

رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی

The Relationship between Social Support and Resilience with Social Anxiety and Psychological Distress in the Mothers of the Special Needs Children

V. Zohoorparvande, Ph.D.

Department of Education, University of Payamnoor, Iran

S. Paseban, MSc

Department of Education, University of Payamnoor, Iran

دکتر وجیهه ظهورپرونده ✉

گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور

سعیده پاسبان

گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور

دریافت مقاله: ۹۸/۲/۹

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۸/۶/۵

پذیرش مقاله: ۹۸/۶/۱۷

Abstract

The purpose of this study is to investigate the relationship between social support on one hand, and resiliency and social anxiety and psychological distress in mothers of children with special needs on the other. The research method applied in terms of purpose and method is a descriptive correlation type. The statistical population of the study included all mothers of children with special needs in Khalil Abad city of Kashmar in 2018-19. Measurement tools included the Social Support Questionnaire, resilience, social anxiety and psychological distress.

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی است. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان استثنایی شهرستان خلیل‌آباد کاشمر (n=۴۲) در سال ۹۸-۱۳۹۷ بودند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، تاب‌آوری کانر و دیوسون (۲۰۰۳)، اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) و درماندگی روان‌شناختی دراگیدس (۱۹۹۸) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل آماری شدند.

✉Corresponding author: Department of Education, University of Payamnoor, Mashhad, Iran
Email: zohoor2002@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: مشهد، معلم ۷۱، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور
پست الکترونیکی: zohoor2002@yahoo.com

Data were analyzed using Pearson Correlation Coefficient and path analysis. The results showed that there was a significant positive the correlation between resilience and social support and social anxiety and psychological distress in the mothers of the children with special needs. Also, the results showed that social support consists of 47% resilience and resiliency, 39% social anxiety and 21% helplessness.

Keywords: Social Support, Resilience, Social Anxiety, Psychological Distress, Mothers of Special Needs Children.

نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد حمایت اجتماعی ۴۷ درصد از تاب‌آوری و تاب‌آوری، ۳۹ درصد از اضطراب اجتماعی و ۲۱ درصد از درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی را تبیین می‌کند. با توجه به نتیجه مذکور و اهمیت سلامت روانی مادران، خصوصاً دغدغه‌های ویژه مادران کودکان استثنایی و احتمال اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی بالای این دسته از مادران، توجه به توانمندسازی روانی - اجتماعی این مادران از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین با ارتقای توانمندسازی روانی - اجتماعی مادران کودکان استثنایی می‌توان در کاهش مشکلات روانی - اجتماعی این مادران گام‌های اساسی برداشت.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، اضطراب اجتماعی، درماندگی روان‌شناختی، مادران کودکان استثنایی

مقدمه

کودکان چندمعلولیتی کودکانی هستند که دارای دو یا چند ناتوانی جدی از قبیل ناشنوایی، نابینایی، کم‌توانی ذهنی، نابینایی و فلج مغزی هستند. تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها از اثرات منفی یک 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 (فرهادی، ۲۰۱۲)، زیرا مادر نخستین شخصی است که به طور 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، پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی و همکاران، ۲۰۰۹). وجود کودک با ناتوانی، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و اغلب تأثیر منفی روی او می‌گذارد (عبداللهی، ۲۰۱۳). مادران کودکان استثنایی احساس درماندگی، کسالت روحی و بی‌ثباتی عاطفی و اضطراب اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند و همچنین از سلامت روانی کمتر، افسردگی و استرس بیشتر و عزت نفس کمتر والدین کودکان

معلول حکایت می‌کند (آندو و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات ریچن برگ (۲۰۱۰) در مورد مادران کودکان مبتلا به معلولیت شدید نشان داد که بیش از نیمی از آن‌ها (۵۹ درصد) به طور بحرانی سطوح بالاتری از تنیدگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی را نسبت به مادران کودکانی که رشد طبیعی داشتند، نشان می‌دهند. اختلال اضطراب اجتماعی^۱، بنا بر تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲ (۲۰۱۳)، به صورت اضطراب شدید و پایدار در زمان حاضر شدن در برابر جمع، یا در جایی که احتمال بروز عملکرد فرد در آن جمع مورد قضاوت منفی قرار گیرد، آشکار می‌شود (کلونینگر و گارسیا، ۲۰۱۵). فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از تعامل اجتماعی و موقعیت‌هایی که احتمال دارد مورد بررسی و قضاوت منفی قرار گیرد، می‌ترسد یا مضطرب می‌شود. فرد در موقعیت‌هایی مانند ملاقات با افراد ناآشنا، یا مثلاً خوردن و آشامیدن در مقابل دیگران یا انجام اعمالی در حضور دیگران، مضطرب می‌شود و از این احتمال که دیگران در مورد رفتار او قضاوت منفی کنند دچار اضطراب می‌شود (کلاس و بلک فورد، ۲۰۱۲). فرد مضطرب در صورت امکان، از حضور در این موقعیت‌های اجتماعی پرهیز می‌کند و در صورتی که امکان پرهیز نباشد، اجباراً این اضطراب شدید را تحمل می‌کند. البته باید توجه کرد که این نوع ترس با ترس حاصل از یک تهدید واقعی، تفاوت دارد. این ترس باید بیش از شش ماه تداوم داشته باشد و ناشی از اثرات فیزیولوژیک مصرف مواد یا یک اختلال روانی یا اختلالات طبی دیگر نیز نباشد، هم‌چنین این اختلال به بخش وسیعی از روابط اجتماعی فرد آسیب بزند. متغیر دیگری که می‌تواند هم‌چون اضطراب اجتماعی رفتار را تحت تأثیر قرار دهد، درماندگی روان‌شناختی است. درماندگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است.

درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی، تظاهرات درماندگی روان‌شناختی است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمانی و روان‌شناختی پایین‌تری دارند. بسیاری از آن‌ها دچار کم‌دردی، سردرد، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، اندوه، انزوای اجتماعی، کم‌خوابی و افسردگی می‌شوند که مجموع این موارد سبب می‌شود که فرد به لحاظ روانی دچار درماندگی شود (گولدمن، فیشر، هاورتن، ۲۰۰۴). یکی از عواملی که سبب کاهش درماندگی روانی ناشی از داشتن فرزند بیمار می‌شود، حمایت اجتماعی است (حق‌شناس و همکاران، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (رامبد و رافعی، ۲۰۰۸). حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می‌شود، درک می‌شود. 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 و پژوهش‌ها بر نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تأکید داشته‌اند (هارون رشیدی و منصوری راد، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده 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 (جوادیان و فراست، ۱۳۹۵). هم‌چنین پژوهش پاتریشیا نشان داد والدینی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را نشان دادند

(پاتریشیا، ۲۰۱۰). پژوهشگران، حمایت اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می‌دانند. افزون بر این، مشخص شده که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی و سلامت روان افراد تأثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را در آن‌ها کاهش می‌دهد (جدیدی و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند به سلامت روانی و جسمی مادران کودکان معلول کمک کند، تاب‌آوری است. تاب‌آوری از سازه‌های بنیادی روان‌شناسی مثبت‌نگر^۳ است که در حوزه پژوهش‌های روان‌شناختی به ویژه در عرصه روان‌شناسی سلامت، خانواده، روان‌شناسی تحول و بهداشت روانی جایگاه ویژه‌ای یافته است (بشارت، جاهد و حسینی، ۱۳۹۳). تاب‌آوری فرآیند یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است. تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در روبرویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. در واقع، تاب‌آوری ظرفیت روبه‌رو شدن با سختی‌ها، غلبه بر آن‌ها و حتی قوی‌تر شدن هنگام تجربه مشکلات است (راهیما و همکاران، ۱۳۹۵). افراد تاب‌آور افرادی هستند که با وجود مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، از آثار نامطلوب آن‌ها می‌کاهند و سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند (فتحی و جمال‌آبادی، ۱۳۹۶). افراد خودتاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمل شرایط استرس‌زا را دارند. به عبارتی هسته مرکزی سازه خودتاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که «فطرتی زیست‌شناختی» برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد که به طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود. در زمینه پیامدهای تاب‌آوری پژوهشی که در کشور توسط جوکار، سامانی و صحراگرد (۲۰۰۸) انجام گرفت، نشان داد که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری از سطح سلامت روان و رضایت‌مندی است. افزایش توان تاب‌آوری کاهش مشکلات هیجانی و فشار روانی را در پی دارد و کاهش این مشکلات افزایش رضایت‌مندی از زندگی را برای فرد به همراه خواهد داشت.

هم‌چنین پژوهش ویسی و عاطف وحید و رضایی (۲۰۰۸) نشان داد که در شرایط پراسترس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روانی بیشتری دارند تا کسانی که سرسختی پایین‌تری دارند. به عبارت دیگر افرادی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند، از نظر سلامت روانی در موقعیت رضایت‌بخشی قرار دارند و می‌توانند هیجانات خود را کنترل کنند و هم‌چنین درک درستی از احساسات و هیجانات دیگران هم دارند و رفتار مناسب‌تری را از خود بروز می‌دهند و نتیجه آن سازگاری در زندگی خانوادگی و تأثیر مثبت در روابط بین‌فردی است. در تبیین آن می‌توان گفت که افراد با تاب‌آوری پایین در معرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب و مشکلات بین‌فردی هستند و ممکن است برای کاهش اضطراب به رفتارهای مخاطره‌آمیز مثلاً مصرف مواد مخدر روی آورند. افراد دارای تاب‌آوری نسبت به افراد فاقد تاب‌آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند (کمال‌پور و همکاران، ۱۳۹۵).

حق‌شناس و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی که به بررسی نقش میانجی‌گری حمایت ادراک‌شده در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که حمایت ادراک‌شده نقش میانجی‌گری در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای را داشت. یافته‌های تحقیق هارون رشیدی و منصور ری (۱۳۹۶) نشان داد که تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه دارد. نتایج تحقیق مسگریان و همکاران (۱۳۹۶) حاکی از آن است که بین اضطراب اجتماعی با ابعاد روابط موضوعی (خودمیان‌بینی، بیگانگی، دل‌بستگی ناپایمن و بی‌کفایتی اجتماعی) و دفاع‌های شوخ‌طبعی و فرونشانی در سبک رشد یافته رابطه معنادار وجود دارد. پژوهش کشاورز افشار و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد بین نمره تفکر مثبت با نمره کل هوش هیجانی و زیرمقیاس ارزیابی هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین اضطراب اجتماعی با نمره کل هوش هیجانی و تفکر مثبت رابطه منفی معناداری به دست آمد. تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳) به بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش کاسیدی (۲۰۱۵) نشان داد که خودکارآمدی در پیش‌بینی انعطاف‌پذیری تحصیلی در سطح معنی‌دار ۰/۰۰۱ قابل توجه است. نتایج تحقیق کاشدن و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که احساسات منفی به تنهایی نمی‌توانند به طور طبیعی از اضطراب اجتماعی پاتولوژیک متمایز شوند و همچنین ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی شامل اختلالات در تجربه‌های احساسی مثبت و مقررات عاطفی ناکارآمد (در قالب اجتناب تجربه‌ای) در شرایط اجتماعی است. مطالعه کیمبرل و همکاران (۲۰۱۰) بیانگر این است که حساسیت سیستم‌های رفتاری به طور معکوس با اضطراب تعامل اجتماعی ارتباط دارد، علاوه بر این، افراد مبتلا به ترس اجتماعی عمومی نیز گزارش دادند که هر دو سطح بالاتری از بی‌اختیاری و سطوح پایین حساسیت سیستم‌های رفتاری را در مقایسه با افرادی که دارای ترس‌های اجتماعی اندک یا خاص دارند، دارا هستند.

ریمین و براون (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی مقایسه شیوع مشکلات سلامت روان در کودکان و نوجوانان ناشنوا و شنوا در استرالیا پرداختند. والدین در مطالعه حاضر، نسبت به والدین استرالیایی در شنوایی کودکان و نوجوانان، نگرانی‌های بیشتری در مورد مسائل اجتماعی و مسائل مربوط به اندیشه گزارش کردند. در ادبیات پژوهشی پیشین بر نقش حمایت اجتماعی، شیوه‌های مقابله و تاب‌آوری در کاهش تجربه عواطف منفی در مادران کودکان استثنایی تأکید شده است. لیکن با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی مادران کودکان معلول و تأثیر آنان بر رشد کودک و نبود پژوهشی که به بررسی هم‌زمان چهار متغیر حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، درماندگی روان‌شناختی و اضطراب اجتماعی به منظور بهبود فرایند تشخیص، درمان و پیشگیری از بروز درماندگی روان‌شناختی در این افراد بپردازد، انجام تحقیقی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا هدف و فرضیه‌های زیر از سوی محقق ارائه شده است که برآزش و تأیید آن‌ها با نتایج داده‌های خروجی نرم‌افزار مورد آزمون قرار خواهد گرفت.

هدف از این تحقیق بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و در ماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی شهرستان خلیل‌آباد کاشمر.

فرضیه‌ها و سؤال‌ها ی تحقیق از این قرار است که بین حمایت اجتماعی و اضطراب اجتماعی مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. بین حمایت اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. بین تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. بین تاب‌آوری و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. بین اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان استثنایی شهر خلیل‌آباد کاشمر به تعداد ۴۲ نفر بود که با نظر به حجم محدود جامعه آماری به جای روش نمونه‌گیری از روش سرشماری یا شمارش کامل استفاده شد. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل چهار پرسشنامه استاندارد بود:

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده: این مقیاس که ساخته زیمت و داهلم (۱۹۸۸) است، مشتمل بر ۱۲ سؤال و سه خرده‌مقیاس خانواده، دوستان و اشخاص مهم است که بر اساس نمره‌گذاری طیف لیکرت پنج درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی‌ها ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است (کرمانی، ۱۳۸۸ و بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳). افشاری (۱۳۸۶) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرایی این مقیاس است. در نمونه مورد بررسی، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خانواده، دوستان و شخص مهم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۲۹ و ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (۲۰۰۳): این ابزار شامل ۲۵ گویه است و در مقابل هر گویه طیف پنج گزینه‌ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست تنظیم شده است. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، دارای یک نمره کل نیز هست. روایی، به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا و پایایی، به روش بازآزمایی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ این مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر، مطلوب گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهش هاشمی و جوکار (۱۳۹۰) نیز پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده و نتایج بررسی روایی به روش تحلیل عاملی مؤید وجود یک عامل کلی در مقیاس بوده است.

مقیاس اضطراب اجتماعی: دارای ۱۷ ماده است و مجموع نمره کلی میزان شدت اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد. این پرسشنامه می‌تواند سه زیرمقیاس فرعی اضطراب اجتماعی را نمره‌گذاری کند که عبارتند از: زیرمقیاس «ترس» با مجموع نمره‌های ۶ ماده، زیرمقیاس «اجتناب» با مجموع نمره‌های ۷ ماده و «علائم فیزیولوژیک» که با ۴ پرسش مشخص می‌شوند. این مقیاس توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی

شده است. نمره‌گذاری روی طیف پنج درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد. حسنونند عموزاده (۱۳۹۲)، نمره پایایی مقیاس را ۰/۸۲ تا ۰/۹۷ گزارش کرده و روایی این پرسشنامه، روی دانشجویان ایرانی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب اجتماعی را، بین ۰/۸۵ - ۰/۷۹ گزارش کرده است (مکوند حسینی و همکاران، ۱۳۹۶).

مقیاس درماندگی روان‌شناختی: یکی از خلاصه‌ترین تست‌ها در مجموعه‌ای از ابزارهای یکپارچه است که به وسیله درآگیدس برای سنجش پریشانی روان‌شناختی طراحی شده است. ابزارهای گسترده‌ای در این زمینه به کار برده شده‌اند که شامل پرسشنامه نشانگان کوتاه و فهرست نشانگان اصلاح‌شده، می‌شود. هر دو آزمون از لحاظ ویژگی‌های روان‌سنجی حضور خوبی داشتند که معیارهای رضایت‌بخشی از همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی و حساس به تغییر را نشان دادند (درآگیدس، ۱۹۹۸). نهایتاً در سال ۲۰۰۱، درآگیدس نسخه جدید بسط‌یافته از این دو ابزار را تحت عنوان سیاهه نشانگان مختصر فراهم کرد. این ابزار فقط چهار بعد از ابعاد ابزار قبلی را در خود دارد. این چهار مقیاس عبارتند از: بعد جسمانی که درماندگی توسط درک بدکاری جسمانی، تمرکز بر نشانگان برخاسته از علائم قلبی - عروقی، معده‌ای و روده‌ای و سایر سیستم‌های جسمانی، به وجود می‌آید. بعد افسردگی که نشانگان بی‌علاقگی و خلق بی‌قرار، بی‌میلی و بی‌لذتی، ناامیدی و ایده‌های خودکشی را نشان می‌دهد. بعد اضطراب نشانگان حالت‌های عصبی، تنش، بی‌قراری حرکتی و بعد وحشت‌زدگی که حالت‌های هراس و وحشت زدگی را نشان می‌دهد. انتخاب این چهار مقیاس مطابق با دو معیار اساسی ویژه‌ای بود که توسط درآگیدس بیان شده بود: ۱ - بررسی این که حدود ۸۰ درصد از اختلالات روان‌شناختی به اختلالات افسردگی و اضطراب تعلق دارند و ۲ - حقیقت این که حضور نشانگان رشدیافته و بروز جسمانی‌سازی که در بیشتر موقعیت‌های افسرده‌ساز و اضطرابی برانگیخته می‌شوند، در مراقبت‌های اولیه کشف نمی‌شوند و توسط سایر علائم جسمی پوشیده می‌مانند. طبق نظر طراحان، این ابزار جدید معیار رضایت‌بخشی از پایایی را برای همه ابعاد (بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴) و شاخص پریشانی کلی (۰/۸۹) را دربر دارد. در این پژوهش، برای محاسبه روایی از روایی همگرا و واگرا استفاده شد و در هر دو روش روایی ابزار اندازه‌گیری تأیید شد. برای به دست آوردن روایی همگرا، مقادیر بالاتر از ۰/۵ نشان‌دهنده همسانی درونی مدل‌های اندازه‌گیری است. مقدار واریانس استخراج‌شده AVE مربوط به سازه‌هاست. از آنجایی که در جدول ۱ این اعداد بیش از ۰/۵ است؛ بنابراین روایی ابزار اندازه‌گیری، قابل پذیرش است.

جدول ۱: میزان شاخص نیکویی برازش مدل اول

مؤلفه	مقدار واریانس استخراجه شده
حیت اجتماعی	۰/۷۴۸
تاب‌آوری	۰/۶۸۲
اضراب اجتماعی	۰/۸۲۷
درماندگی روان‌شناختی	۰/۷۹۴

در روایی واگرا^۴ میزان همبستگی بین ابعاد متغیرهای تحقیق ملاک است. جدول ۲ میزان همبستگی بین ابعاد متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق

درماندگی روان‌شناختی	اضطراب اجتماعی	تاب‌آوری	حمایت اجتماعی		
-۰/۷۳	-۰/۸۵	۰/۴۷	۱	ضریب همبستگی	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۴۳	سطح معنی‌داری	
-۰/۴۳	-۰/۳۹	۱	۰/۴۷	ضریب همبستگی	تاب‌آوری
۰/۰۰۴	۰/۰۱		۰/۰۰۲	سطح معنی‌داری	
۰/۷۲	۱	-۰/۳۹	-۰/۸۵	ضریب همبستگی	اضطراب اجتماعی
۰/۰۰۱		۰/۰۱	۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری	
۱	۰/۷۲	-۰/۴۳	-۰/۷۳	ضریب همبستگی	درماندگی روان‌شناختی
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴		سطح معنی‌داری	

برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به این‌که متغیرهای تحقیق یعنی حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی ضریب بالای ۰/۷ را به دست آوردند (جدول ۳) می‌توان گفت که ابزار اندازه‌گیری از پایایی مناسبی برخوردار بودند.

جدول ۳: ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای اصلی تحقیق

متغیرهای تحقیق	آلفای کرونباخ متغیرها
حمایت اجتماعی	۷۴
تاب‌آوری	۸۶
اضطراب اجتماعی	۷۸
درماندگی روان‌شناختی	۸۲

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها از طریق محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر از طریق نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه ۱۸ و نرم‌افزار PLS تحلیل شد.

یافته‌ها

الف) توصیف یافته‌ها

*توصیف یافته‌های جمعیت‌شناختی: یافته‌های مرتبط با متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که ۱۷ درصد جمعیت مورد مطالعه در شهر و ۸۳ درصد در روستا ساکن هستند، ۱۴/۳ درصد سن بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۶/۲ درصد سن بین ۳۰ تا ۳۵ سال، ۵۷ درصد بین ۳۵ تا ۴۰ سال و ۳/۵ درصد نیز سن بیش از ۵۰ سال داشتند. از نظر مدرک تحصیلی نیز ۶۶ درصد زیر دیپلم، ۰/۲۶ دیپلم و ۸ درصد لیسانس بودند.

ب) تحلیل یافته‌ها

یافته‌های حاصل از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف تک نمونه‌ای نشان داد، در تمامی متغیرها سطح معنی‌داری بیش از ۰/۰۵ است که فرض عدم طبیعی بودن توزیع داده‌ها رد می‌شود، بنابراین داده‌ها توزیع نرمال دارند.

جدول ۴: آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش

چولگی	کشیدگی		
-۱/۵	-۰/۷۳	خانواده	حمایت اجتماعی
۰/۰۹	-۰/۲۷	دوستان	
-۰/۴۹	-۰/۳۴	اشخاص مهم	
-۰/۳	-۰/۴۷	تاب‌آوری	تاب‌آوری
-۱/۱	۰/۶۵	ترس	اضطراب اجتماعی
-۰/۷۴	۰/۴۵	اجتناب	
-۰/۵۳	۰/۴۲	علائم فیزیولوژیک	
۰/۵	۰/۱	جسمانی	درماندگی روان‌شناختی
-۱/۱	۰/۶۲	افسردگی	
-۰/۲	۰/۲۳	اضطراب نشانگان	
-۱/۲	۰/۳	وحشت زدگی	

در تحلیل مسیر، روابط بین متغیرها در یک جهت جریان می‌یابند و به عنوان مسیرهای متمایز در نظر گرفته می‌شوند. مفاهیم تحلیل مسیر در بهترین صورت از طریق ویژگی عمده آن یعنی نمودار مسیر که پیوندهای علی احتمالی بین متغیرها را آشکار می‌سازد، تبیین می‌شود (هومن، ۱۳۸۷). به زعم محسنین و اسفیدانی (۱۳۹۳) معیارهای آزمون مدل ساختاری شامل موارد ذیل است:

- شاخص ضریب تعیین^۵ متغیرهای مکنون درون‌زا؛
- ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آن؛
- شاخص ارتباط پیش‌بین؛
- معیار اندازه اثر.

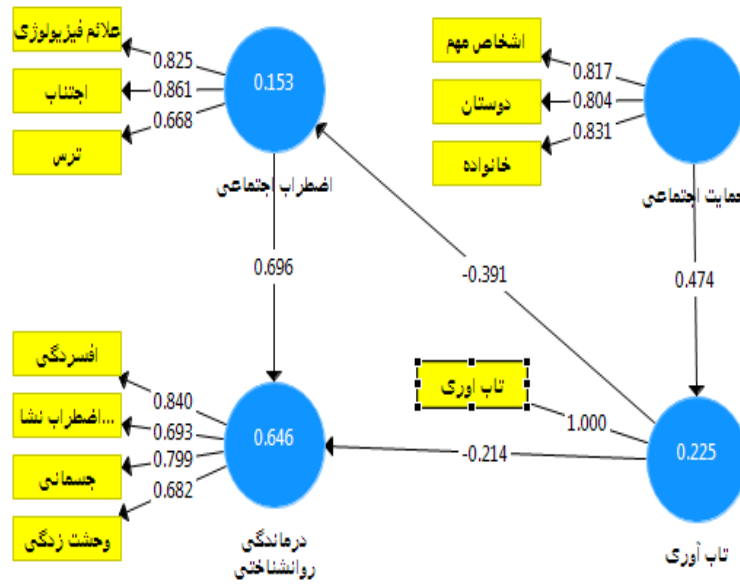
الف) ضریب تعیین مدل اول

ضریب تعیین مهم‌ترین معیاری است که با آن می‌توان رابطه بین یک یا چند متغیر مستقل و وابسته را توضیح داد. این ضریب بیان‌کننده درصد تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل است. با توجه به شکل مدل ساختاری برآزش‌شده تحقیق (شکل ۱)، ضریب تعیین مدل اول متغیر وابسته اضطراب اجتماعی مادران استثنایی، برابر با ۰/۱۵۳ است که بیانگر این است که ۱۵ درصد تغییرات متغیر وابسته اضطراب اجتماعی توسط متغیر مستقل حمایت اجتماعی تبیین می‌شود و ضریب تعیین مدل دوم متغیر وابسته درماندگی روان‌شناختی برابر با ۰/۶۴۶ است که بیانگر این است که ۶۴ درصد تغییرات متغیر وابسته درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی توسط متغیر مستقل حمایت اجتماعی تبیین می‌شود و ضریب تعیین مدل سوم متغیر تاب‌آوری، برابر با ۰/۲۳ است که بیانگر این است که ۲۳ درصد تغییرات تاب‌آوری توسط حمایت اجتماعی تبیین می‌شود و درصدهای باقی‌مانده سایر عواملی هستند که در مدل در نظر گرفته نشده است.

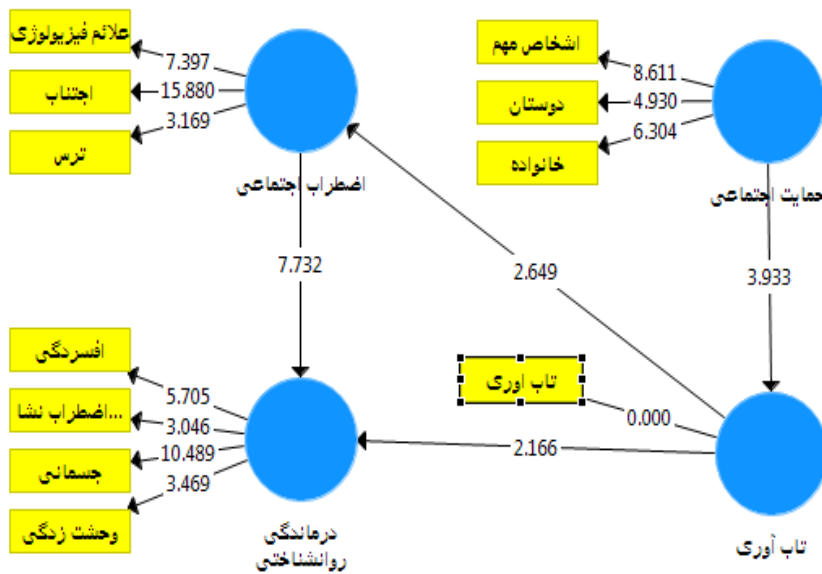
ب) ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آماره تی

منظور از ضرایب مسیر همان بتای استانداردشده در رگرسیون خطی است. ضرایب مسیر باید از لحاظ بزرگی، علامت و معناداری مورد بررسی قرار بگیرند. ضرایب مسیر مثبت نشان‌دهنده روابط مستقیم بین

متغیرهای پنهان درون‌زا و برون‌زا هستند. در مقابل، ضرایب مسیر منفی (بتای منفی) نشان‌دهنده رابطه معکوس بین متغیرهای پنهان درون‌زا و برون‌زا است. نمودار ۲ نتایج آزمون تی مدل اول پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نتایج آزمون تحلیل مسیر مدل اول پژوهش



شکل ۲: نتایج آزمون نتایج آزمون تی مدل اول پژوهش

ج) شاخص نیکویی برازش

جدول ۵: نشانگرهای برازش مدل نهایی

نتیجه	مقدار رضایت بخش	مقدار برازش	نشانگر برازش
تأیید مدل	کوچک‌تر از ۳	۲/۱۴	نسبت کای اسکوئر با درجه آزادی
تأیید مدل	نزدیک به ۰/۹ یا بیشتر	۰/۹۴۳	نرم‌شده برازش
تأیید مدل	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۷۶	نرم‌نشده برازش
تأیید مدل	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۸۲	شاخص نیکویی برازش
تأیید مدل	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۳۸	تعدیل‌شده نیکویی برازش
تأیید مدل	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۱۵	برازندگی فزاینده

برای ارزیابی فرضیه اصلی پژوهش از اثرات به دست آمده در تحلیل مسیر بر اساس مدل ارائه‌شده در شکل ۲ استفاده می‌شود. بر اساس یافته‌های برازش مدل فوق، مدل برازش‌شده تأیید می‌شود. از طرفی نسبت آماره کای دو به درجه آزادی ۲/۱۴ و کمتر از ۳ است؛ بنابراین به طور کلی نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه با حمایت اجتماعی با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی تأیید می‌شود. در ادامه رابطه هر یک از متغیرهای پژوهش را بر اساس فرضیه‌ها مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون بارون و کنی استفاده شد که در آن برقراری شروط زیر ضروری است. شرط اول این است که متغیر مستقل با متغیر وابسته رابطه معنادار داشته باشد. شرط دوم این است که معناداری رابطه بین متغیرهای مستقل و واسط تأیید شود. شرط سوم نیز تأیید معناداری رابطه بین متغیر واسط و وابسته است. شرط چهارم این است که وقتی متغیر میانجی‌گر وارد معادلات رگرسیونی می‌شود، رابطه بین متغیر مستقل و وابسته غیرمعنادار شود که در این حالت متغیر مورد نظر، میانجی‌گر کامل است یا این‌که این رابطه در حضور متغیر میانجی‌گر کاهش یابد (حداقل ۰/۱۰)، ولی هم‌چنان معنادار باقی بماند که در این حالت نقش متغیر میانجی‌گر، جزئی خواهد بود (شهریار عزیزی، ۱۳۹۲).

جدول ۶: نتایج تحلیل فرضیه اصلی

نتیجه	عدد معناداری (آماره آزمون)	سطح معناداری	ضریب مسیر	مسیر مستقیم
تأیید	۶/۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶	حمایت اجتماعی → اضطراب اجتماعی
تأیید	۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	حمایت اجتماعی → درماندگی روان‌شناختی
تأیید	۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	حمایت اجتماعی → تاب‌آوری
تأیید	۲/۶	۰/۰۱	۰/۳۹	تاب‌آوری → اضطراب اجتماعی
تأیید	۲/۱	۰/۰۰۴	۰/۲۱	تاب‌آوری → دره دگی روان‌شناختی
تأیید	۷/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	اضطراب اجتماعی → درماندگی روان‌شناختی

بررسی ضریب اثر حمایت اجتماعی بر اضطراب اجتماعی، نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۸۶ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده است و هم‌چنین عدد معناداری (t-value) که برابر با ۶/۵ شده و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی حمایت اجتماعی بر اضطراب اجتماعی

تأثیر معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (حمایت اجتماعی و اضطراب اجتماعی) برابر با مقدار ۰/۸۵ شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

بررسی ضریب اثر حمایت اجتماعی بر درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی نیز نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۶۸ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده و هم‌چنین عدد معناداری (t-value) که برابر با ۶ شده و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی حمایت اجتماعی بر درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی تأثیر مثبت معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (حمایت اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی) برابر با مقدار ۰/۷۳- شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد.

بررسی ضریب اثر حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۴۷ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده و هم‌چنین عدد معناداری (t-value) که برابر با ۳/۹ است و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی تأثیر مثبت و معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (حمایت اجتماعی و تاب‌آوری) برابر با مقدار ۰/۴۷ شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

بررسی ضریب اثر تاب‌آوری بر اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۳۹ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده و هم‌چنین عدد معناداری (t-value) که برابر با ۲/۶ است و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی تاب‌آوری بر اضطراب اجتماعی مادران کودکان استثنایی تأثیر مثبت و معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی) برابر با مقدار ۰/۴ شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

بررسی ضریب اثر تاب‌آوری و درماندگی روان‌شناختی، نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۲۱ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده و هم‌چنین عدد معناداری (t-value) که برابر با ۲/۱ است و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی تاب‌آوری بر درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی تأثیر منفی و معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (تاب‌آوری و درماندگی روان‌شناختی) برابر با مقدار ۰/۴۳- شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

بررسی ضریب اثر اضطراب اجتماعی بر درماندگی روان‌شناختی، نشان می‌دهد که این ضریب مسیر به میزان ۰/۶۹ برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی (p-value) که برابر ۰/۰۰۱ شده و هم‌چنین

عدد معناداری (t-value) که برابر با ۷/۷ است و به ترتیب از ۰/۰۵ کمتر و از ۱/۹۶ بیشتر هستند؛ می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است؛ یعنی اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی تأثیر منفی و معناداری دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر ذکر شده (اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی) برابر با مقدار ۰/۷۲ شده و با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مراقبت از یک کودک با ناتوانی مزمن و پیچیده، منبع اصلی استرس برای والدین محسوب می‌شود. این استرس شامل فشارهای روانی و جسمی در طول دوره‌های زمانی طولانی است و می‌تواند بر سایر حوزه‌های مختلف زندگی والدین از جمله اختلال در سلامت روانی، جسمی، انزوای اجتماعی و عدم انسجام خانوادگی تأثیرگذار باشد که اغلب با سطوح پایین کیفیت زندگی والدین، تغییر ادراکشان از فرزندپروری، کاهش خوش‌بینی آن‌ها به آینده خود و نیز آینده فرزندشان، وجود مشکلات بهداشت روان و کیفیت پایین زندگی خانوادگی همراه است. به طور کلی با توجه به این‌که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان والدین بر توانایی خانواده در مقابله و سازگاری با مسأله وجود معلولیت در یک عضو خانواده مانند فرزند تأثیرگذار است؛ درک متغیرهای تأثیرگذار (حمایت اجتماعی) بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان والدین دارای کودک دچار اختلال بسیار مهم است (غنیمی، ۱۳۹۷).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روانی در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به دست آورده است. انسان موجودی اجتماعی است و در طول حیات خویش نیازمند هم‌نوعان خود است. این نیازمندی از جنبه‌های مختلف و صورت‌های متفاوتی قابل مشاهده است. کوب (۱۹۷۶)، حمایت اجتماعی را تحت عنوان معرفتی اظهار می‌دارد که افزایش روزافزون تعداد مقالات چاپ‌شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن حاکی از اهمیت عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی است که در زندگی انسان دارد. بنابراین توجه به این منبع ارزان‌قیمت اقتصادی و بااهمیت در جهت مقابله مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از جمله افسردگی و اضطراب از اهمیت بالایی برخوردار است (لانگ و همکاران، ۲۰۰۱). حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع نیاز فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که سبب ایجاد خودپنداره مثبت، خویش‌پنداری، احساس عشق و حرمت نفس می‌شود و در همه این موارد به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد (علی‌پور و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی وجود رابطه معنادار بین حمایت‌های اجتماعی و عاطفی با رفتارهای بهزیستی و کاهش نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهد.

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار، مفهوم‌سازی شده است. خودتاب‌آوری، توانایی سازگاری سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی است. هسته مرکزی سازه خودتاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که فطرتی زیست‌شناختی برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد که به طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود. 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 (مرتضوی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد 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، در حالی که مادرانی که تشویش، اضطراب و استرس فراوانی دارند، به طور معمول در تعامل منطقی و صحیح با کودکان خود مشکلات بسیاری دارند که مانع از اتخاذ یک رویکرد مطلوب و منطقی می‌شود. به طور 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 تأثیرگذار 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 مؤثری 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 کند تا از این رهگذر بتوان به تدبیر و اتخاذ راهکارهای مؤثر و مفید دست زد (هارون رشیدی و منصورری‌راد، ۱۳۹۴).

محققان کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند. تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای شده و 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. با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و هم‌چنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. تاب‌آوری با تعدیل و کمرنگ کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند (کونور، ۲۰۰۶). در واقع، تاب‌آوری از طریق امیدواری به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری‌شان 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 امیدواری بالاتری بهره‌مند می‌شود. در حالت امیدواری، شخص می‌تواند نیروهای خلاقه خویش را در راه بهبود چگونگی زندگی به کار برده، رفتارهای اعتمادآميز را برگزیند و احساس بهزیستی و رضایت از زندگی داشته باشد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود و افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری‌شان 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 (رحیمیان بوگر و اصغرنژاد، ۱۳۸۷).

علاوه بر این‌ها، نتایج پژوهش نشان داد هرچه اضطراب اجتماعی مادران کودکان استثنایی افزایش پیدا کند، درماندگی روان‌شناختی آنان افزایش می‌یابد. بنابراین تجربه ناقص‌بودن فرزند در مادران کودکان استثنایی، احساس ناقص‌بودن ایجاد می‌کند و درماندگی هیجانی از قبیل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، فقدان انرژی، پریشانی و اندوه در مادران کودکان استثنایی بیشتر از مادران دارای فرزند سالم است. قرار داشتن در شبکه اجتماعی دوطرفه با افزایش میزان تاب‌آوری و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در زنان مادران کودکان استثنایی، می‌تواند از بروز هیجان‌های منفی و احساس درماندگی در این افراد جلوگیری کند. با توجه به یافته‌های پژوهش توانمند ساختن مادران کودکان استثنایی از طریق آموزش و برگزاری کارگاه‌ها در جهت کاهش نگرش منفی والدین، اولین پیشنهاد کاربردی قابل طرح برای پژوهش حاضر است. هم‌چنین به منظور افزایش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی، آموزش در رابطه با نگرش صحیح به کودکان معلول در قالب آشنایی و شناخت معلولان و کاهش تابوها و فرهنگ‌سازی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که نمونه پژوهش را مادران کودکان استثنایی شهرستان خلیل‌آباد تشکیل دادند، از این رو در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید احتیاط شود. محدودیت بعدی مربوط به روش پژوهش است که امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. این نتایج می‌تواند در بررسی خانواده‌های دارای کودک معلول کاربردهای مهمی داشته باشد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Ando | 11. Remine & Brown |
| 2. Richenberg | 12. Zimet & Dahlem |
| 3. SAD (Social Anxiety Disorder) | 13. Connor & Davidson |
| 4. American Psychiatric Association (APA) | 14. Drogates |
| 5. Cloning | 15. Cobb |
| 6. Causs & Blackford | 16. Lang |
| 7. Patricia | 17. Connor |
| 8. Cassidy | 18. Chang |
| 9. Kashdan | |
| 10. Kimbrel | |

منابع

بشارت، م. ع.، جاهد، ح.، و حسینی، ا. (۱۳۹۳). بررسی نقش تعدیل‌کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۷، ۸۷-۶۷.

- بیرامی، م.، موحدی، ی.، و موحدی، م. (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه ی دانشجویی، *دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۳(۲)، ۱۳۰-۱۰۹.
- تقی‌زاده، ح. و افروز، غ. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. *تعلیم و تربیت/استثنایی*، ۴(۲)، ۱۷-۷.
- جدیدی، م.، صفری، س.، فرامرزی، س.، و جنالی، س. (۱۳۹۵). مقایسه اضراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه و مادران دارای کودکان سالم. *مجله اعصاب کاربردی*، ۳(۱۶)، ۵۲-۴۳.
- جوادیان، ر.، و فراست، ه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی با اعتماد اجتماعی استفاده‌کنندگان از حمل و نقل عمومی. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۲(۹)، ۲۲۱-۱۹۰.
- جوکار، ب.، سامانی، س.، صحرگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی. *روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- حق‌شناس، م.، سوداگر، ش.، و بهرامی هیدجی، م. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری حمایت ادراک‌شده در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶(۳)، ۱۱۷-۹۲.
- راهپیمان، س.، و شیخ‌الاسلامی، ر. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای هویت معنوی در رابطه بین دلبستگی به والدین و همسالان با تاب‌آوری. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۶۲-۴۷.
- رحیمیان بوگر، ا.، اصغرنژاد، ع. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان شناختی و خودتاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده از زلزله شهرستان بم. *روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱(۱۴)، ۷۰-۶۲.
- عبداللهی، ل. (۱۳۹۲). رابطه الگوهای رابطه و انسجام خانوادگی با سرخوردگی روان شناختی دانشجویان استثنایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- علیپور، ف.، سجادی، ح.، فروزان، ا.، نبوی، ح.، و خدمتی، ا. (۱۳۸۹). نقش حمایت اجتماعی از اضطراب و افسردگی در سالمندان. *مجله سالمندان*، ۴(۱۱)، ۶۱-۵۳.
- غنیمی، ف.، دانش، ع.، دادخواه، ا.، تقی‌لو، ص. (۱۳۹۷). نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اتیسم. *روانشناسی کاربردی*، ۲۶۵، ۲۴۳-۲۴۶.
- فتحی، د. و جمال‌آبادی، م. (۱۳۹۶). بررسی نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در رابطه حمایت تحصیلی و سرزندگی تحصیلی در دانشجویان. *دوماهنامه راهبرد آموزش در علوم پزشکی*، ۱۰(۴)، ۲۶۹-۲۶۳.
- فرهادی، ن. (۱۳۹۱). رابطه الگوهای رابطه و انسجام خانواده با کیفیت زندگی دانشجویان استثنایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- کشاورز افشار، ح.، قاضی‌نژاد، ن.، و سنایی، ن. (۱۳۹۶). بررسی نقش هوش هیجانی و تفکرات مثبت مادران در میزان اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، تابستان، ۷(۴)، ۱۴۷-۱۳۰.
- کرمانی، ز. (۱۳۸۸). بررسی نقش امید در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا در زندگی با افکار خودکشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- کمال‌پور، س.، عزیززاده فروزی، م.، و تیرگری، ب. (۱۳۹۵). بررسی رابطه تاب‌آوری با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان پرستاری. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، ۵(۷۸)، ۴۸۷-۴۷۶.
- مرتضوی، ن.، و یاراللهی، ن. (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۸-۱۰۳.
- مسگریان، ف.، زادفلاح، پ.، فراهانی، ح. و قربانی، ن. (۱۳۹۶). روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی در اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی تحولی*، ۱۴(۵۳)، ۱-۱۴.

مکوند حسینی، ش.، خالقی، ر.، و نجفی، م. (۱۳۹۶). رابطه سیستم‌های مغزی-رفتاری و عواطف با اضطراب اجتماعی در دانشجویان، *عصب روانشناسی*، ۳(۳)، ۶۳-۷۹.

نریمانی، س.، محمدی، م.، و عباسی، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سرسختی روانشناختی با فرسودگی شغلی کارکنان زندان در استان اردبیل. *مجله مدیریت*، ۲(۸)، ۷۵-۹۲.

هارون رشیدی، ه.، و منصوری زاد، و. (۱۳۹۶). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *دوماهنامه تخصصی تعلیم و تربیت/استثنایی*، ۷(۳)، ۱۵-۲۳.

- Abdullahi, L. (2013). Relationship between relationship patterns and family cohesion with psychological frustration of exceptional students, M. A. thesis in psychology, Islamic Azad University, Ahvaz. [Persian].
- Alipur, F. Sajadi, H. Frouzan, A. Nabavi, H. Khedmati, I. (2010). The role of social support on anxiety and depression in the elderly. *Journal of Elderly*, 4(11), 61-53 [Persian].
- 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(1), 64-56.
- Besharat, M. A., Jahed, H., and Hosseini, A. (2014). Investigating the Moderating Role of Life Satisfaction in the Relationship between Resilience and General Health. *Counseling and Psychotherapy Culture*, 17(1), 67-87 [Persian].
- Birami, M., Movahedi, Y., and Movahedi, M. (2014). The Relationship between Perceived Social Support and Socio-Emotional Loneliness with Internet Addiction in Student Community. *Social Cognitive Research*, 2 (2), 3-109. [Persian].
- Cassidy S. (2015). Resilience building in students: the role of academic self-efficacy. *Front Psychol*. 6(2), 1-14.
- Cassidy, S. (2015). Resilience building in students: the role of academic self-efficacy. *Front Psychol*, 6(1), 1-14.
- Chang, E. C., Jilani Z, Yu T, Lin J, Muyan M, Hirsch JK. (2017). Relation between Sexual Assault and Negative Affective Conditions in Female College Students: Does Loss of Hope Account for the Association? *Journal of Interpersonal Violence*, 32(8), 1249-1266.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066-1075.
- Cloninger, C. R., & Garcia, D. (2015). *Genetics of Psychological Well-Being-the Role of Heritability and Genetics in Positive Psychology*, Oxford: Oxford University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(2), 300-413.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 46-49.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(1), 28-79.
- Derogates, L. R. (1998). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Farhadi, N. (2012). Relationship between relationship patterns and family cohesion with Quality of Life of exceptional students, M.A thesis in psychology, Islamic Azad University, Ahvaz. [Persian].
- Fathi, D., & Jamal Abadi, M. S. (2017). Investigating the mediating role of resilience in the relationship between academic support and academic life in students. *Quarterly Journal of Medical Education Strategy*, 10(4), 269-263 [Persian].

- Ghaniimi, F., Danesh, A., Dadkhah, A., Taghi Lu, P. (2018). The mediating role of perceived coping strategies and social support in relation to perceived stress and quality of life of parents of children with autism spectrum disorder. *Applied Psychology*, 46(1), 243-264. [Persian].
- Haghighat, M., Sodagar, Sh., & Bahrami Heidji, M. (2017). The mediating role of perceived support in predicting psychological distress based on emotional control and coping styles in mothers of children with thalassemia. *Journal of Social Cognitive Research*, 6 (3), 117-192 [Persian].
- Haghshenas, M., Sodagar, SH., And Bahrami Heidji, M. (2017). The mediating role of perceived support in predicting psychological distress based on emotional control and coping styles in mothers of children with thalassemia. *Journal of Social Cognitive Research*, 6 (3), 117-92.
- Haron Rashidi, H., and Mansouri Rad, V. (2017). The relationship between perceived social support and resilience with the psychological distress of mothers of exceptional children. *Special Issues in*
- Heidari, A. & Jafari, F. (2008). Comparison of quality of life, social support and general health of people infected with AIDS with ordinary people in Ahvaz. *New Findings in Psychology*, 2(7), 60-47.
- Jadidi, M., Safari, S., Faramarzi, S., & Jamali, S. (2016). Comparison of social anxiety and social support mothers of children with special needs and mothers of healthy children. *Knowledge and Research in Applied Neuroscience*, 3(16), 43-52. [Persian].
- Javadian, R., & Frasad, H. (2016). Investigating the relationship between social support and social security with the social confidence of public transport users. *Social Discipline Quarterly*, 2 (9), 221-190 [Persian].
- Jokar, B., Shmani, S., & Sarahgard, N. (2008). Resilience, mental health, satisfaction of life. *Journal of Psychiatry Clinical*, 13(1), 290-295. [Persian].
- Kamalpour, S., Azizadeh Forouzi, M., and Tirgari, B. (2016). The relationship between resilience and academic burnout in nursing students. *Journal of Medical Education Development Research Center*, 5 (78), 476-487 [Persian].
- Kashdan, T. B., Farmer, A. S., Adams, L. M., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 645-655.
- Kermani, Zahra. (2002). The Role of Hope in the Relationship between Perceived Social Support and Meaning in Life with Suicidal Thoughts. M.Sc. in Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University. [Persian].
- Keshavarze Afshar, H., Ghazinejad, N., & Sanai, N. (2016). The Role of emotional intelligence and mothers' positive thoughts in social anxiety in adolescent girls with learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 7 (4), 130-147.[Persian].
- Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Nelson-Gray, R. O. (2010). An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 372-378.
- Lang, A. J., Stein, M. B. (2001). Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56(5), 24-27.
- Makvand Hosseini, Sh., Khaleghi, R., and Najafi, M. (2017). The Relationship between Brain-Behavioral Systems and Emotions with Social Anxiety in Students, *Journal of Neurological Psychology*, 3 (3), 63-79. [Persian].

- Narimani, S., Mohammadi, M., & Abbasi, A. (2009). The relationship between psychological hardiness and job burnout in prison staff in Ardabil province. *Journal of Management*, 2 (8), 92-75. [Persian].
- Mesgarian, F., Zadafah, P., Farahani, H., and Ghorbani, N. (2017). Subject Relationships and Defense Mechanisms in Social Anxiety. *Transformational Psychology*, 14(53), 1-14 [Persian].
- Mortazavi, N., and Yarollahi, N. (2015). Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *Principles of Mental Health*, 17 (3), 103-108. [Persian].
- Narimiani, S., Mohammadi, M., & Abbasi A. (2009). Investigating the relationship between psychological hardiness and selfrecording with burnout in prison staff in Ardebil province. *Journal of Management*, 2(8), 92-75. [Persian].
- Patricia, E. N. (2010). Fathering an ADHD child: An examination of parental well-being and social support. *Sociological inquiry*, 4(80), 543-531.
- Rahimian Booger, I., & Asghar Nejad, A. (2008). Relationship between Psychological Hardiness and Self-Reporting with Mental Health in Youth and Adults Surviving the Bam Earthquake. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 1(14), 62-70. [Persian]
- Rahpayma, S., & Sheikhol-Islami, R. (2016). The Role of spiritual identity intermediates in the relationship between parent-peer attachment and resilience. *Contemporary Psychology*, 11(1), 47-62 [Persian].
- Rambod, M., & Rafiee, F. (2008). Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients, *Nursing Research*, 3(10), 112-123.
- Remine, M. D, Brown, P. M. (2010). Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(1), 351- 357.
- Richenberg, A., Gross, R. (2010). Advancing parental age autism. *ARCH Gen Psychol*, 63(1), 1026-1032.
- Special Education*, 7(3), 15-23.
- Taghizadeh, H., and Afrooz, Gh. (2014). Comparative study of perceived social support and mental health of mothers of children with and without hearing impairment. *Exceptional Education*, 4(2),7-17.[Persian].
- Veisi, M., Atef, M., Razahi, M. (2008). Impact of job stress on job satisfaction and mental health: the tenacity of Yale number of social support. *Journal of Psychiatry Clinical*, 6(1), 70-78 [Peraian].
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(4), 30-41.