایت از زندگی را شناخت. یکی از این عوامل، تولد کودک استثنایی در خانواده است. نظر به اهمیت خانواده و عوامل مرتبط با آن از جمله ویژگی‌های والدین که نقش موثری در رضایت از زندگی خود و کودک با ناتوانی خویش دارند، انجام پژوهش‌های مختلف می‌تواند درک جامعی از پدیده حضور فرزندان با ناتوانی در خانواده فراهم می‌کند تا از این رهگذر بتوان به تدبیر و اتخاذ راهکارهای موثر و مفید دست زد. بنابراین با توجه به مطالب بالا و اهمیت کیفیت وضعیت روان‌شناختی مادر در سلامت روانی کودک و کمک به ارتقای سطح سلامت مادران، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه وجود دارد؟

روش

پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان استثنایی (کم‌توان ذهنی، نابینا و ناشنوا) شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد کل جامعه پژوهش برابر با ۴۳۹ نفر بود. برای برآورد حجم نمونه از جدول کرجسی و مورگان استفاده شد. لازم به ذکر است که این جدول با توجه به حجم جامعه، حداکثر تعداد مورد نیاز نمونه (۲۰۴ نفر) را مشخص می‌کند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. میانگین سنی مادران گروه نمونه ۳۹/۴۰ و انحراف استاندارد ۹/۶۷ بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۲: این مقیاس توسط لاوبوند و لاوبوند تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲ فرم مختلف است. فرم بلند آن ۲۲ سوال دارد و فرم کوتاه آن ۲۱ سوال، در

مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر بر کیفیت زندگی تاثیر دارد (۸). حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می‌شود، درک می‌شود (۹). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با بیماری‌های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۱۰). پژوهش‌ها بر نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تاکید داشته‌اند (۵). بهره‌گیری از حمایت‌های اجتماعی یکی از روش‌های مقابله با استرس‌های ناشی از داشتن فرزند با ناتوانی است. در همین راستا، پژوهش‌ها حاکی از آن است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به مثابه یک منبع مقابله در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی والدین در مواجهه با رخداد‌های تنیدگی‌زا همچون تولد یک کودک استثنایی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند (۱۱). همچنین پژوهش پارتیسیا نشان داد والدینی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را نشان دادند (۱۲). پژوهشگران، حمایت اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می‌دانند. افزون‌براین، مشخص شده است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند (۵). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی و سلامت روان افراد تاثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را در آن‌ها کاهش می‌دهد (۱۳).

یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری^۱ است. تاب‌آوری به‌عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار، مفهوم‌سازی شده است (۱۴). بلاک بر این باور است که خودتاب‌آوری، توانایی سازگاری سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی است (۱۵). هسته مرکزی سازه خودتاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که فطرتی زیست‌شناختی برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد که به‌طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود (۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در مخاطره، به حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلال‌های روانی از خود نشان می‌دهد، از طرف دیگر، از عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلال‌های آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگه می‌دارد، تاب‌آوری است (۱۷). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد

2. Depression Anxiety Stress Scale (DASS - 21)

1. Resilience

دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ به دست آمد. **مقیاس تاب آوری:** این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و توسط کانر و دیویدسون^۳ برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۵ گزینهای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحرانورد انجام شد، پایایی مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ (به دست آمد ۰/۲۳). در پژوهش خلعتبری و بهاری پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (۰/۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی کل مقیاس براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت خانواده	۱۶/۴۳	۳/۲۵
حمایت دوستان	۱۵/۲۱	۲/۵۲
حمایت سایرین	۱۲/۱۴	۴/۴۷
حمایت اجتماعی	۴۳/۸۲	۹/۹۲
استرس	۱۳/۹۳	۳/۵۱
افسردگی	۹/۳۴	۶/۴۹
اضطراب	۱۲/۴۴	۵/۱۶
تاب آوری	۷۱/۵۹	۱۲/۸۲

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی و تاب آوری با درماندگی روان‌شناختی

متغیرها	استرس	افسردگی	اضطراب
حمایت خانواده	-.۰۳۶**	-.۰۷۲**	-.۰۶۲**
حمایت دوستان	-.۰۱۹**	-.۰۴۸**	-.۰۴۲**
حمایت سایرین	-.۰۲۳**	-.۰۳۶**	-.۰۳۸**
حمایت اجتماعی	-.۰۳۶**	-.۰۷۲**	-.۰۶۵**
تاب آوری	-.۰۳۰**	-.۰۴۹**	-.۰۵۰**

فرم بلند هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس توسط ۱۴ سوال و در فرم کوتاه توسط ۷ سوال مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در پژوهش حاضر، از فرم کوتاه آن استفاده شده است. سوالات فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس براساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، به طوری که اصلاً؛ امتیاز صفر، کمی؛ امتیاز ۱، زیاد؛ امتیاز ۲ و خیلی زیاد؛ امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. دامنه نمرات در هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها بین صفر تا ۲۱ است. هنری و کرافورد فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به لحاظ روایی سازه مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها به وجود یک عامل عمومی و ۳ عامل افسردگی، اضطراب و استرس در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس اشاره دارند. آن‌ها همچنین ضرایب پایایی (بر مبنای آلفای کرونباخ) این عوامل را به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش می‌کنند (۱۸). در ایران سامانی و جوکار فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را روی ۶۳۸ دانشجوی دانشگاه شیراز اجرا کردند. نتایج تحلیل عاملی دلالت بر وجود ۳ عامل افسردگی، اضطراب و استرس داشت. ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در فاصله‌ای ۳ هفته‌ای برای استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود. تمامی ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (۱۹). در پژوهش هارون رشیدی و همکاران آلفای کرونباخ برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بود (۲۰). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ به دست آمده است.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱: این مقیاس توسط زیمت و همکاران^۲ تهیه شده و دارای ۱۲ گویه است که ۳ حیطه خانواده، دوستان و سایرین را دربرمی‌گیرد. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۷ گزینهای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۸۴ خواهد بود. در پژوهش‌های خارجی این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوبی گزارش شده است. پژوهش زیمت و همکاران نشان داد این پرسش‌نامه برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایاست (۵). در پژوهش کاکابرایی و همکاران ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده است (۲۱). در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس براساس فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های خانواده،

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

3. Connor-Davidson resilience scale

درماندگی روان‌شناختی می‌پرداخت، مورد تایید قرار گرفته است. به بیان دیگر، هرچه تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی افزایش پیدا کند، به همان اندازه درماندگی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است، آماره F برای درماندگی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین این یافته نشان می‌دهد معادله رگرسیون برای پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر مبنای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری معنادار است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری با استرس برابر ۰/۴۱ و ضریب تعیین ۰/۱۷ و نسبت F برابر با ۱۰/۰۱، با افسردگی برابر ۰/۷۸ و ضریب تعیین ۰/۶۰ و نسبت F برابر با ۷۵/۳۶ و با اضطراب برابر با ۰/۷۱ و ضریب تعیین ۰/۵۰ و نسبت F برابر با ۴۹/۸۳ است. به سخن دیگر، حمایت اجتماعی و ابعاد آن و تاب‌آوری ۶۰ درصد از افسردگی، ۵۰ درصد از اضطراب و ۱۷ درصد از استرس را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی وجود دارد. به سخن دیگر، هر چه حمایت اجتماعی مادران کودکان استثنایی افزایش پیدا کند، درماندگی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد. این نتایج همسو و هماهنگ با یافته‌های فرهادی (۵)، آزادی و آزاد، چناری و نوروزی، صالحی و محمودفر، اندو و همکاران (۲۵ و ۲۸) است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت تولد کودک استثنایی نه تنها خانواده، بلکه سایر اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، دامنه همبستگی معنی‌داری بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی از ۰/۱۹ تا ۰/۷۲ متغیر بوده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. بنابراین فرضیه نخست پژوهش که به بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با درماندگی روان‌شناختی می‌پرداخت، مورد تایید قرار گرفته است. به سخن دیگر، هر چه حمایت اجتماعی مادران کودکان استثنایی افزایش پیدا کند، درماندگی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد.

جدول ۳- ضرایب و مدل پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر مبنای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری

متغیر ملاک	مدل	SS	df	MS	F	P
استرس	رگرسیون	۱۰۵/۹۸	۴	۲۶/۴۹	۱۰/۰۹	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۵۲۶/۷۷	۱۹۹	۲/۶۴		
	کل	۶۳۲/۷۶	۲۰۳			
اضطراب	رگرسیون	۳۴۵/۴۴	۴	۸۶/۳۶	۴۹/۸۳	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۳۴۴/۸۴	۱۹۹	۱/۷۳		
	کل	۶۹۰/۲۸	۲۰۳			
افسردگی	رگرسیون	۱۵۳/۲۵	۴	۳۸۲/۵۶	۷۵/۳۶	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۱۰۱/۱۵	۱۹۹	۵/۰۷		
	کل	۲۵۴/۴۱	۲۰۳			

همچنین نتایج نشان‌دهنده دامنه همبستگی معنی‌دار بین تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی در مادران کودکان استثنایی از ۰/۳۰ تا ۰/۵۰ است که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش که به بررسی رابطه تاب‌آوری با در

جدول ۴- ضرایب و مدل پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر مبنای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری

متغیر ملاک	پیش‌بین	R	R ²	B	Beta	T	سطح معنی‌داری
استرس	حمایت خانواده	۰/۴۱	۰/۱۷	-۰/۰۲۶	-۰/۲۳۳	-۲/۴۸	۰/۰۰۵
	حمایت دوستان			-۰/۰۰۲	-۰/۰۱۴	-۰/۱۹۳	۰/۸۴۷
	حمایت دیگران			-۰/۰۲۳	-۰/۱۳۹	-۲/۰۱	۰/۰۴۵
	تاب‌آوری			-۰/۰۱۶	-۰/۱۶۱	-۲/۱۶	۰/۰۳۲
اضطراب	حمایت خانواده	۰/۷۸	۰/۶۰	-۰/۰۴۳	-۰/۵۱۶	-۲/۴۴	۰/۰۰۱
	حمایت دوستان			-۰/۰۲۳	-۰/۱۸۹	-۲/۶۹	۰/۰۱۰
	حمایت دیگران			-۰/۰۳۴	-۰/۱۲۵	-۶/۴۷	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری			-۰/۰۲۷	-۰/۱۸۶	-۱/۴۶	۰/۰۰۱
افسردگی	حمایت خانواده	۰/۷۱	۰/۵۰	-۰/۱۱۷	-۰/۳۶۷	-۵/۷۷	۰/۰۰۱
	حمایت دوستان			-۰/۰۵۴	-۰/۱۵۶	-۲/۷۶	۰/۰۰۶
	حمایت دیگران			-۰/۰۴۲	-۰/۱۹۰	-۳/۵۵	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری			-۰/۰۳۶	-۰/۲۶۷	-۴/۴۲	۰/۰۰۱

افراد دارای سطوح پایین حمایت، با دید مثبت تری به موقعیت‌های دشوار می‌نگرند. افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی مطمئن هستند که در مواقع نیاز، دیگران برای کمک به آن‌ها حضور خواهند داشت و در نتیجه ممکن است رویدادهای بالقوه استرس‌زا را کمتر فشارزا تصور کنند. همچنین، افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی ممکن است بتوانند به‌طور موثر تری با رویدادهای بالقوه استرس‌زا مقابله کنند. در واقع، دریافت انواع متعدد حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد کمک کند تا اثرات منفی موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا را به‌طور مستقیم حذف کرده یا دست‌کم آن‌ها را کاهش دهد. از سوی دیگر، روابط اجتماعی افراد می‌تواند بر نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت آن‌ها تاثیر بگذارد (۵). برای مثال، اشخاص مهم می‌توانند افراد را برای ورزش کردن، ترک سیگار و گرفتن یک رژیم غذایی متعادل تشویق کنند. در راستای همین دیدگاه، افرادی که ارتباط‌های اجتماعی بیشتری دارند، کمتر ممکن است به رفتارهای غیربهداشتی روی آورند و بیشتر ممکن است به رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بپردازند (۳۰). افراد مهم همچنین ممکن است به‌منظور کمک به کنترل بیماری‌های موجود، افراد را تشویق کنند تا از خدمات مراقبت بهداشتی استفاده و از دستورعمل‌های پزشکی پیروی کنند. در واقع، افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی بیشتر احتمال دارد از خدمات مراقبت بهداشتی استفاده و از دستورعمل‌های پزشکی پیروی کنند (۳۱).

همچنین نتایج نشان داد رابطه معناداری بین تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی وجود دارد. به سخن دیگر، هرچه تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی افزایش پیدا کند، درماندگی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد. این نتایج همسو و هماهنگ با یافته‌های فرهادی (۵)، شجاعی، به‌پژوه، شکوهی یکتا و غباری؛ حمید، کیخسروانی، بهرامی و دهقانی (۳۲ و ۳۳) است که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند. بررسی‌ها گویای آن هستند که تاب‌آوری با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های جسمی و روانی پیشگیری می‌کند (۵). برخی از پژوهش‌ها نیز، بین تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنی‌داری نشان داده‌اند و گویای آن هستند که افراد تاب‌آور می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند. رحیمیان بوگر و اصغر نژاد نشان دادند که بین خودتاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار دیده شد و افزون‌بر آن، نتایج نشان دادند که تاب‌آوری و سرسختی توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را دارند (۳۴). تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربه‌های

در چنین شرایطی والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندی دچار شوک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پر خاشگری، ترس، خجالت، انکار و احساس گناه را برای آن‌ها در پی داشته باشد (۲۱). پژوهشگران برای تعیین چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، الگو را مطرح کرده‌اند: الگوی اثرات مستقیم و فرضیه سپر. بر پایه الگوی اثرات مستقیم، فرد چه تحت استرس باشد، چه نباشد، حمایت اجتماعی باعث می‌شود تا او از تجارب منفی پرهیز کند و از این‌رو اثرات سودمندی بر بهزیستی روان‌شناختی دارد (۲۹). بر پایه فرضیه سپر، حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت استرس سودمند است و همچون سپری مانع نفوذ استرس بر فرد می‌شود. به باور کوهن و ویلز شواهد موجود نشان‌دهنده تایید هر ۲ الگو است (۳۰). یک تبیین احتمالی برای توجیه رابطه بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی این است که بیماری منجر به اختلال در حمایت اجتماعی می‌شود. افرادی که از یک بیماری مزمن یا یک بیماری تضعیف‌کننده رنج می‌برند، ممکن است برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی دچار مشکل باشند. از این‌رو آن‌ها ممکن است در حفظ و ایجاد روابط بین‌فردی مشکل داشته باشند. گاهی اوقات مردم راجع به افراد دارای بیماری مزمن، تصورات غالباً منفی دارند و حتی ممکن است اشخاص بیمار را برای دچار شدن به بیماری سرزنش کنند. این باورها ممکن است باعث شود افراد از صرف وقت با کسی که بیماری مزمن یا درمان‌ناپذیر دارد، اجتناب کنند. همچنین ابتلا به بیماری مزمن می‌تواند باعث شود بیماران احساس کنند که از خانواده و دوستان‌شان تک افتاده‌اند که نتیجه آن اختلال در سطوح بهنجار حمایت اجتماعی است. همه این عوامل ممکن است باعث شود افرادی که دارای سلامت جسمی ضعیفی هستند، کاهش‌هایی در میزان حمایت اجتماعی دریافتی‌شان تجربه کنند (۳۱). مزایای حمایت اجتماعی برای بهزیستی روان‌شناختی آشکار است: افراد دارای حمایت اجتماعی بیشتر، کمتر احتمال دارد دچار بیماری‌های روان‌شناختی شوند. افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، داشتن دوستان، روابط صمیمانه و روابط خانوادگی حمایت‌کننده کمتر را گزارش می‌کنند (۳۰). از سوی دیگر، افراد دارای حمایت اجتماعی بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی و جسمی بهتری را تجربه می‌کنند. هنگامی که افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی بیمار می‌شوند، سریع‌تر از بیماری بهبود می‌یابند.

در مجموع، یافته‌های پژوهشی متعددی پیشنهاد می‌کنند که حمایت اجتماعی برای سلامتی کسانی که تحت سطوح بالای استرس هستند، سودمند است. یک تبیین احتمالی در مورد این که حمایت اجتماعی چگونه ممکن است از افراد در برابر استرس محافظت کند این است که افراد دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی نسبت به

منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت‌نفس به‌عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آن‌ها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هرچه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری، مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. به نظر می‌رسد افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آن‌ها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌کنند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از بهداشت روانی و بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار باشد.

یافته‌های این پژوهش را می‌توان در تدوین برنامه‌هایی برای افزایش تاب‌آوری والدین دارای فرزند استثنایی به کار برد تا به این کودکان و خانواده‌های آن‌ها کمک شود کیفیت زندگی خود را بالا ببرند و با ناملایمات زندگی با توان بیشتری کنار بیایند. همچنین شایسته و بایسته آن است که روان‌شناسان و مشاوران مجرب با مداخله‌های بهنگام روان‌شناختی و مشاوره‌ای به والدین، به‌ویژه به مادران کودکان استثنایی نقش اساسی را در تامین بهداشت روانی آن‌ها و فراهم کردن زمینه‌های مطلوب تعامل با فرزندان استثنایی فراهم کنند.

پژوهش حاضر، یک پژوهش همبستگی است و به‌طور یقین در پژوهش‌های همبستگی با تمام تلاشی که پژوهشگران در جهت کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر انجام می‌دهند، باز هم نمی‌توان برداشت روابط علی از یافته‌های حاصل از همبستگی بین متغیرها داشت. در پژوهش حاضر نیز یافته‌ها باید به‌عنوان احتمال‌هایی در نظر گرفته شوند که در سایه پژوهش‌های تجربی و پژوهش‌های دقیق‌تر می‌توانند صحت و درستی خود را نشان دهند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره داشت که فقط در مورد نمونه‌ای از مادران کودکان استثنایی در شهر خرم‌آباد انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به مادران کودکان استثنایی دیگر شهرهای کشور باید احتیاط کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مواردی مانند درماندگی روان‌شناختی، تاثیر عوامل جمعیت‌شناختی مثل سطح اجتماعی، اقتصادی و تحصیلات خانواده بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این پژوهش در نمونه بزرگتری اجرا شود.

References:

1. Zaher Shamouni Z. Relationship between Marital Satisfactions with Irrational Beliefs of Married Women, Azad University Dezful Branch, 2011. [Persian]
2. Afrouz Gh. An Introduction to the Education of Exceptional Children, Tehran: Tehran University Press, Twenty-Sixth Edition. 2010. Pp. 47-45. [Persian]
3. Gorji R, yektakhah S, allameh M. General Health and Quality of Life of Mothers with Autism child. *Exceptional Education*. 2014 19-13:(123) 1.
4. Haron Rashidi H, Jahidianpour, F, Abdehpour, E. Comparison of Mental Health of Mothers of Children with and without Visual and Hearing Disorders, Summary of Articles of the Second Congress of Family Pathology in Iran, Shahid Beheshti University. 2009. [Persian]
5. Farhadi N. Relationship between relationship patterns and family cohesion with Quality of Life of exceptional students, MA thesis of general psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, 2012. [Persian]
6. Narimiani S, Mohammadi M & Abbasi A. Investigating the relationship between psychological hardiness and self-recording with burnout in prison staff in Ardebil province. *Journal of Beyond Management*. 92-75:(8) 2. 2009. [Persian]
7. Abdullahi L. Relationship between relationship patterns and family cohesion with psychological frustration of exceptional students, MA thesis of general psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, 2013. [Persian]
8. Rambod M & Rafiee F. Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients, *Nursing Research*. 112-123:(10) 3. 2008. [Persian]
9. Heidari A & Jafari F. Comparison of quality of life, social support and general health of people infected with AIDS with ordinary people in Ahvaz, *New findings in psychology*. 60-47:(7) 2. 2008. [Persian]
10. Lee EH, Chung BY, Park HB & Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 433-425:(5) 27. 2004.
11. Mikaeli Manie F. Comparison of psychological well-being among mothers of elementary school and elementary school students, *Quarterly Journal in the Sphere of Exceptional Children*, 88-76:92, 2009. [Persian]
12. Patricia EN. fathering an ADHD child: An examination of parental well-being and social support. *Sociological inquiry*. 543-531:(4) 80. 2010.
13. JadidiFiughan M, Safari S, Faramarzi, S, Jamali, S. Comparison of social anxiety and social support mothers of children with special needs and mothers of healthy children. *Knowledge and Research in Applied Neuroscience*. 43-52:(3) 16. 2016. [Persian]
14. Garmezy N, & Masten A. The protective role of competence indicators in children at risk. In EM. Cummings, AL. Green, & K H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress. And coping*. Hillsdale, NJ: 1991, 174-151.
15. Abdehpour E. Relation of Resilience with Life Satisfaction in Gifted Students, Undergraduate Thesis, Dezful Islamic Azad University, 2012. [Persian]
16. Werner E. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, :422, 1997 105-103.
17. Mortazavi N & Yaralahi N. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *Journal of Basic Principles of Mental Health*. 103-108:(3) 17. 2013. [Persian]
18. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS21-): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 39-227:(2) 44. 2005.
19. Samani S & Jokar B. Validity and validity of short form of depression scale, anxiety and psychological stress. *Journal of Social Sciences and Humanities University of Shiraz*. 26. 2007 65-77:(3). [Persian]
20. Haroon Rashidi H, Arjmandniya AA, afrooz GA, beshlideh Q. Comparison of Psychological Distress of Low Birth Weight – Newborns, Mothers with those of normal weight- newborns' counterparts. *Sjimu*. 59-54:(7) 21. 2014. [Persian]
21. Kakabaraei K, Arjomandnia A & Afrouz, Gh. The Relationship between Coping Styles and Social Protection with Subjective Well-Being of Parents of Exceptional Children, *Quarterly Exceptional Children*. 14-24:(7) 2. 2012. [Persian]
22. Mohammadi M. Investigating Factors Affecting Resilience in Subjects at Risk of Substance Abuse, PhD Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2005. [Persian]
23. Jokar B. The role of resilience mediator in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with life satisfaction. *Contemporary Psychology*. 12-3:(4) 2. 2007. [Persian]
24. Khalatbari, J & Bahari S. Relationship between resilience and life satisfaction. *Educational Psychology*. 83-94:(2) 1. 2010. [Persian]
25. Azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. *Iran J War Public Health*. 58-48:(4) 3. 2011. [Persian]

26. Chenary R. & Noroozi R. Relation between perceived social support and health promotion behaviors in chemical veterans in Ilam province on 13-2012. *Iran J War Public Health*. 6 .2013 10-1 :(1). [Persian]
27. Salehi K & Mahmoudifar Y. Investigating the relationship between social support and anxiety and depression in hemodialysis patients of Imam Khomeini Hospital in Mahabad city, nursing research. 39-32 :(1) 9.2012. [Persian]
28. Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Nakatani, Y., Yamamoto, K., Watanabe, M., Miyaoka, H. (2011). Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics*, 52 64-56,(1).
29. Mosher CE, Danoff-Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 14-101 :(3-2)23.2005.
30. Moradi Manesh F. Relationship between helplessness of depression, anxiety, psychological pressure, social support and body image with the quality of life of women with breast cancer, PhD thesis, Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branc. 2011. [Persian]
31. Sanderson, C. A. (2004). *Health Psychology*. New York: John Willy.
32. Shojaee S, Behpooyeh A, Shokohi Yeta M. Gharbari, B. Prediction of Mental Health Signs Based on Resilience in Adolescent Siblings and Students with Mental Disabilities in Shiraz City in 2011-2011, *Psychology of Exceptional Persons*. 46-21 :(6) 2.2012. [Persian]
33. Hamid N, Kikhosrowani B, Babamiri M, Dehghani M. Investigating the Relationship between Mental Health and Spiritual Intelligence with Resilience in Kermanshah University of Medical Sciences Students; *Jennat Shapir*. -331 :(7) 3.2011 338. [Persian]
34. Rahimian Booger I & Asghar Nejad A. Relationship between Psychological Hardiness and Self-Reporting with Mental Health in Youth and Adults Surviving the Bam Earthquake. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. -70 :(1) 14.2008 62. [Persian]