

مقایسه سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۴

دکتر مهدیه صالحی*

دکتر شیرین کوشکی**

نرگس حق دوست***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم شکل گرفت. آزمودنی های این پژوهش شامل دو گروه از مادران کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۱ سال به تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ مادر کودک مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و ۵۰ مادر کودک سالم) بودند. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای از بین مدارس استثنائی ابتدائی شهر تهران انتخاب و با مادران کودکان سالم که از نظر سنی، تحصیلات و محل سکونت همتا بودند مقایسه شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲)، پرسشنامه مقابله با بحران اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان می دهد تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی دو گروه از مادران وجود دارد. و بین استفاده از سبکهای مقابله با بحران در دو گروه مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان سالم بیشتر از واکنش مسئله مدار و مادران کودکان معلول بیشتر از واکنش هیجان مدار و اجتنابی استفاده می کنند. همچنین، ارتباط معناداری بین شیوه مقابله مسئله مدار با شادکامی و سلامت عمومی بدست آمد، بدین معنی که با افزایش مقابله مسئله مدار، سلامت عمومی و شادکامی افزایش می یابد. مادران کودکان معلول جسمی حرکتی از میزان سلامت عمومی و شادکامی کمتری برخوردار هستند و در مقایسه با مادران کودکان سالم به منظور مقابله با استرس ها، بیشتر از واکنش هیجان مدار و اجتنابی استفاده می کنند.

واژه های کلیدی: سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای، شادکامی، مادران کودکان معلول جسمی حرکتی.

Email: M-salehi@iauctb.ac.ir

Email: sh-kooshki@iauctb.ac.ir

Email: Nersis 5600@yahoo.com

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

*** کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنائی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی



فرایند تربیت کودک عادی و سالم برای والدین هم لذت بخش و هم دارای مشکلات و نگرانی های فراوانی است. این مشکلات در مورد خانواده های کودکان دارای نیازهای ویژه به مراتب مشکل تر و فشار زا تر می باشد. پدران و مادران درباره کودکان خود که هنوز به دنیا نیامده اند، رویاها و تخیلاتی دارند. آنان ویژگی های کودک دلخواه خود را در حد بسیار مطلوب و مطابق میل خویش تصور می کنند اما تمام این رویاها با به دنیا آمدن یک کودک معلول فرو می ریزد و یکی پس از دیگری محو می شود (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۴).

آگاه شدن از وجود هر گونه مشکل، تاخیر رشدی یا متفاوت بودن کودک ضربه ای بسیار سخت به والدین وارد می کند. بنابراین، والدین زمانی که متوجه ناتوانی فرزندشان می شوند با هیجانات شدیدی روبه رو می گردند. شاریلی، بیستکا^۱ و دیگران (۱۹۹۷) بیان می کنند که مادران معمولاً به خاطر نقش ویژه شان در تولد و مراقبت از یک کودک معلول فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران تجربه می کنند. پدرها معمولاً به اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمی سازند، در حالی که مادران طیف گسترده ای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند (رافعی، ۱۳۸۶).

مولاس و مولاس^۲ (۱۹۸۵) واکنش اعضای خانواده را زمانی که با تولد یک کودک معلول مواجه می شوند را مطالعه کردند و دریافتند کودک معلول در چرخه عادی زندگی خانواده مداخله می کند و منجر به ایجاد بحران در خانواده می شود، به خصوص اگر معلولیت کودک شدید یا کودک دارای معلولیت‌هایی چندگانه باشد. در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می بیند (هرینگ و دیگران^۳، ۲۰۰۶)، اما مادران به علت داشتن نقش مراقب، مسئولیت های بیشتری در قبال فرزند خود دارند و در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند.

تحقیقات نشان می دهد والدین، به ویژه مادر در خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار دارد (السون و هوانگ^۴، ۲۰۰۱، مک کانکی^۵، ۲۰۰۷). بررسی ها نشان داده اند مادران دارای کودک ناتوان در مقایسه با مادران کودکان سالم سطح سلامت عمومی پایین تر (دوماس و همکاران^۶، ۱۹۹۱) و سطح شادکامی کمتری دارند (آیزنهاور و دیگران^۷، ۲۰۰۵).

گرچه داشتن یک کودک معلول جسمی حرکتی منبع فشار روانی است اما تاثیر آن بر مادران مثل هر استرس دیگر تا حد زیادی به ارزیابی شناختی از مسئله و نیز مهارت‌های مقابله ای آنها بستگی دارد.

لازاروس و فولکمن^۸ (۱۹۸۴) تاکید داشتند وقتی فرد با حادثه استرس آوری مواجه می شود در واقع با دو منبع رو به رو است، موقعیت استرس زا و واکنش فرد به این موقعیتها؛ لذا چگونگی مقابله فرد با مشکلات می تواند از شدت و فراوانی استرس مهمتر باشد.

1. Shaply Bistika
2. Moelsea, P.K. Moelsea
3. Herring, s
4. Olsson, M.B, Hwang
5. Mc conky
6. Dumas
7. Eisenhower
8. Lazarous & Folkman

کنت و مات نی^۱ (۱۹۸۶) مقابله را هر تلاش سالم یا نا سالم، آگاهانه یا نا آگاهانه معرفی کردند که عوامل استرس استرس را تضعیف، حذف یا جلوگیری می کند یا اثرات آن را به شیوه ای با حداقل آسیب تحمل پذیری می سازد (حاجت بیگی، ۱۳۸۰).

اندلر و پارکر^۲ (۱۹۹۰) راهبردهای مقابله ای را به سه دسته تقسیم کرده اند که عبارتند از: ۱) **مقابله مسئله مدار**^۳، در این روش از فنون همچون ارزیابی شناختی، تحلیل منطقی یا تلاش برای مشخص کردن علت مسئله و جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مشکل برای کنار آمدن با استرس استفاده می شود. ۲) **مقابله هیجان مدار**^۴، متمرکز شدن در مورد هیجانهای ناشی از مسئله؛ ۳) **مقابله اجتنابی**^۵، این نوع مقابله شامل پاسخهایی است که هدف آن انکار یا به حداقل رساندن آسیبهای یک بحران یا پیامد های آن است. در این مقابله شخص هوشیارانه تفکرات تنش زا را واپس رانی کرده و تفکرات دیگری را جایگزین آن می کنند.

آلدوین و ریونسون^۶ (۱۹۸۷) معتقدند افراد در مقابله با استرس به صور گوناگونی واکنش نشان می دهند و بکارگیری شیوه های مقابله مختلف اثرات متفاوتی بر سلامت روانی افراد دارد (خدایاری فرد، ۱۳۸۶).

لازاروس و فولکمن^۷ (۱۹۸۴) بیان می کنند بکارگیری مقابله متمرکز بر مسئله با سلامت روان بهتری مرتبط است و بکارگیری مقابله اجتنابی اثر منفی بر مقیاسهای سلامت روانی افراد دارد. معمولاً افرادی که از روشهای متمرکز بر مسئله استفاده می کنند با موقعیت های تنیدگی زا بهتر سازگار می شوند و نشانه های مرضی کمتری را بروز می دهند. به نظر می رسد که بکارگیری استراتژی های مقابله ای مناسب در موقعیتهای فشارزا علاوه بر اینکه می تواند باعث ارتقای سلامت روانی در افراد شود می تواند احساس بهزیستی و شادکامی را نیز تقویت کند (کار^۸، ۲۰۰۴، ترجمه شریفی، ۱۳۸۵).

در سالهای اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل موثر با جهان و خلق مثبت با سلامتی پیوند دارد (کارداماس^۹، ۲۰۰۷). لیوبومرسکی و توکر^{۱۰} (۱۹۹۸) معتقدند که افراد شادکام وقایع زندگی و مشکلات را به صورت مطلوب تری مورد تفسیر قرار می دهند و رویارویی مؤثری دارند. از نظر آنان این افراد موقعیتهای را به شکل مثبت تری در می آورند و کمتر به صورت منفی واکنش نشان می دهند و از سلامت روان بیشتری برخوردارند (ریان^{۱۱}، ۲۰۰۱). نظریه های مقابله در مورد شادکامی بیانگر آن است که افراد شادکام، افکار و رفتارهایی دارند که سازگار و کمک

1. Mathney
2. Endler & Parker
3. task-oriented strategy
4. emotion -oriented strategy
5. avoidance-oriented strategy
6. Adlowin & Rewinsone
7. Lazarous & Folkman
8. Carr
9. Karademas
10. Tukur
11. Ryan

کننده می باشد، با دید و روشنی به اموری می نگرد، به طور مستقیم برای حل مسایل خود کوشش می کند، به موقع از دیگران کمک می طلبد؛ و از طرف دیگر افراد غیر شادکام به طور مخرب فکر و عمل کرده و در خیالات خود فرو می روند، خود و دیگران را سرزنش می کنند و از کار کردن جهت حل مشکلات اجتناب می ورزند (مک کراوکوستا^۱، ۱۹۸۶؛ به نقل یزدانی، ۱۳۸۲).

دوندی وانی و ابود^۲ (۲۰۰۵) نشان داده اند که میزان سلامت روان و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی در مقایسه با گروه بهنجار به طور معناداری کمتر است.

ویدهایا وراجو^۳ (۲۰۰۷) تفاوت های بین خانواده های دارای فرزند معلول و دارای فرزند سالم را مطالعه کردند نتایج تحقیق نشان داد که والدین دارای کودک معلول رضایت کمتر از زندگی زناشویی، حمایت های اجتماعی کمتر و احساس شادکامی کمتری را گزارش دادند.

حسین وجویال^۴ (۲۰۰۷) در بررسی سبکهای مقابله ای مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با مادران بهنجار دریافت که گروه فوق میزان بیشتری از استرس را تجربه می کنند و در مقابله با آنها از سبک های ناکارآمد استفاده می کنند.

در پژوهشی که توسط بارلو^۵ (۲۰۰۲) در مورد میزان شادکامی مادران دارای کودک معلول جسمی انجام شد، نشان داد که این دسته از مادران در معرض خطر خلق افسرده و اضطراب هستند.

در این پژوهش نیز سعی شده است اثرات حضور یک کودک معلول جسمی حرکتی بر سلامت عمومی، شادکامی و نوع سبک مقابله ای مادران آنان بررسی و با گروه مادران کودکان سالم مقایسه شود؛ رابطه بین سبک مقابله ای، سلامت عمومی و شادکامی مادران بررسی شود. همچنین، به این سوال پاسخ داده شود که کدام شیوه مقابله با استرس قادر است شادکامی و سلامت عمومی مادران دو گروه را تبیین کند.

روش

با توجه به هدف پژوهش، از روش پس رویدادی برای مطالعه تفاوت بین دو گروه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه از مادران دانش آموزان مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و مادران کودکان سالم بود. منظور از مادران کودکان معلول جسمی حرکتی ۳۵۰ مادر کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ای است که تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ مشغول به تحصیل بودند و منظور از مادران کودکان سالم تمامی مادران دانش آموزان ۷-۱۱ ساله ای است که فرزندان آنها در مدارس عادی شهر تهران تحصیل می کردند. آزمودنی های این پژوهش شامل دو گروه از مادران کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۱ ساله به تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ مادر کودک مبتلا به معلولیت جسمی حرکتی و ۵۰ مادر کودک سالم) بود که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که پس از مراجعه به سازمان آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران، لیست مدارس

1. Macera & Costa
2. Duvdevany I, Abboud S
3. Vidhya Ravindranadan and Raju
4. Hussain, A, Juyal, I
5. Barlow, h



ابتدایی معلولین جسمی حرکتی تهیه و از میان آنها به صورت تصادفی ۴ مدرسه (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) انتخاب شد، سپس نمونه مورد نظر به صورت تصادفی از میان آنها انتخاب شدند، و به همان تعداد (۵۰ نفر) از مادران کودکان سالم که از نظر سنی، تحصیلات و محل سکونت با گروه فوق همتا شده بودند، به روش نمونه گیری تصادفی از مدارس همان مناطق انتخاب و با آنها مقایسه شدند. در این پژوهش به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (GHQ 28) پرسشنامه مقابله با بحران اندلر و پارکر^۲ (CISS) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۳ (OHQ) که هر سه به صورت خود گزارشی و مداد کاغذی است، استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، چهار مقیاس فرعی نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می گیرد. این پرسشنامه به صورت ۴ گزینه ای است که پاسخها به صورت (اصلاً، کمتر از حد معمول، در حد معمول و بیشتر از حد معمول) می باشد. یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاسهای فرعی علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب ۰/۸۷، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۹ و علائم افسردگی ۰/۹۱ گزارش کردند. میرخشتی (۱۳۷۵) ضریب اعتبار را با روش بازآزمایی به میزان ۰/۶۲ و ضریب اعتبار این آزمون را به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه کرده است (مرتضوی، ۱۳۸۷).

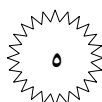
چان و چان (۱۹۸۳) ضریب هماهنگی درونی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمود. چن (۱۹۹۵) در پژوهشی شکل ۲۸ سوالی این پرسشنامه را روی ۱۰۲۳ دانش آموز دبیرستانی در هنگ کنگ اجرا کرد. در این پژوهش ضریب آلفا در مقیاس نشانه های جسمانی ۰/۶۷، اضطراب ۰/۷۱، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۵۹ و افسردگی ۰/۷۵ گزارش شد (آقا یوسفی، ۱۳۸۰).

به منظور جمع آوری اطلاعات پیرامون سبکهای مقابله با فشار روانی از پرسشنامه مقابله با بحران اندلر و پارکر استفاده شد. این آزمون شامل ۴۸ مقوله می باشد که پاسخهای هر مقوله به روش لیکرت (از هرگز (۱)، تا خیلی زیاد (۵)) مشخص شده است. این آزمون ۳ زمینه اصلی رفتارهای مقابله ای (مقابله مسئله مدارانه، مقابله هیجان مدارانه و مقابله اجتنابی) را در بر می گیرد. اندلر پارکر (۱۹۹۰) ضرایب اعتبار این آزمون را به وسیله آلفای کرونباخ برای سبکهای مقابله مسئله مدار (دختران ۰/۹۰، پسر ۰/۹۲) هیجان مدار (پسر ۰/۸۲، دختر ۰/۸۵) و اجتنابی (پسر ۰/۸۵، دختر ۰/۸۲) محاسبه کردند.

در ایران نیز چندین پژوهش اعتبار مقیاس مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ بر روی نمونه های متفاوت محاسبه کرده اند که در زیر ضریب اعتبار آنها را آمده است (نقل از مرتضوی، ۱۳۸۷).

اسلامی	وتری	طباطبایی	بهرامی	سبکهای مقابله
۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۸۱	۰/۸۲	مسئله مدار
۰/۸۰	۰/۸۲	۰/۷۸	۰/۷۶	هیجان مدار
۰/۸۳	۰/۶۶	۰/۸۱	۰/۸۲	اجتنابی

1. Goldberg health questionnaire
2. Coping inventory for stressful situation
3. Oxford happiness questionnaire



برای سنجش شادکامی در این پژوهش از پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد. این ابزار توسط آرچیل لو تهیه شده است و از آنجایی که آزمون افسردگی بک یکی از موفقترین مقیاسهای افسردگی است، آرچیل پس از رایزنی با بک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. آرچیل ۱۱ ماده دیگر نیز به آن افزود تا سایر جنبه های شادکامی را نیز در بر بگیرد. بدین ترتیب فرم ۲۹ سوالی این پرسشنامه آماده گردید. الیانت (۱۹۹۳) ضمن به دست آوردن پایایی بازمآزمایی ۰/۸۳، پس از ۳ هفته دریافت که پایایی بازمآزمایی این پرسشنامه از مقیاس افسردگی بک نیز بیشتر است (لیاقت دار، ۱۳۸۵).

آرچیل و دیگران، اعتبار پایایی پرسشنامه مذکور را به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازمآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کردند. این پرسشنامه توسط علی پور و نوربالا به فارسی ترجمه شد و درستی برگردان آن توسط ۸ متخصص تأیید گردید. با اجرای فرم نهایی آزمون شاخصهای آماری از جمله هماهنگی درونی آن محاسبه و نتایج نشان داد که تمام مواد ۲۹ گانه با نمره کل همبستگی بالایی دارد (آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و اعتبار دو نیمه کردن آزمون ۰/۹۲)، همچنین پایایی بازمآزمایی پرسشنامه پس از ۳ هفته ۰/۷۹ محاسبه شد (علی پور و نوربالا، ۱۳۷۸).

یافته ها

به منظور مقایسه میزان شادکامی، سلامت روان و سبکهای مقابله ای مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و مادران کودکان سالم از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. به منظور مقایسه افراد با سبکهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از نظر شادکامی و سلامت روان از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۱. t دو گروه مستقل: بررسی مقایسه ای شادکامی در مادران دو گروه

میزان شادکامی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری
مادران کودکان سالم	۵۰	۷۵/۴۴	۱۱/۵۸	۴/۵۴۲	۹۸	۰/۰۰۱
مادران کودکان معلول	۵۰	۶۵/۱۵	۱۱/۰۴۸			

جدول ۲. t دو گروه مستقل: بررسی مقایسه ای سلامت روان مادران دو گروه

میزان سلامت روان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری
مادران کودکان سالم	۵۰	۲۰/۶۲	۹/۶۰۴	-۷/۷۱۲	۹۸	۰/۰۰۱
مادران کودکان معلول	۵۰	۳۷/۲	۱۱/۷۸۴			

با توجه بر میزان t بدست آمده میتوان مطرح کرد که تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ بین میزان شادکامی و سلامت روان در دو گروه مادران مشاهده می شود و مادران کودکان معلول از میزان سلامت روان و شادکامی کمتری برخوردار هستند.

جدول ۳. دو گروه مستقل: بررسی مقایسه‌ای خرده مقیاس های سبکهای مقابله با بحران مادران دو گروه

خرده مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنادار
مسئله مدار	عادی ۵۲/۰۴ معلول ۴۳/۴۸	۷/۱۰۹ ۷/۸۱۹	-۵/۷۲۸	۹۸	۰/۰۰۱
هیجان مدار	عادی ۳۸/۸ معلول ۴۳/۵۶	۹/۳۸۱ ۹/۰۳۳	۲/۵۸۵	۹۸	۰/۰۰۱
اجتنابی	عادی ۳۹/۵۰ معلول ۴۸/۶۲	۷/۸۵۹ ۸/۸۵	۵/۴۴۹	۹۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۳ و با تاکید بر میزان t بدست آمده می توان مطرح کرد تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ بین استفاده از سبکهای مقابله با بحران در دو گروه مادران وجود دارد و مادران کودکان سالم بیشتر از واکنش مسئله مدارانه و مادران کودکان معلول بیشتر از واکنش هیجان مدار و اجتنابی استفاده می کنند.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره میزان شادکامی و سلامت عمومی در دو گروه مادران (df=1)

P	مقدار F	میانگین مجموع مجذورات	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۳۱/۳۷	۳۷۸۲/۲۵	۳۷۸۲/۲۵	شادکامی
۰/۰۰۱	۵۲/۰۴	۴۴۲۲/۲۵	۴۴۲۲/۲۵	سلامت روان

تفاوت میزان شادکامی و سلامت روان در دو گروه مادران با یک تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) انجام گرفت.

با توجه به F و P محاسبه شده، مشاهده می شود که بین دو گروه مادران از نظر شادکامی ($F=31.37$ و $p<0.001$) و سلامت روان ($F=52.04$ و $p<0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره میزان شادکامی و سلامت عمومی در بین افراد با سبکهای متفاوت مقابله با بحران

P	مقدار F	df	میانگین مجموع مجذورات	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۱۴/۷۲	۲	۱۸۱۵/۸۵	۳۶۳۱/۷۱	شادکامی
۰/۰۰۱	۱۶/۲	۲	۱۵۶۹/۴۱	۳۱۹۲/۸۳	سلامت روان

با توجه به F و P محاسبه شده، مشاهده می شود که از نظر شادکامی ($F=14.72$ و $p<0.001$) و سلامت عمومی ($F=16.2$ و $p<0.001$) بین افراد با سبکهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه افراد با سبکهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از نظر شادکامی و سلامت عمومی

مقدار P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (۱-۲)	سبکهای مقابله		
			هیجان مدار	مسئله مدار	
۰/۰۰۱	۵	۱۷/۰۸	هیجان مدار	مسئله مدار	شادکامی
۰/۰۰۱	۲/۶۲	۱۲/۶۷	اجتنابی		
۰/۰۱	۵/۷۱	-۱۷/۰۸	هیجان مدار	مسئله مدار	
۰/۷۴۳	۶	-۴/۴۲	اجتنابی		
۰/۰۰۱	۲/۶۲	-۱۲/۶۷	مسئله مدار	اجتنابی	
۰/۷۴۳	۶	۴/۴۲	هیجان مدار		
۰/۰۲۳	۲/۳۴	-۱۳/۶۸	هیجان مدار	مسئله مدار	سلامت روان
۰/۰۰۱	۵/۱	-۱۲/۳۹	اجتنابی		
۰/۰۲۳	۵/۱	۱۳/۶۸	هیجان مدار	مسئله مدار	
۰/۹۶۹	۵/۳۶	۱/۲۹	اجتنابی		
۰/۰۰۱	۲/۳۴	۱۲/۳۹	مسئله مدار	اجتنابی	
۰/۹۶۹	۵/۳۶	-۱/۲۹	هیجان مدار		

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد، میزان شادکامی و سلامت عمومی افراد با سبک مقابله مسئله مدار با میزان شادکامی و سلامت عمومی سایر افراد تفاوت معنی داری دارد. با افزایش مقابله مسئله مدار سلامت عمومی افزایش می یابد و با افزایش مقابله اجتنابی و هیجان مدار سلامت عمومی کاهش می یابد. همچنین ارتباط معناداری بین شیوه مقابله مسئله مدار و شادکامی وجود دارد بدین ترتیب که با افزایش مقابله مسئله مدار شادکامی نیز افزایش می یابد.

بحث

خانواده های دارای کودک معلول تحت فشار روانی بیشتری نسبت به خانواده های کودکان سالم می باشند. در مقابله با این استرس ها برخی از این خانواده ها گرفتار مشکلات متعددی می شوند و از شیوه مقابله هیجانی و اجتنابی استفاده میکنند و برخی دیگر نیز آرامش و سازگاری خود را حفظ کرده، به صورت مسئله مدارانه واکنش

نشان میدهند بدیهی است که رویارویی مناسب در کنترل تنیدگی های ناشی از موقعیت استرس زا به فرد کمک می کند و باعث آرامش فرد می شود. برعکس رویارویی نامناسب اثرات منفی و نامطلوبی داشته و در صورت تداوم، منجر به استرس بیشتری می شود.

بدین ترتیب شیوه های تبیین رویدادهای تنیدگی زا می تواند با سلامت روانی ارتباط داشته باشد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

نتایج این پژوهش نشان می دهد که مادران دارای فرزند معلول جسمی حرکتی عمدتاً از سلامت عمومی و شادکامی کمتری نسبت به مادران کودکان سالم برخوردار هستند. همچنین این دسته از مادران در مواجهه با مشکلات از شیوه اجتنابی و هیجان مدار، و مادران کودکان سالم از شیوه مسئله مدار استفاده می کنند.

براساس بررسی های لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) روش های رویارویی متمرکز بر مسئله بیش از روش متمرکز بر هیجان با سلامت روانی ارتباط دارد و معمولاً افرادی که از روش های متمرکز بر مسئله استفاده می کنند با موقعیت های تنیدگی زا بهتر سازگار می شوند و نشانه های مرضی کمتری را بروز می دهند. از طرف دیگر تحقیقات نشان داده اند که افرادی که از عدم سلامت روانی برخوردارند از روشهای ناکارآمد استفاده می کنند. به عنوان مثال روشهای مقابله اجتنابی بیشتر در بین افرادی که دچار اضطراب و افسردگی می باشند رایج است (اندلر و پارکر ۱۹۹۰).

تجربه استرس، احساس شادکامی را به طور معنی داری کاهش می دهد؛ هرچه فرد استرس بیشتری را تجربه کند از میزان شادکامی او کاسته می شود و سلامت عمومی او مورد تهدید قرار میگیرد. آلبرکتسن^۱ (۲۰۰۴) معتقد است ارتباط قوی میان سلامت روان و شادکامی وجود دارد و تجربه استرس شادکامی را کاهش می دهد و سلامت روانی را تهدید می کند. اوکون^۲ و دیگران (۱۹۸۴) در مطالعه ای فرا تحلیلی نشان دادند همبستگی شادی با سلامتی بیش از ۰/۳۰ است. همچنین در تحقیق وین هاون^۳ (۲۰۰۴) چنین عنوان شد که ارتباط قوی بین شادکامی و سلامت روانی وجود دارد. او معتقد است شادکامی باعث افزایش سلامت روان می شود همچنین رابطه سلامت و شادمانی امری دو وجهی است و اگر سلامت به شادمانی می افزاید شادمانی فراهم شده نیز سیستم ایمنی را فعال ساخته و به ابعاد سلامتی می افزاید (آیزنهاور و دیگران، ۲۰۰۵).

افرادی که از رویارویی متمرکز بر مسئله استفاده می کنند هم در زمان وقوع رویدادهای تنیدگی و هم پس از آن اضطراب کمتری را نشان می دهند. همچنین افرادی که استرس بیشتری را تجربه می کنند، از راهبردهای هیجان مدار و اجتناب مدار بیش از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کنند. مطالعات ارتباط معناداری را بین راهبردهای مقابله ای و سلامت روان نشان داده اند. برای مثال گرادلباخ^۴ (۱۹۹۸) نشان داد روش مقابله مسئله مدار در افرادی که دچار اضطراب و افسردگی هستند باعث کاهش درماندگی این افراد می شود (حسین و جویال، ۲۰۰۷).

در تایید این یافته ها ویدهایا و راجو (۲۰۰۷)، ها هونگ و سلترز (۲۰۰۵)، دودوانی و ابودز (۲۰۰۵) حسین و جویال (۲۰۰۷) نیز نشان دادند والدین دارای کودک معلول جسمی در مقایسه با والدین کودکان سالم استرس

1. Alberktsen
2. Okun
3. Veenhaven
4. Gradlebach



بیشتری را تجربه میکنند و در مقابله با این استرس ها بیشتر از شیوه های ناکارآمد استفاده میکنند. همچنین این دسته از والدین از سلامت روان و شادکامی کمتری برخوردارند.

همچنین مشخص گردید که ارتباط مثبت و معناداری بین سبک مقابله ای مسئله مدار، سلامت روان و شادکامی وجود دارد بدین ترتیب که با افزایش مقابله مسئله مدار سلامت روان و شادکامی افزایش می یابد و ارتباط منفی و معناداری بین سبک مقابله اجتنابی، هیجان مدار و سلامت روان وجود دارد. بدین معنی که با افزایش مقابله اجتنابی و هیجان مدار سلامت روان کاهش می یابد.

استفاده از شیوه های مقابله ای موثر با سلامت روان بیشتر و استفاده از شیوه های مقابله ای غیر موثر با آسیب شناسی و اختلالات روانی بیشتر مرتبط است. اضطراب، افسردگی، ترسهای مرضی از جمله اختلالاتی است که با این سبک مقابله ای ارتباط دارد (فرایدنبرگ^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از آقا یوسفی ۱۳۸۰).

مرتضوی (۱۳۸۷) به مقایسه سلامت روان و سبکهای مقابله ای مادران کودکان ناشنوا و عادی پرداخت و به این نتیجه رسید که سطح بالای استرس تجربه شده توسط مادران ناشنوا باعث کاهش سلامت روان در این دسته از مادران شده است و این دسته از مادران بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار برای مواجهه با استرس استفاده می کنند.

افشاری (۱۳۸۳) در بررسی رابطه سبکهای مقابله ای و سلامت روان مادران کودکان اتیستیک نشان داد سلامت روان بالا با استفاده از سبکهای مقابله ای متمرکز بر مسئله و استفاده کمتر از سبک مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی حاصل می شود و همبستگی معنی داری بین استفاده از سبکهای مقابله ای غیر موثر و سلامت روان پایین به دست آمد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

پیشنهاد میشود با توجه به اینکه پژوهش حاضر به مقایسه مادران دو گروه عادی و معلول جسمی حرکتی پرداخته است، پدران را نیز به طور جداگانه مورد بررسی قرار دهند. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده به دست اندر کاران آموزش ویژه توصیه می شود با اقدام به برگزاری کارگاههای آموزشی در زمینه آموزش شیوه های صحیح مقابله با استرس ها، موجبات افزایش شادکامی و سلامت روانی این دسته از مادران را فراهم نماید.

منابع

- آقا یوسفی، علیرضا (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله و تاثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- افشاری، رامین (۱۳۸۳). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سیف نراقی، مریم، نادری، عزت ا... (۱۳۸۴). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: ارسباران.
- حاجت بیگی، صدیقه (۱۳۸۰). بررسی رابطه شیوه های مقابله با استرس خود کارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان متوسطه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران مرکزی.
- خدایاری فرد، محمد- پرنده، اکرم (۱۳۸۶). استرس و روشهای مقابله با آن. تهران: دانشگاه تهران.
- رافعی، طلعت (۱۳۸۶). اتیسم ارزیابی و درمان. تهران: دانژه.
- رهسپار، کامبیز (۱۳۷۷). مقایسه استرس و شیوه مقابله با استرس مادران کودکان عقب مانده ذهنی خفیف و مادران کودکان بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
- علی پور، احمد. نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پائائی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم. ۱ و ۲. صص ۵۵-۶۵.
- کار، آلان (۲۰۰۴). روانشناسی مثبت. ترجمه شریفی، حسن پاشا، نجفی زند، محمد (۱۳۸۵) انتشارات سخن.
- لیاقت دار، محمد جواد. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسش نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های اصفهان. فصلنامه اندیشه و رفتار سال دوازدهم. ۲. ۹۵-۱۰۰.
- مرتضوی، فاطمه (۱۳۸۷). بررسی رابطه سلامت روان و سبکهای مقابله با بحران در والدین کودکان عادی و ناشنوا در شهر ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران مرکزی.
- یزدانی، فضل ا... (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین نگرش دینی، سبک مقابله و شادکامی در دختران و پسران دبیرستانی اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

- Barlow, h(2002) Maternal stressor Maternal well bing in the context of juvenile idiopathic arthritis. Early child development. vol, 172.

- Duvdevany I, Abboud S.(2005). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. , University of Haifa.

-Dumas,J,E Wolf,L,C,Fisman,S,N, Culligan,A(1991). Parenting stress, child behavior problem, and dysphonia in parents of children with outism, Down syndrome, and normal children. Exeptionality, 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. 49, 657-671.

- **Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990).** "Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation." *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- **Emerson.f Liewellyng (2002)**The mental health of Australian mothers and father of young children at risk of disability .University of Sydney.
- **Hussain,A ,Juyal.I (2007)** Stress appraisal and coping strategies among parent of physical challenged children ,jamia mallia Islamic new dehli.
- **Ha.jh.Hong j ,Seltzer,M (2005).**Age and gender differences in well being of parent with children with developmental problem University of Chicago.
- Herring,s;Gray,J, Taffe,K; sweeny; D;Eifeld,S (2006).** Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disordersand developmental delay:associationwith parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual disability Research*,12,874-882.
- **Jin Y. Shin Kathleen S. Crittenden(1987).** Well-being of mothers of children with mental retardation: An evaluation of the Double ABCX model in a cross-cultural context University of Illinois, Chicago, Illinois, USA
- Karademas, E.(2007).** Positive and negative aspect of well-being ;Common and specific predictors. *personality and individual defferences*,43,277-287.
- Mc conky, R,Truesdale-Kenny, , Chang.M (2007).**"The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities. *International Journal of Nursing studies*(in press)published on line October 2006.
- Moelsea,P.K.Moelsea,S.A.(1985).**The mentally handicapped child and family crisis. *Journal of Mental Deficiency Reserch*,20,309-314.
- **Lazarus R. S,; Folkman, S (1984).**Stress, Appraisal, and Coping strategies .New York: Springer Pub. Co., c1984.
- **Vidhya Ravindranadan and Raju,S.(2007).** Adjustment and Attitude of Parents of Children with Mental Retardation.*Journal of the Indian Academy of Applied Psychology.* , Vol. 33, No.1, 137-141.
- Olsson,M.B,Hwang,C.P(2001).** "Depretion in mother and father of children with intellectual disability" *Journal of Intellectual disability Research*,45,535-545.
- Ryan,R,M. Deci,E,L(2001).**To be happy or to be self-fulfilled: Areviwe of researchon hedonic and eudaimonic well-being"Annual Review of psychology, 52,141-166.
- **Robert f. Schiling (1984).**"Coping and social support in families of developmentaly disabled children." National council on family retardation.