

## رابطه علی تاب‌آوری و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی

مریم نصیری<sup>۱</sup>  
سعید بختیارپور<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه علی تاب‌آوری و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی در شهر اهواز بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که در آن رابطه بین متغیرها در قالب تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور ۱۰۰ مادر دارای کودک استثنایی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت روانی SCL-۲۵ (۱۹۷۳)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، نیازهای روان‌شناختی دسی و رایان (۲۰۰۰) و عملکرد خانواده مک ماستر (۱۹۸۳) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری با سلامت روانی و همچنین بین نیازهای روان‌شناختی با عملکرد خانواده و بین عملکرد خانواده با سلامت روانی رابطه مستقیم وجود داشت. اما بین نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی و همچنین بین تاب‌آوری با عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی رابطه مستقیم وجود نداشت. بین تاب‌آوری با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی رابطه غیرمستقیم وجود داشت ( $p < 0/05$ ). اما بین نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی رابطه غیرمستقیم وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، تاب‌آوری، نیازهای روان‌شناختی و عملکرد خانواده

۱. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول) Saeedb81@yahoo.com

## مقدمه

یکی فرایند تولد یک کودک، اگرچه با سختی‌ها و نگرانی‌هایی همراه است، با این وجود، این فرایند برای والدین هیجان‌انگیز و لذت‌بخش است. امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در والدین ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، اما به محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوهای خود را بر باد یافته می‌بینند و از این لحظه مشکلات آنها آغاز می‌گردد (یاماوکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). نوع عکس‌العملی که پدر و مادر در مقابل بیماری فرزندشان از خود بروز می‌دهند در ایجاد جوی مساعد هم برای خود کودک و هم برای سایر افراد خانواده نقش بسیار حساسی دارد (آنتیگونی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). به طور کلی این گونه خانواده‌ها، به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبرو است و این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سینگهای، گوال، سینگهای و والیا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). داشتن کودکان ناتوان نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان‌کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند و باعث پایین آمدن سلامت روانی<sup>۴</sup> والدین به ویژه مادران این گروه از کودکان می‌شود (خیر، قنیم، سندریگ، اسماعیل، حیدر و الراوی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). یکی از مهمترین مسائل در گستره زندگی انسان‌ها، بحث سلامت روانی می‌باشد. به عبارت دیگر، برای داشتن زندگی سالم و کارآمد، وجود سلامت روانی در سطح مطلوب، امری اجتناب‌ناپذیر است. در تعریفی کلی از سلامت روانی، هر انسانی که قادر باشد با مسائل روزمره خود کنار بیاید، با خود و دیگران سرسازش داشته باشد و از پس تعارضات درونی خود برآید، را دارای سلامت روانی می‌دانند (مان درشید، رایف، فریمن، مکین نایت، دینگرا و استرین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). عوامل مختلفی بر سلامت روانی این مادران تأثیرگذار هستند که یکی از این عوامل، تاب‌آوری<sup>۷</sup> می‌باشد. تاب‌آوری هر فرد، به وسیله پاسخ فرد به حوادث استرس‌زای زندگی و یا در معرض طولانی مدت استرس قرار گرفتن وی تعیین می‌شود (مورفی، نالبون، وتچلر و ادواردز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). تاب‌آوری را عاملی می‌دانند که به سازگار شدن افراد با شرایط سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و می‌تواند آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت کند (ستارپور ایرانقی، جمالی قراخانلو، همتی و مرادی کیا، ۱۳۹۷). مادران کودکان استثنایی نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا آنها مجبور به تغییر در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود از سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند (هالاها، کافمن و پولین<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). از سوی دیگر ارضای نیازهای اساسی شرایط لازم برای رشد و بالندگی، انسجام یافتگی و بهزیستی روان‌شناختی فراهم می‌کنند. تحقیقات در حوزه نیازها در سال‌های اخیر بر توسعه و گسترش نیازهای روان‌شناختی<sup>۱۰</sup> تمرکز داشته است که برای اولین بار توسط دسی و رایان (۲۰۰۰) تحت عنوان نظریه

۱. Yamaoka

۲. Antigoni

۳. Singhi, Goyal, Singhi &amp; Walia

۴. mental health

۵. N. Kheir, Ghoneim, Sandridge, Al-Ismael, Hayder and AlRawi

۶. Manderscheid, Ryff, Freeman, Mckinight, Dhingra &amp; Strine

۷. resilient

۸. Murphy, Nalbone, Wetchler &amp; Edwards

۹. Hallahan, Kauffman &amp; Pullen

۱۰. psychological needs

خود تعیین‌گری مطرح شد. براساس این نظریه سه نیاز ذاتی روان‌شناختی عبارتند از خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط (کاپیا و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعات انجام شده، حاکی از استرس فزاینده‌ای است که مادران کودکان استثنایی را درگیر می‌کند. چنانچه نتایج پژوهش شعاعی (۱۳۹۵) نشان داد مادران دارای کودکان دیرآموز نسبت به مادران دارای کودکان عادی از مشکلات بین فردی بالاتری برخوردار بودند و ارضای نیازهای اساسی در آنها پایین بود.

همچنین، عملکرد خانواده<sup>۱</sup> یکی دیگر از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده سلامت روانی مادران است و به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد‌کننده و نگهدارنده اختلالات روحی و هیجانی افراد مطرح می‌شود. عملکرد خانواده در واقع تلاش مشترکی برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده است (متیوس، ماریولیس و ویلفورد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). تغییرات کمی و کیفی در این فرایند باعث شکل‌گیری شخصیت متفاوت در خانواده می‌شود و در بیشتر موارد با وجود اینکه ممکن است پشتوانه‌ای برای سلامت رفتاری افراد باشد، مشکلات رفتاری خاصی را ایجاد می‌کند که به عوامل متعددی بستگی دارد (بابلانی، ۱۳۹۳). از آنجایی که مادر نقش اساسی در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده دارد و ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد پرداختن به وضعیت مادران اهمیت زیادی دارد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، یافتن پاسخ برای این سؤال است که آیا مدل علی تاب‌آوری و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی از برازش مطلوب برخوردار است؟

### روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که در آن رابطه بین متغیرها در قالب تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان استثنایی شهر اهواز در سال ۹۷-۱۳۹۶ می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از برآورد کفایت حجم نمونه توسط SPSS و با استفاده از شاخص توان آزمون (که بالاتر از ۰٫۸۰ بود) از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک استثنایی انتخاب شدند.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روانی SCL-۲۵: مقیاس سلامت روان توسط دراگوتیس و همکاران در سال ۱۹۳۷ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ توسط دراگوتیس، ریکلز و راک تهیه گردید. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و سؤالات به شکل ۵ گزینه‌ای هستند (هیچ، کمی، تاحدی؛ زیاد و خیلی زیاد). نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) می‌باشد. اعتبار و پایایی این آزمون توسط سازندگان مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهشی شمسی و دادور (۱۳۹۸) ضریب پایایی سلامت روان را برابر با ۰/۸۳ بدست آورد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶ به دست آمده است.

پرسشنامه تاب‌آوری: این مقیاس ۲۵ گویه دارد و کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) آن را با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. نمره گذاری درجه بندی بین صفر: کاملاً

۱. family function

۲. Matthews, Marulis & Williford

نادرست تا چهار: همیشه درست انجام می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه شامل جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مهارت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. در پژوهشی محمدخانی، حدادی کوهسار، سلیمانی، اعتمادی و سیدعلی‌نقی (۱۳۹۶) ضریب پایایی تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ بدست آورد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است. پرسشنامه نیازهای روان‌شناختی: این مقیاس توسط گاردیا، دسی و رایان<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) ساخته شده است که میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگر آزمودنی‌ها را می‌سنجد. مقیاس مذکور ۲۱ ماده است که براساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت درجه بندی شده است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است (۱، ۲ و ۳: اصلاً درست نیست؛ ۴، ۵ و ۶: تا حدودی درست و ۷: بسیار درست). اما این شیوه نمره گذاری در مورد سؤالات ۳، ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس است. وی، شافر، یانگ و زاکالیک<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) اعتبار نیاز به استقلال، شایستگی و پیوستگی و نمره کل مقیاس را به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی شعاعی (۱۳۹۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بدست آورد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه نیازهای روان‌شناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۸ به دست آمده است.

پرسشنامه عملکرد خانواده مک ماستر<sup>۳</sup> (FAD): پرسشنامه ۶۰ سوالی عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک ماستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بیشاب و لوین<sup>۴</sup> با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت و به صورت کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱)، صورت می‌گیرد. این پرسشنامه دارای هفت خرده مقیاس با عناوین ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی و کنترل رفتار می‌باشد. نمره پایین در این پرسشنامه، نشان دهنده عملکرد سالم و نمره بالا نشانگر عملکرد ناسالم خانواده است. روایی این آزمون نشان داد تا حدی دارای روایی همزمان و پیش بین است. این آزمون پس از تهیه توسط مؤلفان در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ بدست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد. در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی مقیاس عملکرد خانواده از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶ به دست آمده است.

### یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات در جدول ۱ آورده شده است.

۱. Guardia, Deci & Ryan

۲. Wei, Shaffer, Young & Zakalik

۳. Mc Master

۴. Epshten, Bishop & Levin

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات
سلامت روانی		۵۳,۱۱	۱۳,۴۹	۳۵-۹۰
تاب‌آوری		۵۵,۹۵	۱۶,۰۵	۲۵-۹۰
نیازهای روان‌شناختی		۸۴,۴۰	۱۷,۳۶	۴۰-۱۱۰
عملکرد خانواده		۱۰۹,۷۲	۳۳,۹۴	۲۳-۱۵۰

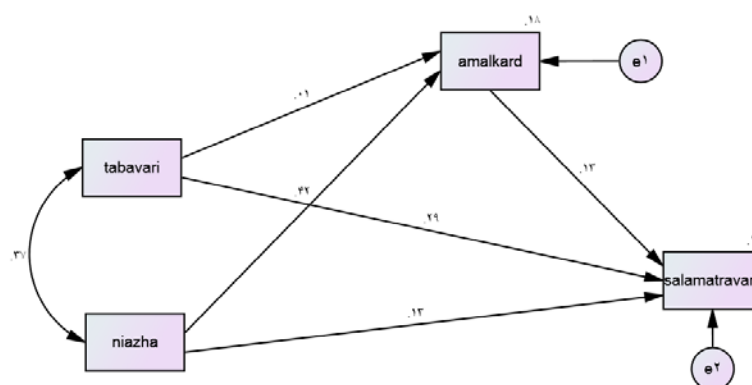
نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف معیار در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در ادامه، در جدول ۲ ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای تحقیق در کل آزمودنی‌ها آورده شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای تحقیق در کل آزمودنی‌ها

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱- سلامت روانی	۱			
۲- تاب‌آوری	$r = 0.358^{**}$	۱		
۳- نیازهای روان‌شناختی	$r = 0.297^{**}$	$r = 0.370^{**}$	۱	
۴- عملکرد خانواده	$r = 0.238^*$	$r = 0.165^*$	$r = 0.425^{**}$	۱

\*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

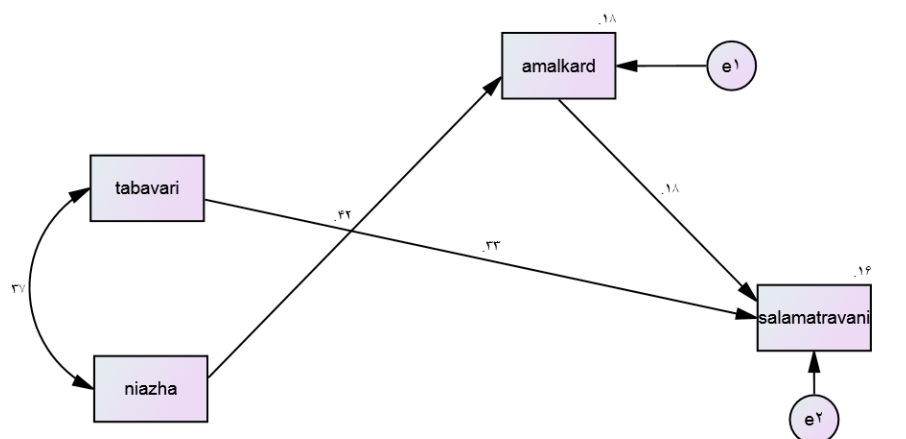
بر اساس جدول ۲، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تمامی متغیرهای پژوهش در سطح  $p < 0.01$  رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. برای ارزیابی مدل پیشنهادی این پژوهش از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS ویراست ۲۳ استفاده شده است. مدل پیشنهادی اولیه‌ای جهت تبیین سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری، نیازهای روان‌شناختی و عملکرد خانواده به دست آمده است که در نمودار زیر آن را مشاهده می‌کنید.



جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل اولیه و نهایی

RMSEA	NFI	CFI	TLI	IFI	df	شاخص‌های نیکویی برازش		
۰,۲۸۲	۱,۰۰	۰,۰۰	-	-	۰	مدل اولیه		
۰,۰۰	۰,۹۹	۱,۰۰	۱,۰۲	۱,۰۵	۰,۷۸۱	۲	۱,۵۶	مدل نهایی

با توجه به داده‌های جدول ۳ شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب ( $RMSEA=0,282$ ) نشان می‌دهد که مدل اولیه نیاز به اصلاح دارد. جهت اصلاح مدل، رابطه نیازهای روان‌شناختی به سلامت روانی و همچنین رابطه تاب‌آوری به عملکرد خانواده حذف شده است. مدل نهایی در نمودار زیر آمده است. نتایج نشان دهنده برازش خوب مدل می‌باشد. مدل اصلاح شده در زیر آورده شده است.



در ادامه یافته‌های مربوط به برآورد ضرایب مسیر برای بررسی فرضیه‌های مستقیم در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب مسیر اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل اولیه و نهایی

مدل نهایی			مدل اولیه			مسیر
P	ضرایب مسیر استاندارد	نوع مسیر	P	ضرایب مسیر استاندارد	نوع مسیر	
۰,۰۰۰۱	۰,۳۲۸	مستقیم	۰,۰۰۴	۰,۲۸۶	مستقیم	تاب‌آوری - سلامت روانی
-	-	مستقیم	۰,۲۱۱	۰,۱۳۴	مستقیم	نیازهای روان‌شناختی - سلامت روانی
-	-	مستقیم	۰,۹۲۶	۰,۰۰۹	مستقیم	تاب‌آوری - عملکرد خانواده
۰,۰۰۰۱	۰,۴۲۵	مستقیم	۰,۰۰۰۱	۰,۴۲۱	مستقیم	نیازهای روان‌شناختی - عملکرد خانواده
۰,۰۴۸	۰,۱۸۴	مستقیم	۰,۱۸۴	۰,۱۳۴	مستقیم	عملکرد خانواده - سلامت روانی

یافته‌های جدول ۴ نشان داد در فرضیه اول بین تاب‌آوری با سلامت روانی ( $\beta=0/328$ ) که در سطح  $p<0/01$  از لحاظ آماری معنی‌دار بود و این فرضیه تأیید شد. در فرضیه دوم بین نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی ( $\beta=0/211$ ) که در سطح  $p=0/05$  از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این فرضیه تأیید نشد. در فرضیه سوم بین تاب‌آوری با عملکرد خانواده ( $\beta=0/926$ ) که در سطح  $p=0/05$  از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این فرضیه تأیید نشد. در فرضیه چهارم ( $0/425$ ) بین نیازهای روان‌شناختی با عملکرد خانواده ( $\beta=$ ) که در سطح  $p<0/01$  از لحاظ آماری معنی‌دار بود و این فرضیه تأیید شد. در فرضیه پنجم بین عملکرد خانواده با سلامت روانی ( $\beta=0/184$ ) که در سطح  $p\leq 0/05$  از لحاظ آماری معنی‌دار بود و این فرضیه نیز تأیید شد. برای تعیین معنی‌داری روابط واسطه‌ای، از روش بوت استرپ استفاده شده است. که نتایج را در جدول ۵ ملاحظه می‌نمایید.

جدول ۵: نتایج روش بوت استرپ در بررسی مسیرهای غیر مستقیم و واسطه‌ای

مدل اولیه		مدل نهایی				
متغیر مستقل	متغیر واسطه‌ای	متغیر وابسته	بوت استرپ	P	بوت استرپ	P
تاب‌آوری	عملکرد خانواده	سلامت روانی	۰,۰۵۸	۰,۰۰۹	۰,۶۱	۰,۰۱۴
نیازهای روان‌شناختی	عملکرد خانواده	سلامت روانی	-	-	-	-

فاصله‌های اطمینان جدول ۵ حاکی از معنی‌داری مسیر غیرمستقیم تاب‌آوری به سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده می‌باشد ( $\beta=0/61$ ) که در سطح  $p\leq 0/05$  از لحاظ آماری معنی‌دار بود و فرضیه ۶ تأیید شد. در فاصله مذکور به علت قرار نگرفتن صفر در این فاصله، رابطه مسیر غیرمستقیم یادشده معنی‌دار تلقی می‌شود. اما در مسیر نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده با توجه به اینکه رابطه مستقیم بین نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی در مدل اولیه معنادار نشده بود و در مدل نهایی این رابطه حذف شد و از آن جایی که این رابطه بخش اول رابطه در فرضیه غیرمستقیم بود، در نتیجه رابطه غیرمستقیم در مدل نهایی در سطح  $p>0/05$  معنادار نیست و فرضیه ۷ پژوهش تأیید نمی‌گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به آزمون برازندگی مدل علی رابطه تاب‌آوری و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی پرداخته است. نتایج تحلیل مسیر، برازش مطلوب مدل طراحی شده با داده‌های جمع‌آوری شده را تأیید کرد. در فرضیه اول، رابطه تاب‌آوری و سلامت روانی معنی‌دار شد. به این معنا که تاب‌آوری از طریق افزایش سرسختی روان‌شناختی و توان مقابله با مشکلات به سلامت روانی و جسمی افراد کمک می‌کند. نتایج این فرضیه با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۵)، شیخ زاده قولنجی، ترخان، گلچین و زارع (۱۳۹۳)، دوستی، پورمحمدی رضای تجریشی و غباری‌بناب (۱۳۹۳)، احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳)، گاتجار<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) و کارتون<sup>۲</sup>

۱. Gutjahr

۲. Carlton

و همکاران (۲۰۰۶) همسو بود. این یافته بیانگر آن است که هر چه مادران تاب‌آوری بیشتری داشته باشند، توانایی بیشتری در تحمل شرایط ناگوار را دارا هستند که این باعث بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مفهوم تاب‌آوری به معنای توانایی برای رویارویی با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای دوباره و کسب تعادل پس از بحران است و در بر گیرنده مؤلفه‌های ارتباط خانوادگی و حل مسأله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم‌انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی آفرینش معنا برای سختی است.

در فرضیه دوم رابطه نیازهای روان‌شناختی و سلامت روانی تأیید نشد؛ یافته‌ای همسو با این فرضیه یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، با اینکه کم‌توانی ذهنی به مثابه یک شرایطی کاملاً پایدار، می‌تواند منبع تنش مستمر برای مادران محسوب گردد، و سلامت روان آن‌ها را در پی ارضا نشدن نیازهای روان‌شناختی‌شان با تهدید مواجه سازد، با این حال، نتایج این فرضیه نشان داد بین ارضای نیازهای روان‌شناختی این مادران و سطح سلامت روانی آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود ندارد و عوامل دیگری از قبیل حمایت‌های سازمان‌های استثنایی از کودکان آن‌ها از قبیل تأمین بعضی هزینه‌ها و آموزش مطلوب کودکان، رضایت شغلی در مادران شاغل دارای کودک استثنایی، وجود هوش معنوی در این زنان، هوش هیجانی، امید به زندگی، ذهن آگاهی و پذیرش اجتماعی این کودکان بر میزان سلامت روانی آن‌ها نقش داشته باشند.

در فرضیه سوم رابطه بین تاب‌آوری با عملکرد خانواده تأیید نشد. نتایج این فرضیه با یافته‌های گرستین، سمیک، بلاکر و باکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، بایات<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) ناهمسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در خانواده‌های دارای کودکان استثنایی، درخواست‌های جدیدی برای والدین به واسطه نیاز به بستری شدن، مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی، آموزش و توانبخشی کودک ایجاد می‌شود و این عوامل به نوبه خود می‌تواند فرایند سازگاری و بهزیستی والدین را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهایی همچون تنیدگی را بدنبال داشته باشد. خانواده‌های کودکان با ناتوانی، ظرفیت زیادی را نشان می‌دهند که کمک‌های مثبتی را به خاطر ناتوان بودن به زندگی و بهزیستی خانواده‌شان می‌کند. تعداد زیادی از خانواده‌ها موفق شده‌اند با وجود یک کودک با ناتوانی سازگاری مثبتی داشته باشند.

در فرضیه چهارم، رابطه بین نیازهای روان‌شناختی با عملکرد خانواده تأیید شد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج یافته‌های رحیمی نژاد و پاک نژاد (۱۳۹۳) در خصوص رابطه عملکرد منفی خانواده با ارضای نیازهای اساسی فرزندان هماهنگی داشت. به طور کلی، وجود کودک استثنایی شبکه‌های نقش را به هم می‌ریزد، ارتباط خانواده با نقش‌های خارج از خانواده کمرنگ تر شده و هر یک از افراد خانواده به نوعی منزوی می‌گردند. ایجاد یک استرس مانند داشتن یک فرزند ناتوان، والدین خصوصاً مادر را تحت فشار قرار داده و این موضوع بر روابط و نقش‌های زناشویی نیز تأثیرگذار است.

در فرضیه پنجم رابطه بین عملکرد خانواده با سلامت روانی تأیید شد؛ که این یافته با پژوهش‌های قمری و خوشنام (۱۳۹۰) و ساقی و رجایی (۱۳۷۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، پی بردن به عقب ماندگی ذهنی فرزندان، می‌تواند فشار روانی فاجعه آمیزی برای مادر و خانواده محسوب شود. از سوی دیگر، وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده می‌تواند منبعی برای فشار روانی به حساب آید که اعضای خانواده و به ویژه مادر را در معرض بحران‌های هیجانی آتی و آمادگی برای واکنش‌ها و اختلالات شدید مرتبط با فشار روانی قرار می‌دهد. عملکرد خانواده با حالات روانی منفی از قبیل

۱. Gerstein, Crnic, Blacher & Baker

۲. Bayat



استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از داشتن کودکان استثنایی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. یعنی هرچه عملکرد خانواده در سطح بالاتری باشد به میزان آن حالات روحی منفی پایین خواهد بود. در فرضیه ششم رابطه غیرمستقیم بین تاب‌آوری و سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده تأیید شد. یافته‌ای همسو با فرضیه حاضر یافت نشد. از آنجایی که رابطه بین تاب‌آوری با سلامت روانی در فرضیه اول تأیید شده بود، در این فرضیه این بررسی صورت گرفت که آیا تاب‌آوری به طور غیرمستقیم از طریق عملکرد خانواده نیز بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد؟ که این یافته نشان داد می‌توان عملکرد خانواده را به عنوان یک متغیر میانجی بین تاب‌آوری و سلامت روانی در نظر گرفت. نتایج پژوهش نشان داد می‌دهد مادران دارای کودکان استثنایی از سلامت روانی پایین‌تر، و همین‌طور استرس و افسردگی بیشتری، رنج می‌برند. با اتخاذ تدابیری می‌توان استرس اعضای خانواده، به خصوص والدین را کاهش داد. در پرتوی سلامت روانی، میزان موفقیت آنان در برخورد با مشکلات کودک ناتوان افزایش می‌یابد.

در فرضیه هفتم، رابطه غیرمستقیم نیازهای روان‌شناختی و سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده معنادار نشد. یافته‌ای همسو با فرضیه حاضر یافت نشد. با توجه به اینکه رابطه مستقیم بین نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی در مدل اولیه معنادار نشده بود و در مدل نهایی این رابطه حذف شد و از آنجایی که این رابطه بخش اول رابطه در فرضیه غیرمستقیم بود، در نتیجه رابطه غیرمستقیم در مدل نهایی معنادار نشد و این فرضیه تأیید نشد. نتایج نشان داده است که عملکرد والدین کودکان استثنایی به خصوص مادران این کودکان از نظر عملکرد خانواده مانند رفاه مادی، سلامت جسمانی، روابط والد-فرزند، روابط زناشویی، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع دوستانه، روابط شغلی، رضایت شغلی، فعالیت‌های هنری-ورزشی و اوقات فراغت، پایین‌تر از والدین کودکان عادی هستند و این مادران از سلامت جسمانی و روانی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردار هستند و همبستگی بالایی بین وضعیت روانی مادران و رفع نیازهای جسمی و عاطفی کودک با نیازهای ویژه وجود دارد. جامعه آماری این پژوهش را مادران کودکان استثنایی شهر اهواز شامل می‌شد که این موضوع، تعمیم نتایج را به دیگر جوامع، دشوار می‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتر بر روی نمونه‌های دیگر جهت تعمیم نتایج انجام گیرد. همچنین، پژوهش به جنسیت پدران این کودکان نپرداخته است که این امر تعمیم نتایج به پدران را با مشکل مواجهه می‌سازد. برای رفع این مشکل می‌بایست پژوهش‌های مشابه بر روی پدران نیز صورت پذیرد.

### منابع

احمدی، رضا و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روانی افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۴ (۱۶)، ۱-۱۷.

احمدی دستجردی، هاجر و صفوی، ساحره (۱۳۹۳). بررسی رابطه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه، نخستین همایش ملی توانمندسازی فردی اجتماعی افراد با نیازهای ویژه، خراسان جنوبی- قاین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قاینات.

بابلانی، م. (۱۳۹۳). «مقایسه تاب‌آوری، مسئولیت‌پذیری، هیجان‌خواهی و ریسک‌پذیری بین دانشجویان با تیپ‌های شخصیتی A و B دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

دوستی، مرضیه؛ پورمحمدی رضای تجربی، معصومه و غباری بناب، باقر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی سازی شده. روان‌شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۱ (۴۱)، ۵۴-۴۳.

رحیمی نژاد، عباس. و پاک نژاد، محسن. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روانشناختی با سلامت روانی نوجوانان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۰ (۳۷)، ۹۹-۱۱۱.

ستارپور ایرانقی، فریبا؛ جمالی قراخانلو، یاور؛ همتی، لیلا. و مرادی کیا، حامد. (۱۳۹۷). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و هوش معنوی در بهزیستی فاعلی مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. مجله دانش و تندرستی، ۱۳ (۱): ۹-۱.

شمسی، اصغر و دادور، رحمت‌الله (۱۳۹۸). رابطه بین رضایت شغلی با سلامت روان و شادمانی معلمان مقطع ابتدایی ناحیه دو شهر کرمان. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۴۳ (۲)، ۷۹-۱۰۶.

شعاعی، لیلا (۱۳۹۵). مقایسه نیازهای روان‌شناختی مادران دارای کودک دیرآموز و عادی، اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.

شیخ‌زاده قولنجی، فرشته؛ ترخان، مرتضی؛ گلچین، ندا. و زارع. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۰ (۴)، ۷۱-۵۳.

صادقی، مسعود؛ سپهوندی، محمدعلی. و رضایی فر، نسرين. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۶ (۱)، ۷۸-۵۷.

قمری، محمد؛ خوشنام، امیرحسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۷ (۲۷)، ۳۴۳-۳۵۴.

محمد خانی، شهرام؛ حدادی کوهسار، علی اکبر؛ سلیمانی، حمیده؛ اعتمادی، امیر و سیدعلی‌نقی، سیداحمد (۱۳۹۶). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مولفه‌های تنظیم‌شناختی هیجان در افراد مبتلا به عفونت HIV. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶ (۲۱)، ۱۰۴-۱۱۵.

محمدی قره‌قوزلو، رقیه؛ پوراکیران، الهه و زرین‌طلای آهنگری، خلیل (۱۳۹۴). عملکرد خانواده‌های کودکان عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، تربیت‌پذیر، و پناهاگهی، دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد، دانشگاه تربت حیدریه.

- Antigoni, S. (2017). Mothers with disabled children in Cyprus: experiences and support. Unpublished doctoral dissertation. Institute of Education University of London. [http://discovery.ucl.ac.uk/10023393/1/Stylianou\\_10023393](http://discovery.ucl.ac.uk/10023393/1/Stylianou_10023393)
- Aulak, D. S., Quinn, B., & Wilson, N. (2016). Student burnout. *British dental journal*, 220(5), 219-220
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 702-714.
- Cachia, R. L. Anderson, A. & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1-14
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G.K., & et al. (2006). Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian

- and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 291-308.
- 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.
- Farber, B. (2014). Mental retardation. Its social context and social consequences. doi: 10.1002/9780470479193. adlpsy002002/full.
- Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., Baker, B. L. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (12), 981-997.
- Gutjahr, A. R. (2007). Child resilience program: An intervention for children of chronically mentally ill parents. PhD Thesis, School of Psychology, Spalding University, Louisville, Kentucky.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners. introduction to special education* (15th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Kheir, O. Ghoneim, A. Sandridge, N. Al-Ismail, S. Hayder, and F. AlRawi, F. (2012). "Quality of life of Care givers of children with autism in Qatar ". Published on line before print, 6(3), 293- 298.
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Peer Reviewed: Evolving Definitions of Mental Illness and Wellness. *Preventing chronic disease*, 7(1), 13-22.
- Matthews JS, Marulis LM, Williford AP. (2014). Gender processes in school functioning and the mediating role of cognitive self-regulation. *J Appl Dev Psychol*, 35(3), 128-37.
- Mc Conkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). "The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study". *International Journal of Nursing Studies*, 45, 65-74.
- Murphy, Jennie S., Nalbone, David P., Wetchler, Joseph L. & Edwards. Anne B. (2015). Caring for Aging Parents: The Influence of Family Coping, Spirituality Religiosity, resilience and Hope on the Marital Satisfaction of Family Caregivers. *Journal The American Journal of Family Therapy*, 43(3), 238-250.
- Singhi, P. D., Goyal, L. D., Singhi, S., & Walia, B. N. (2015). Psychosocial problems in families of disabled children. *The British Journal of Medical Psychology*, 63, 123-820.
- Yamaoka, Y., Tamiya, N., Izumida, N., Kawamura, A., Takahashi, H., & Noguchi, H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. *SSM - Population Health*, 2, 542-548.