

Research Article

The Role of Resiliency and Psychological Hardiness in Predicting Psychological Well-being

Shahrooz Nemati^{1*}

1. Associate Professor of Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Abstract

This research aimed to study the role of resiliency and psychological hardiness in predicting the psychological well-being of mothers of children with adaptive-cognitive disabilities. The design of the research was a correlational type. The statistical population included all mothers of children with cognitive-adaptive disabilities in 2018-2-19. Therefore, by convenience sampling, 80 mothers from this group were selected, and Beshart's Psychological Well-being, Kobasa's Psychological Hardiness, and Conner & Davidson's Resiliency Inventories were used to gather the data. Pearson's correlation coefficient indicated that both resiliency and psychological hardiness have significant relationships with psychological well-being. The results of multiple regression revealed that both of these variables could predict psychological well-being in mothers of children with cognitive-adaptive disabilities. More research is needed to achieve evidence-based practice and develop and implement educational programs, including resiliency and psychological hardiness, to improve the psychological well-being of mothers' children with cognitive-adaptive disabilities.

Key words: resiliency, psychological hardiness, psychological well-being, mothers of children with cognitive- adaptive disabilities.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی

نقش تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های شناختی و سازگاران

شهرزاد نعمتی*

۱. دانشیار روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز،

ایران

sh.nemati@tabrizu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان نارسایی ذهنی و تحولی بود. طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری شامل مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی بود. در این راستا، تعداد ۸۰ نفر از این گروه از مادران به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی بشارت، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و سرسختی روان‌شناختی کوباسا برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. تحلیل داده‌ها از طریق نتایج آزمون رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان نشان داد متغیرهای تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در بین مادران دارای کودکان نارسایی‌های ذهنی و تحولی را دارد. یافته‌های پژوهش حاضر از پایه‌های نظری روانشناسی مثبت در ارتباط با تأکید بر توانمندی‌های آدمی در مقابله با چالش‌های زندگی حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، سخت‌رویی روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی‌های ذهنی و تحولی

مقدمه

مک و هو، ۲۰۰۷؛ هاسال، رز و مک دونالد، ۲۰۰۵؛ گوپتا و کایور، ۲۰۱۰).

در سال‌های اخیر تغییرات تدریجی در باورهای شناختی اجتماعی به پذیرش این گروه از افراد و خانواده‌های آنها منجر شده است. در این راستا، با ظهور دیدگاه‌های نوین روانشناختی از جمله روانشناسی مثبت، به اثرات وجود کودک با نارسایی‌های ذهنی - تحولی بر مادران، بیشتر توجه شده است و پژوهش‌ها بیشتر بر عوامل مثبت تأثیرگذار بر مادران این کودکان در حوزه نارسایی‌های تحولی متمرکز شده‌اند (بیات، ۲۰۱۷؛ کافمن، هالاهان و پولین، ۲۰۱۷).

سازه‌های بهزیستی روانشناختی^۱، تاب‌آوری^۲ و سخت‌رویی روانشناختی^۳ از سازه‌های مهم روانشناسی مثبت‌اند که در حوزه کودکان استثنایی و خانواده آنها بررسی شده‌اند (برای نمونه، بویراز و سایگیر، ۲۰۱۱). بهزیستی روانشناختی، مفهومی چندبعدی و برگرفته از دیدگاه انسان‌گرایانه و روانشناسی مثبت است که با مؤلفه‌های پذیرش خود^۴، ارتباط مثبت با دیگران^۵، استقلال^۶، تسلط محیطی^۷، هدف در زندگی و رشد شخصی^۸ تعریف می‌شود. افزون بر این، این سازه شامل تجارب هیجانی افراد (مانند هیجان‌های منفی و مثبت و خلق و خوی) و همچنین ارزیابی آنان از زندگی خودشان (مانند رضایت از زندگی) است (داینر، ۱۹۸۴؛ لوهمن، ۲۰۱۷).

تاب‌آوری، مفهومی پیچیده و چندبعدی است و شامل پیامدهای روانشناختی مثبت و پاسخ‌های سازگارانه‌ای است که با وجود شرایط نامطلوب فرایندهای تحولی، تنش و عوامل خطرزای محیطی، در

نارسایی‌های تحولی از جمله (نارسایی‌های ذهنی و تحولی) یکی از مسائل چالش‌برانگیز جوامع بشری‌اند و شامل آسیب‌های بلندمدت حرکتی، زبانی، سازشی / سازگارانه یا شخصی / اجتماعی است (مک‌دوگال و میلر، ۲۰۰۳). در این راستا، نارسایی‌های ذهنی - تحولی و شرایط عصب - تحولی قبل از سن ۱۸ سالگی‌اند که به واسطه محدودیت‌های معنی‌دار در عملکردهای ذهنی و رفتارهای سازگارانه تعریف می‌شوند؛ این رفتارهای سازگارانه در حوزه‌های مفهومی، عملی و اجتماعی نمود پیدا می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ کالیس، ۲۰۱۱؛ ویگت، میرز و تاپیا، ۲۰۱۸).

بیشتر کودکان دارای نارسایی‌های ذهنی و تحولی با والدین خود زندگی می‌کنند و خدمات بلندمدت و حمایتی را از والدین خود (به‌ویژه مادر) دریافت می‌کنند. حضور بلندمدت این گروه از کودکان و تأثیرات آن بر مادران، هم به لحاظ تأثیرگذاری مثبت و هم منفی همواره شایان توجه بوده است (امرسون و هاتون، ۲۰۰۸). تولد فرزند با ویژگی‌های نارسایی‌های ذهنی - تحولی استرس‌ها و چالش‌هایی را برای کل اعضای خانواده به همراه دارد. مادران این کودکان در مقایسه با گروه‌های عادی به واسطه هزینه‌های زیاد مالی و اقتصادی و ایجاد توازن بین نیازهای خانواده و فرزندان سطح زیادی از استرس را تجربه می‌کنند (ایستیس و همکاران، ۲۰۱۳؛ فیندلر، جاکوبی و گایس، ۲۰۱۶). افزون بر این، شرایط مزمن و چالش‌برانگیز بودن ویژگی‌های این گروه از کودکان، مادران آنها را با مشکلاتی مواجه می‌کند (هوداپ، رسی و فیدلر، ۲۰۰۳؛

7. positive relations with others

8. autonomy

3. environmental mastery

1. purpose in life

1. personal growth

0

1

1. adaptive / cognitive

2. neurodevelopmental

7. psychological well-being

4. resiliency

5. psychological hardiness

6. self- acceptance

برخی از افراد نمایان می‌شود. این سازه در مقابل اصطلاحات در معرض خطر و آسیب‌پذیر، بیشتر در توصیف افرادی به کار می‌رود که به شرایط نامطلوب، پاسخ‌های سازگاران می‌دهند (ماستن و ابرادویچ، ۲۰۰۶؛ راتر، ۲۰۰۶). تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بر شدت معلولیت و خدمات اجتماعی دریافتی تأثیرگذار است؛ یعنی هر اندازه شدت معلولیت بیشتر باشد، مادران بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آنها پایین می‌آید؛ حمایت اجتماعی دریافتی این شرایط را تعدیل می‌کند (پزو، ساریا و بریسو، ۲۰۱۴).

در دهه‌های اخیر، ویژگی‌های تاب‌آوری با توجه به اثراتش بر مادران و نیز فرایندهای تحولی افراد، در بیشتر فرهنگ‌ها درخور توجه قرار گرفته است (سینگر، مائول، وانگ و اثرایدجه، ۲۰۱۱). تاب‌آوری در مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی - تحولی به سازگاری و سلامت‌روانی آنها منجر شده است (نعمتی و مهدی‌پور - مارالانی، ۱۳۹۵؛ مک کوبین و مک کوبین، ۱۹۹۶؛ پاترسون، ۲۰۰۲). افزون بر این، تاب‌آوری از طریق پیشگیری از مبتلا شدن به اختلال‌ها به سازگاری و سلامت‌روانی افراد کمک می‌کند (میلانت، اید، کووس، و میهان، ۲۰۰۲؛ لی، سادوم و زامورسکی، ۲۰۱۳).

سرسختی روان‌شناختی شامل افرادی است که با وجود داشتن میزان زیادی از تنش در زندگی، سالم باقی می‌مانند (کوباسا، ۱۹۷۹). این سازه «منبع مقاومت» شناخته می‌شود و روش‌های مواجهه با عوامل استرس‌زا را در افراد تعدیل می‌کند. به عبارتی، افراد را قادر می‌سازد در مواجهه با وقایع استرس‌زا وضعیت طبیعی خود را حفظ کنند (کوباسا، ۱۹۷۹؛ کوباسا، مدی و

کان، ۱۹۸۲؛ پارکس، ۱۹۹۴). در اواخر دهه ۱۹۷۰، کوباسا مفهوم سرسختی روان‌شناختی را مطرح کرد و اشاره کرد سرسختی ارتباط بین حوادث زندگی تنش‌زا و بیماری را تعدیل می‌کند؛ بنابراین سرسختی روان‌شناختی با عوامل تنش‌زا مرتبط است و به خوبی پیامدهای مثبتی را در افراد ایجاد می‌کند. او همچنین سرسختی روان‌شناختی را ویژگی فردی پیچیده می‌دانست که شامل مؤلفه‌های تعهد، کنترل و چالش (مبارزه‌جویی) است (کوباسا، ۱۹۷۹، کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). به نظر می‌رسد تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی، توانایی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های تحولی را برای مقابله با چالش‌های این گروه از کودکان بالا می‌برد.

در حوزه نارسایی‌های تحولی، شناسایی متغیرهای روان‌شناختی از جمله سخت‌رویی روان‌شناختی برای کمک به بهزیستی مادران این گروه از کودکان اهمیت ویژه‌ای دارد. در پژوهشی نشان داده شد سخت‌رویی روان‌شناختی به همراه حمایت اجتماعی به سازگاری بهتر این گروه از مادران کمک کرده است (ویس، ۲۰۰۲). افزون بر این، سرسختی روان‌شناختی می‌تواند با معنادهی به زندگی در شرایط چالش‌برانگیز زندگی مرتبط باشد (شواب، ۱۹۹۶) و ارتقای توان افراد (فایلا و جونز، ۱۹۹۱؛ مک کوبین، مک کوبین و تامپسون، ۱۹۹۶) کمک کند.

مرور ادبیات پژوهشی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در حوزه نارسایی‌های ذهنی - تحولی نشان می‌دهد پژوهش درباره این سازه با متغیرهایی از قبیل انسجام خانوادگی و خودکارآمدی والدینی (بویراز و سای گیر، ۲۰۱۱) یا درباره مادران دارای کودکان با شرایط فلج مغزی (بارلو، کولین - پاول، چش یار،

3. control

4. challenge

1. resource source

2. commitment

متغیرهای مدنظر در حوزه نارسایی‌های ذهنی - تحولی کمک خواهد کرد. همچنین، افق‌های کاربردی و پژوهشی را پیش روی متخصصان قرار خواهد داد؛ یعنی والدین، معلمان، متخصصان، مشاوران و برنامه‌ریزان این حوزه می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر بهره‌مند شوند. در کل پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری و سخت‌رویی روانشناختی در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان نارسایی ذهنی و تحولی انجام شده است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی - تحولی بود که در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ در مدارس ابتدایی شهر تبریز ثبت‌نام کرده بودند. در این راستا، تعداد ۸۰ نفر از این گروه از مادران به صورت نمونه‌گیری دردسترس از مدارس تحت نظر آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر تبریز انتخاب شدند و مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی بشارت، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و سرسختی روانشناختی کوباسا برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند که در زیر توضیح داده می‌شوند:

مقیاس سلامت روانی^۱: مقیاس سلامت روانی - ۲۸ (بشارت، ۱۳۸۸)، فرم کوتاه مقیاس ۳۸ سؤالی سلامت روانی (بشارت ۱۳۸۵) است که دارای ۲۸ سؤال است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. ۱۴ سؤال اول این مقیاس، بهزیستی روانشناختی و ۱۴ سؤال پایانی‌اش، درماندگی روانشناختی^۲ را می‌سنجد. برای

درماندگی روانشناختی (ایستس و همکاران، ۲۰۰۶)، درماندگی روانشناختی والدینی (فونسیکا، نظره و کاناوارو، ۲۰۱۳)، آشفتگی‌های روانشناختی (گنوده، نارسیسه، هال و کویو، ۲۰۱۴)، احساس گناه و شرمندگی (لیس، شفرن و و ریزو، ۲۰۱۳)، سبک‌های مقابله‌ای (میکائلی، ۱۳۸۷)، آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا (علمی‌منش، ۱۳۹۶)، کیفیت زندگی و سلامت معنوی (صفر حمیدی، بشیرگنبدی و حسینیان، ۱۳۹۸) انجام شده است؛ ولی درباره‌ی سازه‌های تاب‌آوری و سخت‌رویی روانشناختی به‌عنوان سازه‌های مثبت روانشناختی در حوزه نارسایی‌های تحولی، پژوهشی انجام نشده است. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن نبود پژوهش درباره‌ی بررسی رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سخت‌رویی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی در بین این گروه از مادران، ضرورت پژوهش با این سازه‌ها به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار در زمینه‌های مختلف زندگی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی - تحولی را می‌طلبد. همچنین دست‌یابی به فعالیت‌های شواهد - محور در این حوزه با توجه به اینکه تنش‌های مرتبط با نارسایی‌های تحولی در برخی از خانواده‌ها گذرا و در برخی پایدار است (هایس و واتسون، ۲۰۱۳)، ضرورت انجام پژوهش حاضر را توجیه می‌کند. افزون بر این، مشاهده‌ی اثرات مثبت حضور کودک دارای نارسایی‌های ذهنی - تحولی بر مادران این گروه از کودکان (برای نمونه، بیگتون و ویلز، ۲۰۱۷) از پایه‌های نظری روانشناسی مثبت‌مبنی بر تأکید بر توانمندی‌ها حمایت می‌کند که این شرایط، پژوهش حاضر را به سوی راستی‌آزمایی سازه‌های تاب‌آوری، سخت‌رویی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی در حوزه نارسایی‌های تحولی رهنمون می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر به بسط و تعدیل دیدگاه‌های نظری و تجربی

^۲. psychological distress

^۱. Mental Health Inventory

ضریب پایایی این مقیاس از ضریب آلفای کراباخ برای هر دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی استفاده شده است که نمره آزمودنی‌های گروه بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و گروه بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد که نشان می‌دهد مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. ضرایب محاسبه شده برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = 0.89$ و $r = 0.90$ در سطح $p \leq 0.001$ معنادار بودند که نشان می‌دهد مقیاس از پایایی بازآزمایی رضایت‌بخشی برخوردار است. روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی -۲۸ با اجرای هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) درباره همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان دادند بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -0.17$, $p \leq 0.001$) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی، همبستگی مثبت معنادار ($r = 0.19$, $p \leq 0.001$) وجود دارد. این نتایج، روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی با مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار، محاسبه و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را تأیید کرد (بشارت، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر با توجه به اهداف پژوهش، فقط از بخش ۱۲ سؤالی بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کراباخ برابر با ۰/۷۳ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری^۳: برای سنجش تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است که هر کدام در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شوند. سازندگان آزمون، روایی (به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کراباخ) مقیاس تاب‌آوری را در گروه‌های مختلف عادی و در معرض خطر احراز کردند (جوکار، ۱۳۸۶). در ایران، محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهباز (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را برابر ۰/۸۹ و روایی آن را بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس در دانشجویان با روش آلفای کراباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمده و نتایج آزمون تحلیل عاملی روی این مقیاس بیان‌کننده وجود یک عامل عمومی در این مقیاس است. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر ۶/۶۴ بود. در پژوهش کاوه (۱۳۸۸) به منظور سنجش تاب‌آوری والدین، مقیاس مذکور استفاده شد و ضریب پایایی آن ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کراباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس سرسختی روان‌شناختی^۴: کوبا سا و همکاران (۱۹۸۲) این مقیاس را برای ارزیابی سخت‌رویی روان‌شناختی افراد طراحی کردند. فرم کوتاه این مقیاس شامل ۲۰ عبارت است که به صورت مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات) و به صورت نمره ۱ تا ۴ جمع‌بندی و تحلیل می‌شود. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی است. ضریب آلفای کراباخ برای همسانی درونی مقیاس سخت‌رویی روان‌شناختی ۰/۶۷ به دست

³ . Psychological Hardiness

1 Goldberg & Hillier

2 . Resilience Scale

آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان تعداد ۸۰ پرسشنامه را تکمیل کردند. تحصیلات مادران از راهنمایی تا لیسانس، سن آنها در دامنه ۲۴ تا ۵۵ سال، تعداد فرزندان آنها بین ۱ تا ۴ بود، جنسیت فرزندان آنها را پسر تشکیل می‌داد و با توجه به اینکه در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند، سطح نارسایی کودکان آنها بیشتر خفیف بود.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کالموگروف - اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان دادند متغیرهای پژوهش حاضر دارای توزیع نرمال اند؛ زیرا آزمون کالموگروف اسمیرنف در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه نرمالیتی برای متغیرها رعایت شده است. برای بررسی استقلال داده‌ها هم از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد؛ مقدار این آزمون ۲/۳ بود که نشان‌دهنده استقلال داده‌ها است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش همبستگی پیرسون، پس از تأیید پیش فرض‌های آن استفاده شد؛ نتایج در جدول زیر آمده‌اند.

روش اجرا و تحلیل: پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش استثنایی استان آذربایجان شرقی به مدارس مربوطه مراجعه شد. پس از کسب رضایت از مدیران و مادران این مدارس و همچنین دادن اطمینان خاطر به مادران این کودکان از محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ هویت و رضایت آگاهانه آنها، تعداد ۸۰ نفر از این گروه از مادران به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی بشارت، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و سرسختی روانشناختی کوباسا (جمعاً ۳ پرسشنامه) را تکمیل کردند و برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. در این راستا، برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار (SPSS) نسخه ۲۱ و از آمار توصیفی و استنباطی، آزمون رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون کالموگروف - اسمیرنف و آزمون دوربین واتسون استفاده شد.

جدول ۱. ضریب همبستگی بین تاب‌آوری و سخت‌رویی با بهزیستی روانشناختی

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
۱- تاب‌آوری	۷۲/۸۰	۲۲/۶۹	۱		
۲- سخت‌رویی	۳۹/۲۲	۱۳/۷۵	۰/۳۲	۱	
۳- بهزیستی روانشناختی	۵۴/۸۱	۱۳/۷۵	۰/۳۴*	۰/۲۷*	۱

* $P < 0.05$

تاب‌آوری و سخت‌رویی همبسته است. در ادامه برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای تاب‌آوری و سخت‌رویی بر بهزیستی روانشناختی، از رگرسیون به روش هم‌زمان استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده‌اند.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهند بین بهزیستی روانشناختی با تاب‌آور $r = 0.34$ و $p \leq 0.05$ و بین بهزیستی روانشناختی با سخت‌رویی $r = 0.27$ ؛ $p < 0.01$ همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت؛ یعنی سطوح بالای بهزیستی روانشناختی با سطوح بالای

جدول ۲. ضرایب رگرسیون سهم متغیرهای تاب‌آوری و سخت‌رویی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	Beta	t	sig	R	R ²
تاب‌آوری	۰/۳۲۴	۳/۱۳	۰/۰۰۳*	۰/۴۲۱	۰/۱۷۷
سخت‌رویی	۰/۲۴۸	۲/۳۹	۰/۰۱۹*		

$$P^* \geq 0.05$$

نارسایی‌های تحولی، شرایط روان‌شناختی مساعدی را ندارند و در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح بالایی از تنش و مشکلات سلامت‌روانی را تجربه می‌کنند (هوداپ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک و هو، ۲۰۰۷؛ هاسال و همکاران، ۲۰۰۵). مادران به دلیل اینکه زمان بیشتری برای مراقبت از فرزند معلول خود اختصاص می‌دهند و به علت شرایط و مسئولیت‌های مادام‌العمری که نارسایی‌های ذهنی - تحولی از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می‌شوند و در معرض آسیب‌های روانی شدیدتری قرار می‌گیرند (گوپتا و کایور، ۲۰۱۰).

در پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر و در ارتباط با نقش تاب‌آوری به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر تاب‌آوری به مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی - تحولی در برابر رفتارها و شرایط چالش‌برانگیز فرزند خود کمک کرده است تا بهزیستی روان‌شناختی حاصل شود. در این راستا و در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان بیان کرد در نظریه‌های تاب‌آوری خانوادگی باور بر این است که بحران‌های پیش‌رو فرصت‌هایی را برای خانواده‌ها فراهم می‌کند تا آنها به ارزیابی مجدد اولویت‌ها و ایجاد روابط معنی‌دار با عوامل محیطی و منابع شخصی بپردازند و از طریق مدیریت و سازگاری با شرایط موجود، بهزیستی روان‌شناختی خود را حفظ کنند (مک کوبین و همکاران، ۱۹۹۶؛ پاترسون ۲۰۰۲). تاب‌آوری انگیزه‌ای قوی برای مواجهه با چالش‌های زندگی فراهم می‌کند و انرژی‌دهنده رفتارهای هدفمند

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهند هر دو متغیر تاب‌آوری ($t = 3/13, P = 0/003$) و سخت‌رویی ($t = 2/39, P = 0/01$) در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی معنا دارند. همچنین با توجه به نمرات Beta می‌توان گفت به ترتیب متغیرهای تاب‌آوری (۰/۳۲۴) و سخت‌رویی (۰/۲۴۸)، سهم یگانه‌ای در تبیین واریانس بهزیستی روان‌شناختی دارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های شناختی - سازگاران انجام شد. نتایج نشان دادند هم تاب‌آوری و هم سخت‌رویی روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و همچنین، متغیرهای تاب‌آوری و سخت‌رویی روان‌شناختی توانایی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان نارسایی‌های شناختی - سازگاران را دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های تیسایس و همکاران (۲۰۱۳) و فیندلر، جاکوبی و گایس (۲۰۱۶) ناهمسو است و با شواهد پژوهشی میلانت و همکاران (۲۰۰۲)، لی و همکاران (۲۰۱۳)، نعمتی و همکاران (۱۳۹۵) و بیگتون و همکاران (۲۰۱۷) همسو هستند. در ارتباط با تبیین ناهمسوئی می‌توان بیان داشت شرایط چالش‌برانگیز، این گروه از کودکان مادران را با مشکلاتی مواجه می‌کند. بیشتر یافته‌های پژوهشی مبین این است که مادران کودکان دارای

توانمندی‌های این گروه از مادران در مواجهه با چالش‌های فراروری و ویژگی‌های فرزند خود، به آنها کمک شایانی می‌کند و با فراهم کردن فرصت رویارویی با چالش‌ها، بهزیستی روانی آنان را ارتقا می‌بخشد.

افراد دارای ویژگی‌های سرسختی، به آسانی تحت فشار قرار نمی‌گیرند، کمتر به بیماری مبتلا می‌شوند و توانایی انجام رفتار مناسب در هنگام استرس را دارند (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). به نظر می‌رسد سطوح سرسختی بالا افراد را قادر می‌سازد رویدادهای دشوار زندگی را به فرصت‌هایی برای افزایش معنادهی به زندگی تبدیل کنند (شواب، ۱۹۹۶). همچنین سرسختی کارکردی است که به منزله عامل میانجی گر توان مقابله‌ای افراد را بالا می‌برد و خطر اثرات استرس را کاهش می‌دهد (فایلا و همکاران، ۱۹۹۱؛ مک کویین و همکاران ۱۹۹۶). همچنین، افراد دارای سطوح سرسختی روانشناختی بالا، دارای حس قوی تعهد نسبت به زندگی و کارند و به صورت فعال نسبت به آنچه در اطراف آنها اتفاق می‌افتد واکنش نشان می‌دهند.

افراد دارای سرسختی روانشناختی معتقدند می‌توانند آنچه اتفاق می‌افتد را کنترل یا تحت تأثیر قرار دهند و از شرایط و چالش‌های جدید خود لذت می‌برند. همچنین، آنها دارای انگیزش درونی‌اند و برای خود حس رسیدن به هدف را ایجاد می‌کنند (کوباسا، ۱۹۷۹). به نظر می‌رسد مادرانی که در تربیت فرزند دارای نارسایی‌های ذهنی و تحولی خود دارای انگیزش درونی و هدف‌گذاری هستند، آمادگی مبارزه با چالش‌های ناشی از ویژگی‌های این گروه از کودکان را دارند؛ بر همین اساس، رضایت از زندگی را در این راستا تعریف می‌کنند و به دست می‌آورند.

به‌طور کلی سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری، نقش مهمی در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی مادران دارد و از پایه‌های نظری روانشناسی مثبت در ارتباط با

برای سازگاری و بازگشت به حالت نخستین است. این سازه در گروه‌های در معرض خطر از جمله مادران دارای کودکان نارسایی‌های ذهنی - تحولی، نقش میانجی گر بسیار مهمی را در پیشگیری از بروز بسیاری از اختلالات روانی از خود نشان می‌دهد و با تغییر در طول زمان می‌تواند کمک بسیاری به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب کند (میلانت و همکاران، ۲۰۰۲؛ لی، سادوم و همکاران، ۲۰۱۳؛ نعمتی و همکاران، ۱۳۹۵).

افزون بر این، مواردی مانند ارتقای حس توان شخصی و اعتماد، تغییر اولویت‌ها، قدر دانستن زندگانی، لذت از فرایند رشد و تکامل کودک، ارتقای ایمان / معنویت، معنی‌دار شدن روابط و تغییرات مثبت کودک بر کل جامعه از اثرات مثبت کودک دارای نارسایی‌های ذهنی - تحولی بر مادران و بافت خانودگی است (بیگتون و ویلز، ۲۰۱۷). مجموعه اینها شرایطی را برای این گروه از مادران فراهم می‌آورد تا بهزیستی روانشناختی آنان با وجود مواجهه با چالش‌های فراروری ناشی از وجود فرزند با نارسایی‌های ذهنی - تحولی، مثبت شود.

در پژوهش حاضر، یافته‌های موجود از نقش و توان مؤثر سخت‌رویی روانشناختی در پیش‌بینی بهزیستی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های ذهنی - تحولی حمایت می‌کند. افراد دارای ویژگی‌های سخت‌رویی رویدادهای چالش‌برانگیز زندگی را به صورت عامل کم‌خطر ارزیابی می‌کنند و در توانایی خود برای مقابله با این‌گونه رویدادها خوش‌بین‌اند. افزون بر این، آنها این‌گونه چالش‌های فراروری خود را فرصتی برای پویایی و انطباق مجدد و ارتقای خویش‌تصویر می‌کنند و با باور توانایی کنترل عوامل محیطی، فرایند زندگی سازگاران خود را حفظ می‌کنند (کوباسا، ۱۹۷۹). می‌توان بیان کرد سرسختی روانشناختی با افزایش

علمی منش، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تنیدگی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی.

فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷(۴)، ۵-۱۴.

کاوه، م. (۱۳۸۸). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف، پایان‌نامه کارشناسی ارشد کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

محمدی، م؛ جزایری، ع؛ رفیعی، ا؛ جوکار، ب و پورشهباز، ع. (۱۳۸۵). بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر. مجله پژوهش‌های نوین در روان‌شناختی. دوره (۱)، شماره ۲(۲)، ۲۲۴-۲۰۳.

میکائیلی، ف. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی: اثر سبک‌های مقابله‌ای. فصلنامه کودکان استثنایی، ۸(۱)، ۵۳-۶۷.

نعمتی، ش؛ مهدی‌پور - مارالانی، ف. (۱۳۹۵). مدل‌یابی ساختاری سبک‌های دل‌بستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی در والدین دارای کودکان نارسایی‌های رشدی و ذهنی. فصلنامه افراد استثنایی، ۶(۲۲)، ۲۶-۴۰.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association. Washington.

Barlow, J. H., Cullen-Powell, L. A., & Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 176(3-4), 421-428.

Bayat, M. (2017). *Teaching exceptional children: Foundations and best practices in inclusive early childhood education classrooms*. New York: Rutledge.

Beighton, C. & Wills, J. (2017). Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative

تأکید بر توانمندی‌های آدمی در مقابله با چالش‌های زندگی حمایت می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کنترل‌نشدن برخی از فرایندهای تحولی و ویژگی‌های فردی افراد مثل تجارب و نگرش‌های آنان و جنسیت فرزندان این مادران اشاره کرد که به‌نوعی می‌تواند بر سخت‌رویی روان‌شناختی، تاب‌آوری تأثیر گذارد. طراحی و اجرای برنامه آموزشی سخت‌رویی روان‌شناختی و تاب‌آوری و نیز انجام پژوهش‌های بیشتر در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی برای رسیدن به شواهد پژوهشی بیشتر پیشنهاد می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر از پایه‌های نظری روان‌شناسی مثبت در ارتباط با تأکید بر توانمندی‌ها در مقابله با چالش‌های زندگی حمایت می‌کند.

منابع

بشارت، م. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت‌روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۲(۵۴)، ۹۱-۸۷.

جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. مجله روان‌شناسی معاصر. دوره ۲، شماره ۲ (۴)؛ ۱۲-۳.

سامانی، س؛ جوکار، ب؛ صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت‌روانی و رضایت‌مندی از زندگی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. دوره ۱۳، شماره ۳؛ ۲۹۵-۲۹۰.

صفا حمیدی، ا. بشیرگنبدی، س. حسینیان، س. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۵(۲)، ۳۷-۴۹.

- Gupta, R. K., & Kaur, H. (2010). Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 21*(2), 118–126.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(6), 405–418.
- Hayes, S. A. & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629-642.
- Hodapp, R. M., Ricci, L. A., Ly, T. M., & Fidler, D. J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology, 21*(1), 137–151.
- Kauffman, J. M., Hallahan, D. P., & Pullen, P. C. (2017). *Handbook of special education*, Second Edition, New York.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology, 42*(1), 168.
- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology, 7*(4), 413-423.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology, 37*(1), 1- 11.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*(3), 37 – 327.
- Liss, M., Schiffrin, H. H., & Rizzo, K. M. (2013). Maternal guilt and shame: The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child and Family Studies, 22*(8), 1112-1119.
- Luhmann, M. (2017). Using big data to study subjective well-being. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 18*, 28-33.
- Mak, W. W., & Ho, G. S. (2007). Caregiving perceptions of Chinese mothers of children exploration. *Journal of Intellectual Disabilities, 21*(4), 325-345.
- Boyraz, G. & Sayger, T. V. (2011). Psychological well-being among fathers of children with and without disabilities: The role of family cohesion, adaptability, and paternal self-Efficacy. *American Journal of Men's Health, 5*(4), 286-296.
- Calles, J. L. (2011). Cognitive-adaptive disabilities. *Pediatric Clinics, 58*(1), 189-203.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542.
- Emerson, E. & Hatton, C. (2008). *People with learning disabilities in England*. Lancaster: Centre for Disability Research, Lancaster University: edr research report.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development, 35*(2), 133-138.
- Failla, S. & Jones, L. C. (1991). Families of children with developmental disabilities: An examination of family hardiness. *Research in Nursing & Health, 14*(1), 41-50.
- Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities, 55*, 44-54.
- Fonseca, A., Nazaré, B., & Canavarro, M. C. (2013). Parental psychological distress and confidence after an infant's birth: The role of attachment representations in parents of infants with congenital anomalies and parents of healthy infants. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(2), 143-155.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine, 9*(1), 139-145.
- Goudie, A., Narcisse, M. R., Hall, D. E., & Kuo, D. Z. (2014). Financial and psychological stressors associated with caring for children with disability. *Families, Systems, & Health, 32*(3), 280.

- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 442-458.
- Schwab, R. (1996). Gender differences in parental grief. *Death Studies*, 20(2), 103-113.
- Singer, G. H., Maul, C., Wang, M., & Ethridge, B. L. (2011). Resilience in families of children with disabilities: Risk and protective factors. In J. M. Kauffman, D. P. Hallahan. In *Handbook of special education* (pp. 654-667). New York: Rutledge.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Voigt, R. G., Macias, M., S. M. Myers, Tapia, C. D. (2018). Child Development: The basic Science of pediatric. In Voigt, R. G., Macias, M., S. M. Myers, Tapia, C. D. (2Eds.). *Developmental and behavioral pediatrics*. (1-4). Illinois: American Academy of Pediatric.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6(1), 115-130.
- with intellectual disability in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 145-156.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In: H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin. *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1996). Family Problem Solving Communication (FPSC). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (Eds.), *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice* (pp. 639-688). Madison, WI: University of Wisconsin.
- McDougall, J. & Miller, L. (2003). Measuring chronic health condition and disability as distinct concepts in national surveys of school-aged children in Canada: a comprehensive review with recommendations based on the ICD-10 and ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25(16), 922-939.
- Masten, As SM & Obradović, Jj (2006)(Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27
- Mylant, M., Ide, B., Cuevas, E., & Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(2), 57-64.
- Parkes, K. R. (1994). Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work & Stress*, 8(2), 110-129.