

## آیا مقابله درمانگری بهزیستی مادران دارای فرزند استثنایی را بهبود می‌بخشد؟

دکتر علیرضا آقاییوسفی\*<sup>۱</sup>، دکتر مهدی دهستانی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۶/۱۳ تاریخ ۹۰/۰۷/۲۲

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری در بهزیستی روانی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی جسمی - حرکتی انجام شد.

**مواد و روش کار:** به منظور بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر بهزیستی مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی حرکتی) دختر، ۲۱ نفر از مادران در قالب گروه مداخله و ۲۰ نفر در قابل گروه کنترل از بین مادران دانش‌آموزان مجتمع سعادت‌آباد تهران به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی بود و برای بررسی اثربخشی درمان از مقیاس‌های راهبردهای مقابله و شاخص بهزیستی شخصی بزرگسالان در آن استفاده شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، هشت جلسه مقابله درمانگری برای مادران اجرا شد و آن گاه پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها پس از گردآوری با روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سطح بهزیستی مادران پس از اجرای مداخله افزایش معنی‌داری نداشته است. به واسطه تمرکز مقابله درمانگری بر تغییر و اصلاح راهبردهای مقابله، این مداخله توانست به طور معنی‌داری میزان استفاده از راهبرد گریز و اجتناب را کاهش داده و نمره راهبرد رویا رویگری را افزایش دهد. در این پژوهش تأثیر مقابله درمانگری بر سایر راهبردهای مقابله‌ای معنی‌دار نبود. همچنین آزمون همبستگی نشان داد که در نمونه مورد مطالعه، بین راهبردهای مقابله‌ای "جستجوی حمایت اجتماعی"، "خوابیدن‌داری"، و "مسئولیت‌پذیری" با "بهزیستی روانی" رابطه وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت مداخله مقابله درمانگری بیش از آن که بهزیستی مادران را مستقیماً تحت تأثیر قرار دهد بر سبک مقابله فرد متمرکز است و در طولانی مدت با تأثیر بر این روش‌های مقابله می‌تواند بر بهزیستی آنان موثر باشد.

**کلید واژه‌ها:** مقابله درمانگری، بهزیستی روانی، مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی حرکتی)، تنیدگی (استرس)

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ۴۰۹-۳۹۹، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه پیام نور، گروه روان‌شناسی، صندوق پستی ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵

Email: arayeh1100@gmail.com

### مقدمه

است، اما چنانچه تهدیدات تداوم یابد یا به اشکال مختلفی تکرار شود، می‌تواند با آسیب سلامت جسمی - روانی در فرد همراه شود (۲).

بیش از دو دهه است که پدیده تنیدگی توجه پژوهشگران حوزه سلامت را به خود جلب کرده است (برای مرور به (۳) رجوع شود). کنترل و مدیریت تنیدگی به عنوان پدیده‌ای جهان‌شمول به موضوعی محوری در بسیاری از پژوهش‌ها تبدیل گردیده است (۱).

تلاش برای بقا به عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای حیاتی در انسان همانند سایر موجودات زنده، از طریق سازگاری مداوم با محیط حاصل می‌شود. زیربنای این تلاش به طور خاص، مجموعه‌ای از پاسخ‌های فیزیولوژیک است که در برابر تهدیدهای ادراک شده از سوی محیط فعال می‌شوند (۱). تنیدگی که خود را در پاسخ‌های جسمی (مانند افزایش ضربان قلب و بالارفتن فشار خون) یکی از جلوه‌های تلاش برای بقا و راهی اساسی برای غلبه بر تهدیدات ادراک شده است. اگر چه این نوع پاسخ اساساً سازگارانه

<sup>۱</sup> دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسؤل)

<sup>۲</sup> استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

با پذیرش این واقعیت که والدین و به ویژه مادران کودکان ناتوان، با تنیدگی فزاینده‌ای در پرورش فرزند ناتوان خویش مواجه هستند، می‌توان چنین انتظار داشت که کاهش سطح بهزیستی ادراک شده در این والدین، می‌تواند بر بهزیستی و سطح کیفیت زندگی فرزندان نشان نیز تأثیر منفی و مخربی داشته باشد. معالوفت پژوهش‌ها برای روشن کردن اثر مداخلات کوتاه مدت از راه اصلاح راهبردهای مقابله‌ای بر بهزیستی روانی به اندازه‌ی کافی فراوان و روشن نیستند. می‌توان احتمال داد، آموزش روش‌های مقابله کارآمد و موثر، می‌تواند آثار مخرب تنیدگی در والدین کاهش دهد و در نتیجه شرایط مطلوب‌تری برای پرورش فرزندان و بهره‌مندی آنان از فرصت‌های رشد فراهم آمده و به افزایش سطح رضایت تمامی اعضای خانواده کمک شایانی خواهد کرد. بر این اساس، هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری در بهزیستی شخصی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی جسمی-حرکتی است. مطالعه کنونی همچنین در پی بررسی این سوال است که آیا بین روش‌های مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی-حرکتی)، و سطح بهزیستی روانی آنان رابطه وجود دارد؟

### مواد و روش کار

از آنجا که در این پژوهش متغیر مستقل (روش مداخله) توسط پژوهشگر تعیین و اعمال می‌شود و گروه‌ها به طور تصادفی شکل می‌گیرند ولی نمونه اولیه داوطلب و در دسترس است، این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

کلیه مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی-حرکتی) مدرسه توان خواهان در منطقه سعادت آباد در سطوح دبستان، راهنمایی و دبیرستان در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شبه آزمایشی حاضر به صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شد. فرایند نمونه‌گیری به این ترتیب بود: ابتدا از کلیه مادران دعوت شد در یک جلسه توجیهی درباره نحوه انجام پژوهش و ضرورت‌ها و اهداف آن و نیز نحوه و زمان برگزاری جلسات حضور یابند. از مادران خواسته شد چنانچه تمایل به شرکت دارند آمادگی خود را اعلام کنند. از گروه داوطلبان تعداد ۲۵ نفر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند و تعداد ۲۰ نفر نیز در گروه کنترل به صورت تصادفی از لیست دانش‌آموزان انتخاب شد (پنج نفر در گروه آزمایش به دلیل ریزش‌های احتمالی در طول پژوهش اضافه‌تر گنجانده شدند).

در این پژوهش از پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸، به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) برای اندازه‌گیری

به علاوه، پژوهش‌های فراوان در این حیطه نشان‌دهنده همه‌گیر بودن تنیدگی و تأثیر نامطلوب و آسیب‌زای آن بر زندگی انسان، بهره‌وری کار، بهداشت و کیفیت زندگی بوده است (برای مرور به (۴) رجوع شود).

پدران و مادران به عنوان یکی از مهم‌ترین جمعیت‌های در معرض پدیده تنیدگی در نظر گرفته می‌شوند (۵). مسئولیت فرزندپروری در کنار وظایف خانه‌داری، مدیریت نهاد خانواده و تأمین منابع اقتصادی با تنش و فشار فراوانی همراه است. مواجهه موثر با چنین مسئولیت‌های چندگانه‌ای در مورد والدین کودکان دچار ناتوانی و معلولیت به وضوح دشوارتر بوده و با تنیدگی دوچندان همراه است. آگاهی از ناتوانی کودک موج تازه‌ای از تنیدگی را به زندگی والدین وارد آورده و چنانچه والدین به ابزارهای مقابله‌ای لازم در برابر این تنیدگی مجهز نباشند، پیامدهای آسیب‌زای جسمی-روانی بسیاری را متحمل خواهند شد (۶).

بهزیستی شخصی به درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. تحقیقات درباره بهزیستی شخصی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل‌های شناختی (درک کنترل، اعتماد به نفس، نیک بینی) را نشان داده است که همه این عوامل در رضایتمندی افراد از زندگی مشارکت دارند. کامینز ۷ معتقد است که بهزیستی شخصی دارای هفت قلمرو مهم است که شامل موارد: ۱- استاندارد زندگی ۲- سلامت ۳- موفقیت در زندگی ۴- ایمنی ۵- نسبت خویشی ۶- تعاملات اجتماعی ۷- آینده ایمن می‌باشد، این قلمروهای با ارزش در فهم روانی و فیزیکی از افراد و شناسایی اجزای بهزیستی شخصی عمومی مشارکت دارند (۳۱).

مطالعات زیادی به تبیین رابطه میان تنیدگی و روش‌های مقابله و "بهزیستی شخصی" مادران کودکان ناتوان، به انجام رسیده است (۱۰-۶). نتایج این مطالعات به طور کلی نشان می‌دهند روش‌های مقابله‌ای کیفیت زندگی این جمعیت از مادران را پیش‌بینی می‌کنند. به علاوه، استفاده از راه‌حل‌های هیجان مدار با کاهش سطح بهزیستی ادراک شده در این مادران همراه است. شارپ و روسی‌تر<sup>۱</sup> (۳۲) در یک فرا تحلیل از ۵۰ مطالعه که بین سال‌های ۱۹۷۶ تا ۲۰۰۰ انجام شده بود، نشان داده‌اند که کودکان واجد یک بیماری مزمن دارای اختلالات مربوط به کنش‌وری روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) بیشتری نسبت به سایر کودکان هستند و والدین این کودکان نیز تنیدگی بیشتری نسبت به والدین فاقد کودکان مبتلا به اختلال مزمن را تجربه می‌کنند.

<sup>۱</sup> Sharpe, Donald & Rossiter, Lucille

۰/۸۶ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر این ضریب ۰/۷۷ به دست آمد.

در ابتدای جلسه نخست توضیحات کامل درباره موضوع مورد بررسی و تعداد جلسات، و نیز ضرورت حضور در تمام جلسات برای مادران ارائه شد. و سپس مرحله "پیش‌آزمون" با استفاده از ابزارهای مورد استفاده در پژوهش اجرا شد در جلسه جداگانه‌ای از مادران گروه کنترل دعوت به عمل آمد و بعد از ارائه توضیحاتی درباره آزمون‌ها و نحوه اجرای آن در طول دوره ۸ هفته "پیش‌آزمون" اجرا شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون افراد گروه تحت مداخله به سه گروه ۸ الی ۹ نفره تقسیم شدند و از آن‌ها خواسته شد به مدت ۸ هفته در ساعات معینی حضور یابند و در پایان ۸ جلسه پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. در طول انجام پژوهش ۴ نفر از شرکت‌کنندگان گروه مداخله، به دلایلی از جمله، مشکل رفت و آمد نیز تداخل جلسات با برنامه‌های روزمره زندگی مطالعه را پس از حضور در یک تا دو جلسه ترک کردند.

بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، روش‌های هشت‌گانه مقابله با تنیدگی فولکمن و لازاروس (به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) که مراجع به شیوه‌های نادرست و نا به جا آن‌ها را به کار می‌گیرند، در طول جلسات شناخت درمانگری به شیوه‌ای مفید تنظیم شد و مراجع، شناخت و راه‌های مقابله‌ی خود را با تمرینات اجرا شده در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا پرداختند.

#### تاریخچه مقابله درمانگری

نخستین بار ویدل<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) در آلمان روشی به نام درمانگری مقابله مدار برای کمک به بیماران سکیزوفرن معرفی کرد (۱۲). اما مقابله درمانگری به عنوان روشی که در فرایند مشاوره و روان‌درمانگری برای کاربرد در همه‌ی گوشه‌های قلمرو روان‌شناسی سلامت کاربرد داشته باشد (و البته مبتنی بر نظریه‌ی فولکمن-لازاروس، ۱۹۸۴ (۱۳) باشد)، نخستین بار توسط آقاییوسفی (۱۹۹۹) (۱۴) معرفی شده و سپس اثر آن بر اضطراب، افسردگی و نمرات شخصیتی مورد واریسی قرار گرفت (آقاییوسفی، ۲۰۰۱) (۱۵). اثر این روش بر فرسودگی شغلی و بهزیستی روانی پرستاران، باورهای خود کارآمدی، فرسودگی و تنیدگی شغلی مدرسان کنسرواتور تهران و نیز تنیدگی زنان مبتلا به اختلالات قلبی-عروقی نیز مورد بررسی قرار گرفته است. در حال حاضر روشی با نامی تقریباً مشابه (مقابله درمانگری شناختی<sup>۳</sup>) توسط

راهبردهای مقابله‌ای مادران و از "شاخص بهزیستی شخصی بزرگسالان" (PWI-A<sup>۱</sup>) برای سنجش بهزیستی شخصی مادران شرکت‌کننده استفاده شد (۱۵).

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله بر اساس نظریه شناختی درباره تنیدگی ساخته شده و شامل ۸ زیر مقیاس یا راهبرد مقابله‌ای است. این مقیاس‌ها عبارتند از: مقابله رویا رویگری، دوری جویی، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز-اجتناب، حل مدبرانه مسئله، باز برآورد مثبت؛ فولکمن و لازاروس (۱۹۸۸)، به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) پایایی این پرسش‌نامه را به روش همسانی درونی ۰/۷۵ و پایایی خرده مقیاس‌های آن را از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری‌جویی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کردند. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش همسانی درونی بر یک نمونه از دانش‌آموزان دبیرستانی تهران ۰/۸۰ (واحدی، ۱۳۷۹، به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) و نمونه پرستاران (۱۱) ۰/۸۴ برآورد شده است. شکل تجدید نظر شده ۶۶ ماده‌ای این پرسش‌نامه که در آن مواد مبهم و اضافه حذف شده یا تعویض شده بودند در این مطالعه به کار گرفته شد. به علاوه پاسخنامه نیز از شکل بلی‌خیر به مقیاسی لیکرت چهارگانه "به کار نبردم، ۱"، "تا حدی به کار بردم، ۲"، "بیشتر مواقع به کار بردم، ۳" و "زیاد به کار بردم، ۴" اصلاح شد. مواد ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۷، ۳۲، ۳۷، ۵۳، ۵۵، ۵۷، ۶۱، ۶۴، ۶۵، ۶۶ اضافه بودند و در زمره هیچ یک از راهبردهای مقابله‌ای هشت‌گانه قرار نداشتند برای کوتاه شدن مقیاس از متن پرسش‌نامه حذف شدند بنابراین پرسش‌نامه مورد استفاده شامل ۵۰ ماده بود. پایایی این نسخه به روش همسانی درونی ۰/۸۷ بود.

پرسش‌نامه بهزیستی شخصی شامل دو بخش است: بخش نخست به این مسئله می‌پردازد که پاسخ‌دهنده روی هم رفته تا چه حد از زندگی خود راضی است و بخش دوم شامل هفت عامل رضایتمندی است که هر یک در رابطه با کیفیت زندگی طراحی شده است و در بردارنده حوزه‌های خاص رضایت فرد از زندگی است. نمره هر یک از سوالات روی یک مقیاس ۱۱ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی درجه‌بندی شده است. روایی این مقیاس در ارتباط با سطح رضایتمندی، ۰/۸۷ برآورد شده است (کامینز، ۲۰۰۰، به نقل از آقاییوسفی و شریف (۲۹-۳۰)). به علاوه پایایی آن به روش همسانی درونی، ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط آقاییوسفی (۲۹-۳۰) و حسینی (۱۱) به ترتیب در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و پرستاران،

<sup>۲</sup>- Wiedl, K H

<sup>۳</sup>- Cognitive Coping Therapy

<sup>۱</sup>- Personal Well-Being Index- Adult Form

اجتناب کنند. مگر آن که مشکلی غیرقابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) ایجاد شده باشد که برای کوتاه مدت تشویق می‌شود و سپس فرد باید روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد.

سپس از فرد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه‌ی بعد همراه بیاورد.

جلسه سوم: در این جلسه نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده‌ی خویش را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع درخواست می‌شود که ارزیابی اطرافیان در به اراهی نحوه‌ی برخوردش با روی داده‌های تنیدگی‌ها را پرسیده، یادداشت کرده و در جلسه‌ی بعد به بحث بگذارد. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خودشان یک ارزیابی غیرواقعی به فرد ارائه داده باشند. مهم این است که مراجع یا بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آن گاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه می‌کند پرداخته می‌شود و باید آن‌ها را یادداشت کرده و در جلسات بعد همراه بیاورد تا زمانی که فرد مهارت مقابله مؤثر با روی داده‌های تنیدگی‌ها را بیاموزد و بتواند به کار گیرد. این فرایند تا پایان جلسات درمان ادامه می‌یابد.

روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و ضریب همبستگی است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-15 استفاده شد. دلیل استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر این است که بتوانیم عامل گروه (کنترل و آزمایش) را در جریان تحلیل وارد کنیم. به این ترتیب علاوه بر اینکه می‌توانیم اثر درون آزمودنی‌ها با زمان (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) را در نظر بگیریم می‌توانیم بخشی از نتیجه را که اثر "بین آزمودنی" است مورد بررسی قرار دهیم. با این تحلیل می‌توانیم در نهایت اثر متغیر مستقل یعنی مقابله درمانگری را بر متغیر وابسته که در پژوهش ما بهزیستی و سبک‌های مقابله‌ای مادران است مورد بررسی قرار دهیم.

### یافته‌ها

پیش از بررسی و تحلیل سوالات پژوهش، داده‌ها به لحاظ وجود داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت شناسایی حذف شدند. سپس فرضیات و سوالات پژوهش به شرح ذیل مورد بررسی قرار گرفتند:

کنث شاروف<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) که یک روان‌شناس بالینی شاغل در ایالات متحده‌ی امریکا است معرفی شده که پایه‌های آن بر نظریه‌ی آرون تی بک مبتنی است (۱۶). البته این روش از دیدگاه سپری (۲۰۰۶)<sup>۲</sup> در موارد پیچیده چون افسردگی عمده<sup>۳</sup> کاربردی محدود دارد (۱۷).

### دستور جلسات مقابله درمانگری

این فن که بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بنا شده است به ترتیب زیر اجرا می‌شود:

جلسات درمان می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسات گروهی بایستی ضوابط عمومی جلسات گروه درمانگری را رعایت کرد. تعداد جلسات معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت زمان هر جلسه‌ی فردی به طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسات گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. این تعداد جلسات جدا از جلسات مصاحبه‌ها و مشاهدات و حتی آزمون‌های نخستین و جلسات پس‌آزمون است.

جلسه اول: تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول به هنجار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه‌ی مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه‌ی بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به کار برده‌اند را یادداشت کرده و برای جلسه‌ی بعد همراه بیاورند.

جلسه دوم: هر یک از اعضای گروه تنیدگی خود را بیان کرده و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده‌ی خود را بیان کرده و سپس خود و دیگر اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند دوباره به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های فرد را از نظر درجه‌ی سازش یافته بودن ارزیابی کنند. گاهی فرد بهترین کاری که می‌تواند بکند این است که رو در روی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفته و پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکارش را بیان کند. گاهی باید مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را واقع‌گرایانه ارزیابی کند. در حالی که قبلاً کم‌تر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌کرده است. گاهی نباید به روی داده‌های تنیدگی‌زای خیلی کم اهمیت فکر کند (دوری‌جویی) و گاه باید از روش حل منطقی مسأله استفاده کند. گریز-اجتناب که شامل خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا است معمولاً تشویق نمی‌شود و به عنوان روشی بیماری‌زا به افراد کمک می‌شود تا از آن

<sup>۱</sup>- Sharoff, K

<sup>۲</sup>- Sperry, L

<sup>۳</sup>- Major Depression

**جدول شماره (۱): شاخص‌های آماری مشاهدات مربوط پرسش‌نامه لازاروس - پس‌آزمون**

گروه	زمان	مقابله رویا رویگری	دوری جویی	خویش‌داری	جستجوی حمایت اجتماعی	مسئولیت پذیری	گریز و اجتناب	حل‌مدبرانه مسئله	بازبرآورد مسئله	میانگین (انحراف استاندارد)	
گروه مقابله	پیش‌آزمون	۸/۱۹ (۳/۳۷)	۴/۷۱ (۷/۲۸)	۱۱/۱۴ (۳/۳۷)	۱۰/۳۸ (۴/۶۲)	۳/۱۰ (۵/۵۷)	۱۰/۰۰ (۳/۷۳)	۸/۲۸ (۳/۳۱)	۴/۴۵ (۳/۰۴)		
	پس‌آزمون	۸/۲۳ (۳/۵۳)	۸/۰۹ (۲/۷۰)	۱۲ (۳/۹۷)	۹/۳۸ (۳/۷۸)	۵/۵۲ (۲/۰۱)	۷/۳۳ (۴/۲۸)	۹/۵۷ (۳/۲۰)	۱۹/۱۳ (۳/۸۶)		
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۰ (۲/۶۸)	۷/۱۵ (۳/۴۳)	۱۱/۸۰ (۴/۱۲)	۹/۵۰ (۴/۶۱)	۶/۵۵ (۲/۵۸)	۸/۷۰ (۴/۱۶)	۸/۷۰ (۲/۶۷)	۱۳/۶۵ (۳/۲۴)		
	پس‌آزمون	۶/۳۰ (۲/۰۸)	۷/۸۵ (۳/۶۴)	۱۲/۲ (۲/۲۶)	۹/۵۰ (۴/۷۵)	۶/۰۵ (۲/۵۴)	۱۰/۰ (۳/۵۷)	۸/۸۰ (۲/۲۱)	۱۳/۰۵ (۳/۶۹)		

زیرمقیاس‌های آن) مورد بررسی قرار گرفت و در هر مورد چنانچه فرض‌کرویات برقرار نبود آماره اصلاحی اسپیلون گرین‌هاوس - گیسر گزارش شد (جدول ۲).

برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش (بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری در بهزیستی شخصی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی جسمی-حرکتی) در ابتدا فرض‌کرویات در مورد مقیاس بهزیستی شخصی و راهبردهای مقابله (و

**جدول شماره (۲): نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر**

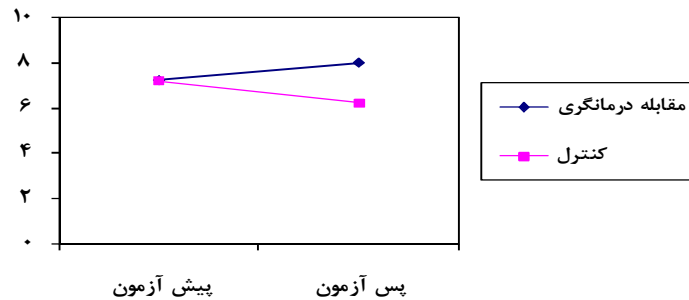
مقیاس‌ها	گروه‌ها: میانگین (انحراف استاندارد)		اثر زمان × گروه (p)
	مقابله درمانگری	کنترل	
بهزیستی شخصی	پیش‌آزمون	۶/۱۴ (۲/۱۰)	۰/۴۹ (۰/۴۸)
	پس‌آزمون	۶/۳۸ (۱/۹۳)	
مقابله رویا رویگر	پیش‌آزمون	۷/۲۶ (۲/۴۴)	۴/۹۸ (۰/۰۳)
	پس‌آزمون	۸/۰۰ (۳/۳۲)	
مقابله گریز و اجتناب	پیش‌آزمون	۹/۸۵ (۳/۷۶)	۲۲/۹۶ (۰/۰۰۰۱)
	پس‌آزمون	۶/۷۰ (۳/۲۳)	
راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۸ (۴/۶۲)	۰/۹۶ (۰/۳۳)
	پس‌آزمون	۹/۵۰ (۴/۶۲)	

تغییرات هر گروه به تنهایی در طول زمان (از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون) است، معنی‌دار نبود اما اثر مهم‌تر، یعنی اثر تعاملی گروه در زمان که نشان‌دهنده اثر نوع مداخله در تغییرات میانگین هر دو گروه است معنی‌دار بوده است ( $F=4/98,0$   $p=0/03$ ). بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که استفاده از این نوع مداخله در گروه تحت مداخله مقابله درمانگری افزایش و در گروه کنترل کاهش یافته است. به علاوه در مورد مقابله گریز و اجتناب هم اثر زمان

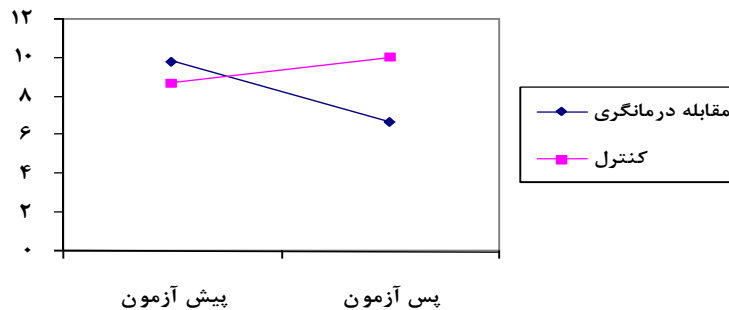
نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (جدول ۲) نشان می‌دهد که اثر زمان و نیز اثر تعاملی گروه در زمان که به ترتیب تغییرات هر گروه در طول زمان و نیز تأثیر ارائه یا عدم ارائه درمان را در تغییرات میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد، در زیر مقیاس بهزیستی شخصی معنی‌دار نشده است. این موضوع در مورد زیر مقیاس راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی نیز صادق بود. در زیر مقیاس راهبرد مقابله‌ای رویا رویگری اثر زمان که نشان‌دهنده

کنترل به طور معنی داری افزایش یافته است. تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان در زیر مقیاس‌های رویا رویگری و گریز و اجتناب در نمودارهای ۱ و ۲ نمایش داده شده است.

به معنی داری آماری نزدیک بود و هم اثر تعاملی گروه در زمان ( $F=4/98,0$   $p=0/03$ ) به لحاظ آماری معنی دار بوده است و بررسی میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد این راهبرد در گروه تحت مداخله به طور معنی داری کاهش و در گروه



نمودار شماره (۱): استفاده از راهبرد مقابله‌ای رویا رویگری در طول زمان



نمودار شماره (۲): استفاده از راهبرد مقابله‌ای گریز و اجتناب در طول زمان

بهزیستی شخصی مادران با راهبرد مقابله‌ای مسئولیت‌پذیری همبستگی منفی ( $r=-0/33$ ,  $p=0/03$ ) دارد، به این معنا که مادران با سطح بهزیستی شخصی بالاتر از راهبرد مقابله‌ای مسئولیت‌پذیری کم‌تر استفاده می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

امروزه "بهزیستی" و "ارتقای کیفیت زندگی" به یکی از اصلی‌ترین اهداف نظام‌های اجتماعی در سراسر جهان تبدیل

به علاوه جهت بررسی سوال مطالعه (آیا بین روش‌های مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی-حرکتی)، و سطح بهزیستی شخصی آنان رابطه وجود دارد؟) آزمون همبستگی اجرا شد. اجرای این آزمون در داده‌های پیش‌آزمون نشان داد سطح بهزیستی شخصی مادران با راهبردهای خویشتن‌داری ( $r=0/01$ ،  $p=0/37$ ) و جستجوی حمایت اجتماعی ( $r=0/33$ ،  $p=0/03$ ) رابطه معنی دار و مستقیمی دارد. همچنین، بررسی آزمون همبستگی در داده‌های مربوط به پس‌آزمون نشان داد که

است. عزت نفس رابطه قوی با رضایت از زندگی داشته و به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر راهبردهای مقابله‌ای فرد است (کامینز و نیستیکو، ۲۰۰۱؛ به نقل از آقایوسفی (۱۵)). افرادی که از احساس کنترل شخصی قوی‌تر و تسلط یا خود کارآمدی بیشتری برخوردارند، توان مقابله با تنیدگی و بهزیستی بالاتری را گزارش می‌کنند. بنابراین تردیدی نیست که توانمند کردن مادران از طریق آموزش مهارت‌های رفتاری-شناختی به گونه‌ای که بتوانند رفتار خود و نیز کودکان خود را مدیریت کرده و زمینه‌های بروز تنیدگی را کاهش دهند در ارتقای سطح بهزیستی مادران موثر است.

می‌توان گفت، راهبردهای مقابله‌ای اصلاح شده در طول درمان با ایجاد تغییراتی در عناصر موثر بر بهزیستی، به افزایش بهزیستی ادراک شده مادران منتهی شده است. آقایوسفی و زارع (۱۳۸۸) نشان داده‌اند که مقابله درمانگری در کوتاه مدت تنیدگی ادراک شده زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر را کاهش می‌دهد (۲۸). لازم است برای نشان دادن وجود عوامل واسطه‌ای ذکر شده تحلیل‌های پیچیده‌تر و در حجم نمونه بیشتر صورت گیرد. به علاوه، مادران کودکان ناتوان اگرچه موفق شدند در مدت هشت هفته روش‌های مقابله موثر با تنیدگی را بیاموزند و آن را در تعاملات خود به کار گیرند، اما آشکار شدن تأثیرات قطعی این بسته مداخله‌ای و به کارگیری مهارت‌های شناختی در زندگی روزمره و به ویژه در ایجاد تغییرات معنی‌دار در سطح بهزیستی ادراک شده نیازمند زمان بیشتری است. باید در نظر داشت که بهزیستی ادراک شده متغیری است که واسطه‌های رفتاری متعدد و چند لایه در آن دخالت دارد و نمی‌توان انتظار داشت که با تغییرات شناختی تحت تأثیر آموزش کوتاه مدت، شاهد تحولی محسوس در سطح بهزیستی فرد باشیم. در واقع تأثیر مهارت‌های مقابله با تنیدگی ابتدا باید در رفتار فرد ظهور یابد و به تدریج بر سطح بهزیستی ذهنی او موثر باشد. به این منظور، باید طول دوره آموزش و تمرینات فردی باید به گونه‌ای باشد که فرصت کافی برای تثبیت آموخته‌ها و کاربرد موثر آن‌ها در عمل وجد داشته باشد. این نکته از سوی مادران شرکت کننده در فرایند مقابله درمانگری نیز مورد تأکید قرار گرفت و بسیاری از آنان خواهان ادامه استمرار جلسات آموزش و تمرین‌ها بودند. مطالعات آقایوسفی و شریف (۲۰۱۰ الف و ب) از این تبیین حمایت می‌کنند که افزایش تنیدگی پس از گذشت مدت زمانی که لازم است و از راه پیامدهای منفی خود بر بهزیستی روانی زنان (در دو پژوهش اخیر همسران جانبازان و ایثارگران) تأثیر منفی می‌گذارد (۲۹) و (۳۰). محدودیت‌های پژوهش حاضر را نیز می‌توان در شکل‌گیری این نتایج موثر دانست. از آنجا که مادران پاسخگو برای رفع نیازهای کودک خود در مدرسه مسئولیت اصلی را

گردیده و از سطح خانواده تا دولت‌ها و همه سازمان‌های اجتماعی در پی آنند تا محیطی فراهم آورند که در آن انسان‌ها شادتر و شکوفاتر به سر برده از تجربه حیات خویش، احساس رضایت و خشنودی کرده و از بهزیستی جسمی و روانی بهینه برخوردار باشند.

یکی از عواملی که رابطه آن با بهزیستی مورد تأیید پژوهش‌های پیشین قرار گرفته است، مقوله "تنیدگی" یا "استرس" است. تنیدگی دارای اثرات متعددی بر سلامت جسمی و روانی است و کم و کیف آن در زندگی روزمره می‌تواند بر احساس خشنودی فرد از زندگی اثرگذار باشد. همچنان که تنیدگی، با بهزیستی فرد در ارتباط است، شیوه برخورد با آن یا "مقابله" نیز تأثیرات مهمی بر سطح بهزیستی فرد دارد. انسان‌هایی که مقابله سازگارانه‌تری را بر می‌گزینند از بهزیستی بهتری برخوردارند و در مقابل، کسانی که مقابله موثری را در برابر تنیدگی بر نمی‌گزینند، انفعال بیشتری در برابر پدیده تنیدگی داشته و به آثار زیان‌بار آن بر زندگی خویش، بیشتر تن می‌دهند. از جمله گروه‌های اجتماعی در معرض استرس، مادران کودکان ناتوان جسمی-حرکتی می‌باشند که با مشکلات و تنیدگی قابل ملاحظه‌ای در نگهداری فرزند ناتوان خویش رو به رو هستند. بنابراین می‌توان گفت، بهزیستی این قشر از مادران تحت تأثیر پدیده تنیدگی مزمن در معرض آسیب است. این مادران می‌توانند با فراگیری روش‌ها مقابله کارآمد یا تنیدگی بهتر کنار آیند و سطح بهزیستی خویش را ارتقا بخشند. این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری در بهزیستی شخصی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی جسمی-حرکتی و نیز بررسی وجود رابطه میان روش‌های مقابله‌ای مادران دانش‌آموزان استثنایی (جسمی-حرکتی)، و سطح بهزیستی شخصی آنان انجام شد.

همان‌طور که در بخش یافته‌ها نشان داده شد، مداخله مقابله درمانگری اگر چه در ارتقای سطح بهزیستی مادران تحت مداخله تأثیر معنی‌داری نداشت، اما در روند افزایش بهزیستی ادراک شده را در این گروه از مادران موثر بود. این یافته را می‌توان با توجه به آنچه در پژوهش‌های پیشین ذکر شده است تبیین نمود. بهزیستی شخصی "واکنش‌های هیجانی" سطح رضایت از زندگی در ابعاد مختلف آن و قضاوت عمومی درباره کیفیت زندگی" است (۱۹) و بنابراین ابعاد شناختی و عاطفی فرد را در بردارد.

ویژگی‌های شخصیتی افراد، همچون ابعاد نوروتیسیزم و برون‌گرایی، به عنوان رگه‌های شخصیت از طریق مستعد کردن فرد برای بروز واکنش‌های عاطفی معین، بر احساس بهزیستی شخصی موثرند. به علاوه اجزای شناختی بهزیستی شخصی شامل سه بار به هم پیوسته یعنی "عزت نفس"، "خوش بینی" و "کنترل ادراک شده"

استفاده از این راهبرد می‌تواند از اعمال توجه به این حوزه در جلسات مداخله ناشی شود.

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد در راهبرد "گریز و اجتناب" تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در استفاده از راهبرد گریز و اجتناب در دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد. به گونه‌ای که این راهبرد در گروه تحت مداخله کاهش معنی‌دار و در گروه کنترل افزایش معنی‌داری را نشان داده‌اند. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش آقا یوسفی (۱۵) است که نشان داد مقابله درمانگری نمره گریز و اجتناب دانشجویان را کاهش می‌دهد.

مقابله اجتنابی از روش‌های سازش یافته محسوب می‌شود. موس و اسکافر (۱۹۹۳)، به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) مقابله اجتنابی را با ارزش یافتگی پایین توأم می‌دانند و به خصوص خیال‌بافی و برون‌ریزی هیجانی را عامل خطر زایی محسوب می‌کنند که با افسردگی بیشتر و دیگر شاخص‌های ناکارآمدی ارتباط دارد. لازاروس و فولکمن (۱۳) انکار را که شامل گریز از واقعیت، خیال‌بافی یا فرار ذهنی و اجتناب می‌شود مقابله غیر موثر می‌دانند. راهبرد گریز اجتناب سهم عمده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارد. در مطالعه‌ای نشان داده شده است که مادران کودکان ناتوان از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند و دچار کاهش بهزیستی ادراک شده هستند (۲۲). وال هاگن (۱۹۹۲)، به نقل از آقاییوسفی (۱۵)) دریافت که "تفکر آرزویی" که در شکل جدید پرسش‌نامه راه‌های مقابله "گریز و اجتناب" نامیده شده است، همبستگی بالایی با تمام اندازه‌های سازش یافتگی داشته است. مطالعه اوکا و اودا (۹) نشان داده است که سطوح بالای گریز و اجتناب در مادران کودکان ناتوان با سطوح پایین بهزیستی در آنان رابطه داشته است. با توجه به این نتیجه می‌توان گفت اصلاح روش‌های مقابله در مادران کودکان ناتوان، به کاهش استفاده آنان از راهبرد گریز و اجتناب منجر شده و سطح بهزیستی آنان را ارتقا بخشد.

راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی در مادران تحت مداخله مقابله درمانگری بهبود معنی‌داری را نسبت به گروه کنترل نشان نداد. این نتیجه با یافته‌های آقاییوسفی (۱۵) مبنی بر این که مقابله درمانگری باعث افزایش بهره‌گیری از راهبرد حمایت اجتماعی در دانشجویان می‌شد همسو نیست.

حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (۳). بررسی‌ها نشان داده است که بین حمایت اجتماعی و سلامت جسمی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند از سلامت بهتری برخوردارند (برکمن، ۱۹۹۵؛ به نقل از (۲۴)).

عهده‌دار بودند، در برخی موارد ناگزیر بودند برای رسیدگی به نیازهای فرزند جلسات مداخله را ترک کرده و از مشارکت فعال در جلسات باز بمانند. نگرانی مادران نسبت به وضعیت فرزند خود می‌توانست تمرکز مادران را در جلسات سلب نموده و اعتبار سنجش را با مشکل مواجه سازد.

تأثیر مداخله مقابله درمانگری بر تغییرات پدید آمده در حوزه راهبردهای مقابله‌ای در مادران به دو راهبرد رویا رویگری گریز و اجتناب محدود شد. در مورد راهبرد رویا رویگری تعامل گروه در زمان معنی‌دار بود و اثر زمان نیز بسیار نزدیک به معنی‌داری نشان داده شد. این یافته در کنار مقایسه میانگین‌های دو گروه، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نشان می‌دهد که مداخله ارائه شده تا حدودی در افزایش استفاده مادران از راهبرد مقابله‌ای سازگانه رویا رویگری تأثیر معنی‌داری داشته است و ارائه یا عدم ارائه این مداخله بر تغییرات ایجاد شده در متوسط استفاده از این راهبرد بین دو گروه تفاوت ایجاد می‌کند.

روش اجرایی پژوهش حاضر مقابله درمانگری است که بر اساس نظریه شناختی لازاروس طراحی شده است. این روش از انعطاف‌پذیری لازم برای سازگار شدن با اهداف درمانگر برخوردار است و می‌تواند با تغییر راهبردهای ناسازگارانه و غیر موثر، فرد را به سمت ناسازگاری سوق دهد. بر اساس تعریف لازاروس، مقابله علاوه بر آن که تنظیم پاسخ‌های هیجانی را مدنظر قرار می‌دهد به بعد کنشی و حل مسئله نیز توجه دارد. بر اساس این الگو هر فرد روش مقابله‌ای را به دو صورت مسئله محور و هیجان محور به کار می‌گیرد (۲).

نتایج پژوهش‌ها (۲۰، ۲۱) نشان می‌دهند که بین راهبرد مقابله‌ای هیجان محور با افسردگی، اضطراب و سازش‌ناپذیری و نهایتاً کاهش بهداشت و سلامت فیزیکی و روانی فرد رابطه وجود دارد. همچنین پژوهش‌های دیگری (۱، ۶، ۷، ۲۲) نشان داده‌اند که مادران افراد ناتوان بیشتر از مقابله هیجان محور استفاده می‌کنند. در نمونه مورد مطالعه ما، مقابله درمانگری با تأثیرگذاری بر راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان ناتوان توانسته است نمرات رویا رویگری - که از راهبردهای مسئله محور محسوب می‌شود - را در آنان ارتقا بخشد.

شایان ذکر است که در نمونه مورد مطالعه، مادران عمدتاً دشواری در برقراری و مدیریت ارتباطات بین فردی را به عنوان یکی از منابع عمده تنیدگی ذکر کردند. کندال و تاکت (۲۳) نشان دادند که بیشتر زنان از تنیدگی‌های ناشی از ارتباط با دیگران رنج می‌برند و بنابراین بخش مهمی از زمان مشاوره و آموزش صرف بررسی این گونه مشکلات می‌شود. افزایش نمرات مادران در



پژوهشگران برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روانی دو مدل تأثیر کلی و فرضیه سپر در برابر تنیدگی را مطرح کرده‌اند. بر اساس مدل نخست، حمایت اجتماعی صرف نظر از اینکه فرد تحت تأثیر تنیدگی باشد یا نباشد، باعث می‌شد فرد از تجارب منفی اجتناب کند و از این رو اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. بر پایه الگوی دوم، حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت تنیدگی سودمند است و مانند سپری مانع نفوذ تنیدگی بر فرد می‌شد.

مبانی نظری و نیز پژوهش‌های تجربی رابطه مثبت حمایت اجتماعی با سلامت روان و بهزیستی را تایید می‌کند و این رابطه در پژوهش حاضر نیز تایید شده است. مطالعه آقاییوسفی (۱۵) نیز نشان داد دو راهبرد گریز و اجتناب و مسئولیت‌پذیری در افراد افسرده به طور معنی‌داری بیشتر است. افراد افسرده سهم خویش را در پدیده‌های تنیدگی بیشتر ارزیابی می‌کنند و اغلب می‌گویند از عوامل تنیدگی‌زا بگریزند و به تفکر آرزویی پناه ببرند. مادران کودکان ناتوان نیز هیجاناتی از جمله احساس گناه، شرم و افسردگی را در برابر تنیدگی‌های مزمن از خود نشان می‌دهند و در بسیاری از تنیدگی‌های خانوادگی نقش و مسئولیت خود را بیش از حد ارزیابی می‌کنند و لذا رابطه منفی بین راهبرد مسئولیت‌پذیری با بهزیستی مادران کودکان ناتوان را می‌توان با استفاده از مطالب فوق تبیین نمود. البته با توجه به حجم نمونه پایین و احتمال بروز خطای اندازه‌گیری در تفسیر نتایج مربوط به همبستگی بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود.

این مطالعه با محدودیت‌های روش‌شناختی و اجرایی همراه بود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: حجم نمونه پایین که از علل آن می‌توان به محدودیت‌های مادران برای حضور (دوری راه، اشتغال، لزوم مراقبت از فرزند و...) اشاره کرد. به علاوه تأثیر ویژگی‌های شخصیتی مادران بر انتخاب راهبردهای مقابله و سطح بهزیستی و رضایت از زندگی آنان در نظر گرفته نشد. پژوهش حاضر روی جمعیت مادران دختران ناتوان انجام شده و قابل تعمیم به مادران دارای فرزند ناتوان پسر نمی‌باشد. به علاوه این مادران، دارای فرزند مبتلا ناتوانی جسمی-حرکتی بودند و نتایج به مادران دارای فرزند با ناتوانی‌های دیگر قابل تعمیم نیست، اجرای سنجش و پیگیری در مقاطع ۶ و ۱۲ ماهه برای بررسی تداوم بهبودی یا هر نوع تغییر دیگری در نتایج لازم به نظر می‌رسید و دوره هشت هفته‌ای برای ظهور تغییرات مورد انتظار محدود است. برخی از محدودیت‌های اجرایی نیز عبارت بودند از: عدم وجود تمرکز کافی در برخی از مادران حین پاسخگویی به سوالات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، غیبت در جلسات مداخله (به‌طور متوسط ۲ جلسه) و حضور نامنظم و

اولسون (۲۵) معتقد است حمایت اجتماعی و توانایی خانواده برای جستجو و دریافت کمک از افرادی که با آن‌ها ارتباط شخصی دارد (مانند بستگان، دوستان و همسایگان) نوعی راهبرد مقابله‌ای است که با رضایتمندی رابطه مستقیم دارد. مطالعات مختلف (برای مثال، ۹، ۲۶) نیز نشان داده‌اند حمایت اجتماعی متغیر پیش‌بین واسطه‌ای برای بهزیستی فرد محسوب می‌شود و رابطه مثبت با سلامتی و رابطه منفی با افسردگی دارد. حمایت اجتماعی برای والدین کودکان ناتوان با کارآمدی بیشتر والدین در ارتباط است و منشأ مهمی برای قدرت آن‌ها محسوب می‌شود. پژوهش زوهمند (۲۷) این مسئله را درباره بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروسیس نشان داده است.

تردیدی نیست که مادران کودکان ناتوان، به حمایت‌های اجتماعی نیازمندند ولی به نظر می‌رسد آنچه از جستجوی حمایت در این قشر ممانعت می‌کند به عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط باشد. این‌گونه حمایت‌ها در درجه نخست بایستی از سوی سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی ارائه شوند که فقر در این حوزه می‌تواند به تجربه ناکامی‌های مکرر والدین در جلب حمایت‌های اجتماعی منجر شود و این امر به نوبه خود باعث پدید آمدن نوعی بازداری در جستجوی حمایت اجتماعی در این قشر جامعه گردد. از سوی دیگر نگاه منفی و پرسش برانگیز به کودکان ناتوان در سطح جامعه و حتی در میان خانواده و بستگان کودک، والدین این کودکان و به طور خاص مادران آن‌ها را به سوی خودداری از طرح مشکلات با اعضای خانواده، فامیل، آشنایان و همسایگان سوق داده و ناگزیر صرف نظر کردن از جستجوی حمایت اجتماعی را به همراه خواهد داشت. به هر صورت پژوهش‌های بیشتری برای نشان دادن مسایل فوق‌الذکر لازم است.

روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان ناتوان و سطح بهزیستی شخصی آنان در ارتباط با یکدیگر در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از داده‌های پیش‌آزمون نشان داده شد که سطح بهزیستی مادران با راهبردهای خویش‌تنداری و جستجوی حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. به علاوه در مورد داده‌های مرحله پس‌آزمون بین بهزیستی مادران و راهبرد مقابله‌ای مسئولیت‌پذیری رابطه منفی معنی‌دار موجود است.

حسینی (۱۱) در مطالعه‌ای از نوع همبستگی که در جامعه پرستاران بوشهر انجام گرفته بود رابطه مثبت بین سبک‌های مقابل، راهبردهای حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، و حل‌مدبرانه مسئله با بهزیستی روانی پرستاران و رابطه منفی اجتناب و سطح بهزیستی روانی آن‌ها را نشان داد.

نمایند. به مسئله جنسیت و وارد کردن مادران فرزندان پسر مبتلا به ناتوانی (اعم از جسمی حرکتی و سایر ناتوانی‌ها) نیز در تحقیقات بعدی توجه شود. پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه برای بررسی تداوم تغییرات اجرا شود.

ترک بی‌موقع جلسات به دلیل داشتن مسئولیت حضور در مدرسه فرزند.

بر این اساس، می‌توان رهنمودهایی را برای اجرای پژوهش‌های آینده ارائه نمود. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با نمونه بزرگ‌تری به بررسی فرضیات مطرح شده در این مطالعه بپردازند و ویژگی‌های شخصی و تأثیر آن‌ها را بر انتخاب راهبردهای مقابله‌ای بررسی

## References:

1. Mactavish J, Iawasaki Y: Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress-coping. *J Rehabil* 2005; 20(1):190-197.
2. Lazarus RS. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Oxford University Press; 1999.
3. Newton J. *Wellbeing and the natural environment: a brief overview of the evidence*. Bath: University of Bath; 2007.
4. Haas B. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western J Nurs Res* 1999;21(6):728-43.
5. Goode KT, Haley WE. Predicting longitudinal changes in caregiving physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998; 17:190-8.
6. Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil* 2006; 31(1):1-12.
7. McDowell BM, Ekegren K. Volunteering - a community partnership. *J Spec Pediatr Nurs* 2001; 7: 121-2.
8. Glidden L, Billings F, Jobe B. Personality, coping style and wellbeing of parents rearing children with developmental disabilities. *J Intellect Dev Disabil* 2006; 50(12):949-62.
9. Oka S, Ueda R. *Stress, emotional support and coping of mothers with disabled preschool children*. Japan: University of Health Science, Department of Nursing; 2006.
10. Rayner A, Moore A. Families with a seriously ill or disabled child. *J Appl Psychol* 2007; 3(1): 86-93.
11. Hosseini Z. *Relationship between perfectionism, coping strategies and Personal well-Being among nurses in Bushehr* (Dissertation). Booshehr: Payame Noor University; 2007. (Persian)
12. Wiedl KH. *Coping-oriented therapy for Schizophrenia*. *Zeitschrift Fur Dinische Psychologie* 1994; 42(2): 89-117. (German)
13. Folkman S, Lazarus RS. *Stress, appraisal, and coping*. Springer: New York; 1984.
14. Aghayousefi AR. *Psychotherapy*. Qom: Shahryar; 1999. (Persian)
15. Aghayousefi AR. *The role of personality factors on coping ways and the effectiveness of coping-therapy on coping ways and depression of female students*. (Dissertation). Tehran: Tarbyat Modarress University; 2001. (Persian)
16. Sharoff K. *Cognitive coping therapy*. New York: Brunner/Routledge; 2002
17. Sperry Len. *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders*. 1<sup>st</sup> Ed. New York: Routledge; 2006.
18. Lang FR, Heckhausen J. Perceived control over development and subjective well-being: differential benefits across adulthood. *J Pers Soc Psycho* 2001; 81: 509-23.
19. Diener ED, Lucas R. *Personality and wellbeing*. The Foundation of hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation; 1999. P. 213-29.

20. De Genova M. Ways of coping among HIV infected individuals. *J Soc Clin Psychol* 1994; 134(5):112-20.
21. Roma JA, Sharma M. Practical stress management. MA: Allyn & Bacon; 2000.
22. Miller A. Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *Soc Pediatr Psychol* 1992; 17(5):587-605.
23. Kendal-Tackett K. Handbook of women stress and trauma. New York :Taylor & Francis; 2005.
24. Alipour A. Relation between social support and immune indicators in nonpatients. *J Thought Behav* 2004; 12(2): 134-9. (Persian)
25. Olson DH, McCubbin HI, Barnes HL, Larsen AS, Muxen MJ, Wilson MA. Families: What makes them work. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1983.
26. Winslow BW. Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers. *Res Nurs Health* 1997; 20:27-37.
27. Zouhmand M. Relationship between supportive services and quality of life among multiple Sclerosis patient in Tehran (Dissertation). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007. (Persian)
28. Aghayousefi AR, Zare H. Effect of coping-therapy on stress reduction of females with coronary artery disease. *J Behav Sci* 2009; 3(3): 187-93. (Persian)
29. Agha Yousefi AR, Sharif N. Personal well-being and stress symptoms in wives of Iranian martyrs, prisoners of war and disabled veterans. *Iran J Psychiatry* 2010; 1(5):28-34.
30. Agha Yousefi AR, Sharif N. Personal well-being, stress and stress symptoms in Iranian veterans' wives. *Iran J Psychiatry* 2010;2(5):66-73.
31. Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2002; 27:699-710.  
Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav* 2001; 42: 115-31. .