



پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی و خودشفقت‌ورزی

Predicting Psychological Well-Being of Mothers of Mentally Retarded Children Based on Perceived Social Support, Defense Styles and Self-Compassion

Asma Bagheri Zadeh Kavari
Seyed Valiollah Mousavi
Ashkan Naseh
Sajjad Rezaei

اسماء باقری زاده کاوری*
سید ولی اله موسوی**
اشکان ناصح***
سجاد رضائی****

Abstract

The purpose of this study was to predict the psychological well-being of mothers of mentally retarded children based on perceived social support, defense styles, and self-compassion. The research design was a descriptive-correlational study and the methodology is basic in purpose. The statistical population included mothers of mentally retarded elementary school students in exceptional schools in the northern cities of Khuzestan province (Shoush, Andimeshk and Dezful) in the school year 2020-2021, among whom 120 mothers were selected through purposive sampling. The instruments were: Psychological Well-Being (RSPWB), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS), Defense Styles Questionnaire (DSQ), and Self-Compassion Scale (SCS). Data analysis was performed using Pearson correlation and multiple regression analysis with the method of simultaneous entry in SPSS-24 software. The results showed that there was a positive and significant relationship between psychological well-being and perceived social support, mature defense styles, and self-compassion, and a negative and significant relationship with neurotic and immature defense styles. The results of multiple regression analysis showed that 81% of the changes in psychological well-being were predicted by perceived social support, defense styles, and self-compassion. Based on the knowledge of the main factors affecting psychological well-being, planning and intervention measures can be taken to increase it and reduce problems.

Keywords: Mothers of Intellectually Disabled Children, Psychological Well-being, Perceived Social Support, Defense Styles, Self-Compassion.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی و خودشفقت‌ورزی بود. طرح تحقیق، توصیفی-همبستگی و روش پژوهش به لحاظ هدف، بنیادی بود. جامعه آماری شامل مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مقطع ابتدایی مدارس استثنایی در شهرستان‌های شمالی استان خوزستان (شوش، اندیمشک و دزفول) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها ۱۲۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش، بهزیستی روان‌شناختی (RSPWB)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS)، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) و مقیاس خودشفقت‌ورزی (SCS) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به‌کارگیری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با روش ورود هم‌زمان در نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد بین بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی رشدیافته و خودشفقت‌ورزی، رابطه مثبت و معنادار و با سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد ۸۱ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی (رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته) و خودشفقت‌ورزی پیش‌بینی شد؛ بنابراین براساس شناخت عوامل اصلی مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی می‌توان برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش مشکلات، دست به برنامه‌ریزی و اقدامات عملی و مداخله‌ای زد.

واژه‌های کلیدی: مادران کودکان کم‌توان ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی، خودشفقت‌ورزی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

**** **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

اختلالات عصبی-رشدی ۱ به اختلالاتی که در اوایل زندگی شروع می‌شوند و در سراسر عمر با فرد می‌مانند اطلاق می‌شود. نقایص رشدی حاصل از آن به آسیب‌های عملکردی در حوزه‌های شخصی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی در افراد مبتلا می‌انجامد. از شایع‌ترین و وخیم‌ترین اختلال‌های عصبی-رشدی، می‌توان به اختلال کم‌توانی ذهنی ۲ (اختلال رشد هوشی) ۳ اشاره کرد. کم‌توانی ذهنی نوعی ناتوانی است که مشخصه آن، محدودیت معنادار در کارکرد هوشی و انواع مهارت‌های سازشی (مفهومی، اجتماعی و کاربردی) است که باید در سنین رشد (پیش از ۱۸ سالگی) ظاهر شود (انجمن ناتوانی‌های هوشی و رشدی آمریکا، ۲۰۱۰). این کودکان به مراقبت، درمان و آموزش ویژه‌ای نیاز دارند (پارک، ۲۰۱۳). در بیشتر خانواده‌ها تولد کودک با وجود نیاز به سازگاری با وظایف جدید، با شادی فراوانی همراه است. با این حال اگر معلولیت‌های جسمی یا ذهنی در اعضای جدید خانواده شناسایی شود، وظایف والدینی معنای کاملاً متفاوتی به خود می‌گیرند (جنابادی، ۲۰۱۳) و پذیرش کودکان با نیازهای ویژه برای والدین مشکل است (فراری و سوسمن، ۲۰۱۶)؛ بنابراین کم‌توانی ذهنی کودک علاوه بر آسیب‌های فردی به شکل فراوانی بر کارکرد بافت پیرامونی کودک مؤثر است.

بیشترین آسیب‌ها در بافت خانواده، معطوف بر مراقب اصلی کودک (به‌طور معمول) مادر است که بیش از دیگران تحت تأثیر اثرات منفی اختلال است. پژوهش‌های بسیاری به اتفاق گواهی می‌دهند که تأثیرات مشکلات کودک کم‌توان ذهنی در مادران ایشان از واکنش‌های نوروپیک، برای مثال احساس شرم و گناه (حجت‌خواه و مصباح، ۱۳۹۵)، انکار محدود واقعیت (کرگریا، آلوز و آگویار، ۲۰۱۶) تا اختلالات بالینی روان‌شناختی، مانند اضطراب و افسردگی (رابینسون، هستینگ، ویس، پاگواستینگ و لونسکی، ۲۰۱۸؛ جیسوال، سابرامانیا، شاه و کامات، ۲۰۱۸) مشاهده می‌شود.

پژوهش‌های متعددی گواه مشکلات عمده مادران کودکان کم‌توان ذهنی در زمینه بهزیستی روان‌شناختی است (نف و فاسو، ۲۰۱۵؛ شبانی، محمودی، غباری بناب، امامی‌پور و سپاه‌منصور، ۱۳۹۴؛ مدنی، لواسانی و اژه‌ای، ۱۳۹۵). برای فهم گسترده‌تری این سازه می‌توان به مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) اشاره کرد که منطبق بر آن بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای رشد و پیشرفت برای تحقق بخشیدن به توانایی‌های بالقوه فرد است. در این مدل، عواملی مانند خودمختاری ۴، رشد شخصی ۵، هدفمندی در زندگی ۶، تسلط بر محیط ۷، داشتن ارتباط مثبت با دیگران ۸ و پذیرش خود ۱ مؤلفه‌های مهم بهزیستی روان‌شناختی

1. neurodevelopmental
2. intellectual disability
3. intellectual developmental disorder
4. autonomy
5. personal growth
6. purpose in life
7. environmental mastery
8. positive relations with others

تلقى می‌شوند (ریف، ۱۹۹۵). با وجود پژوهش‌های مختلف در این زمینه همچنان مکانیسم تأثیرپذیری بهزیستی روان‌شناختی از مسائل کم‌توانی ذهنی و تعامل این عوامل با خصائص هیجانی- شخصیتی مشخص نیست. پژوهش‌ها نیز نتوانسته‌اند الگویی کارآمد در این زمینه ترسیم کنند. بر مبنای مرور ادبیات پژوهش به نظر می‌رسد در این میان عواملی مانند حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی و خودشفقت‌ورزی از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران این کودکان هستند.

حمایت اجتماعی تبادلات بین‌فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که برای فرد مفید و سودمند است و سبب بهبود کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت می‌شود (لئو، هراندز، تروت، کلیمان و بوزای، ۲۰۱۷). در واقع حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت از خود و پذیرش خویش، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی می‌شود و اضطراب را کاهش می‌دهد که تمام این‌ها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهند (یو، لی و وو، ۲۰۰۴)؛ بنابراین نقشی مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی دارند (هدی، جیمز و آرون، ۲۰۱۰)؛ بدین دلیل داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (کی و جانگ، ۲۰۱۸). در مقام تعریف، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به ارزیابی‌های فرد از میزان دسترسی‌پذیری به محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد در مواقع ضروری و مورد نیاز اشاره دارد (چنگ، ۱۹۹۷). براین اساس درک فرد از حمایت دریافت‌شده و نگرش وی به این مقوله مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به فرد است (کانگ، ۲۰۱۳).

به‌طور مشخص بهره‌گیری از حمایت‌های اجتماعی یکی از روش‌های مقابله با استرس‌های ناشی از داشتن فرزند دارای ناتوانی است. حمایت مؤثر از خانواده‌ها شامل راهبردهایی است که علاوه بر افزایش شناخت خانواده درباره علل ناتوانی، سبب افزایش حس کنترل اتفاقات ناگوار زندگی و تقویت حس اعتمادبه‌نفس در زمینه داشتن فرزند با ناتوانی می‌شود (لانسکی و برامستون، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها حاکی از وجود ارتباطات متقابل میان سطوح بالای حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سطوح بالای سلامت روان در افراد آسیب‌پذیر از جمله مادران کودکان کم‌توان ذهنی است (هرندی، تقی‌نسب و نایری، ۲۰۱۷)؛ مک‌دول و سرویچ، ۲۰۰۷)؛ اسلید، ۲۰۱۰). با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده بتواند تبیین‌کننده مناسبی برای بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی باشد، اما پژوهش‌ها کمتر به این موضوع پرداخته‌اند.

از سوی دیگر در مطالعات پیشین مشخص شده است سبک‌های دفاعی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی افراد نقش دارد (جوکار، فرهادی و دلفان بیرانوند، ۱۳۹۷). فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در مقایسه با یکدیگر در واقع سبک‌های دفاعی هر فرد را مشخص می‌کند (فروید، ۲، ۱۹۷۶ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴). این مکانیسم‌ها برحسب سلسله‌مراتبی از سازش‌یافتگی تنظیم می‌شوند. سبک‌های دفاعی رشدیافته شیوه‌های مواجهه انطباقی نیز بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند و با پیامدهای سلامت جسمانی و

1. self- acceptance

2. Freud

روانی مرتبط هستند. از آنجا که بهزیستی روان‌شناختی علاوه بر امنیت مادی، سلامت جسمی، روانی و دستیابی به استقلال را دربرمی‌گیرد، می‌توان گفت سبک‌های دفاعی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی افراد نقش دارند (جوکار، فرهادی و دلفان بیرانوند، ۱۳۹۷). سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه غیرانطباقی و ناکارآمد هستند و با بسیاری از شاخص‌های اختلالات روان‌شناختی ارتباط دارند. دفاع‌ها نقش مهمی در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد ایفا می‌کنند (زیادنی، جاسینسکی، لیبویف و لوملی، ۲۰۱۷). مادران کودکان استثنایی به دلیل متحمل شدن عوامل استرس‌زای فراوان، مستعد مخاطرات روان‌شناختی مختلفی هستند و استفاده از سبک‌های دفاعی ناکارآمد در این گروه از افراد فراوانی قابل توجهی دارد (جیسوال و همکاران، ۲۰۱۸)، اما اطلاعات اندکی درباره سبک‌های دفاعی مختص مادران کودکان کم‌توان ذهنی و تبیین نقش آن در بهزیستی روان‌شناختی آنان وجود دارد.

بر اساس مبانی نظری و مطالعات گذشته، خودشفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (الیوت، کائوت و گرانت، ۲۰۰۴). این سازه از سه مؤلفه خودمهربانی ۱ در برابر خودقضاوتی ۲ (درک خود به جای قضاوت یا نوعی مهرورزی به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود و حمایت از آن‌ها)، حس مشترک انسانی ۳ در برابر تنهایی ۴ (اعتراف به اینکه انسان‌ها همه نقایصی دارند و مرتکب اشتباه می‌شوند) و ذهن‌آگاهی ۵ متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همانندسازی افراطی ۶ (آگاهی متناسب از تجارت زمان حال که سبب می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شوند) هنگام تجربه رنج تشکیل شده است (نف، ۲۰۰۹). برخی مطالعات گزارش کرده‌اند والدین کودکان کم‌توان ذهنی تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در رویدادهای منفی دارند (نف و فاسو، ۲۰۱۵؛ رابینسون و همکاران، ۲۰۱۸) و در واقع در این افراد نبود یا نقصان مقابله‌هایی که بتواند با کاهش عوامل استرس‌زای ناشی از فرزند کم‌توان ذهنی به بهبود شرایط بینجامد دیده می‌شود. در نقطه مقابل برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که سطوح بالایی از خودشفقت‌ورزی را نشان می‌دهند، راحت‌تر می‌توانند موقعیت‌های منفی را مدیریت کنند و به‌طور مناسب‌تری به وقایع ناخوشایند پاسخ بدهند (اینوود و فراری، ۲۰۱۸).

به همین ترتیب مدیریت مناسب شرایط منفی یکی از پیش‌شرط‌های مهم در بهزیستی روان‌شناختی است. کیز، شموتکین و ریف (۲۰۰۲) اظهار داشتند مدیریت مناسب شرایط منفی و به‌طور گسترده‌تر تسلط بر محیط، یکی از مهم‌ترین کلیدهای رسیدن به بهزیستی روان‌شناختی است. با توجه به شرح مذکور نقش خودشفقت‌ورزی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی انکارناپذیر است، اما پژوهش‌ها کمتر این مورد را در گروه‌های خاص آسیب‌پذیر چون مادران کودکان کم‌توان ذهنی بررسی کرده‌اند و خلأ پژوهش‌هایی از این

-
1. self-kindness
 2. self-judgment
 3. sense of common humanity
 4. isolation
 5. mindfulness
 6. over-identification

دست به‌ویژه در سطح کشور احساس می‌شود.

در جمعیت مادران عادی مشخص شده است متغیرهای خودشفقت‌ورزی و سبک‌های دلبستگی در مجموع ۳۲ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند (شبان‌ی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین نف و فاسو (۲۰۱۵) گزارش کردند، اگرچه شدت علائم و اختلال کودک با اختلال‌های رشدی در بیشتر موارد قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سازگاری نامناسب برای والدین بوده است، به‌طورکلی خودشفقت‌ورزی، بهزیستی والدین را بیش از اثرات شدت علائم کودک پیش‌بینی می‌کند. علاوه‌براین نتایج پژوهش تاتی (۲۰۱۷) حاکی از آن است که خودشفقت‌ورزی تغییری تعدیل‌کننده میان راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله ۱ و راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر هیجان ۲ است که تأثیر معنادار بر بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی دارد. هالستید، گریفیث و هاستینگس (۲۰۱۸) در بررسی جمعیت مادران دارای کودکان با اختلالات رشدی بیان کردند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده عاملی محافظتی است که تأثیرات معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری-عاطفی کودک، افسردگی مادر و نیز افزایش رضایت از زندگی و بروز عواطف مثبت دارد.

با توجه به موارد زیر پرداختن به این موضوع در اولویت بررسی قرار گرفت: مرور مطالعات پیشین و نقش احتمالی متغیرهای مورد بحث در بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان دارای کم‌توان ذهنی، ضرورت شناسایی سازوکارهای مؤثر در بهزیستی این مادران، خلأ اطلاعات پژوهشی در این دسته از مادران، اهمیت ارتقای شناخت و تولید مواد اولیه برای برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات حمایتی لازم در این جمعیت خاص؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تحلیل رابطه این متغیرها با بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و میزان پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس این متغیرها انجام گرفته است. با توجه به این هدف، فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.
۲. سبک‌های دفاعی رشدیافته، سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.
۳. سبک‌های دفاعی روان‌آزرده، سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.
۴. سبک‌های دفاعی رشدنیافته، سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.
۵. خودشفقت‌ورزی، سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.
۶. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی (رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته) و خودشفقت‌ورزی،

سطوح بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش بنیادی و از نظر طرح تحقیق، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مقطع ابتدایی در مدارس استثنایی در شهرستان‌های شمال استان خوزستان (شوش، اندیمشک و دزفول) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. این دانش‌آموزان از نظر شدت کم‌توانی ذهنی در طبقه آموزش‌پذیر قرار می‌گیرند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر هدفمند است. به‌منظور تعیین حجم نمونه برای حداکثر هفت متغیر مستقل در بلوک پیش‌بین (سه زیرمقیاس در بیشترین حالت تحلیل رگرسیون) و چهار متغیر همپراش (جنسیت، سطح تحصیلات، دامنه سنی آزمودنی‌ها و متأهل بودن)، با توجه به خانواده آزمون F از نسخه ۳،۱،۹،۲ برنامه نرم‌افزاری G*Power استفاده شد (فائول، اردفلدر، بوچنر و لانگ، ۲۰۰۹). با وجود این با توجه به محدودیت دسترسی به این مادران برای تعیین حجم نمونه، احتمال خطای نوع اول (آلفا) ۱ در سطح ۰/۹۵ (سطح اطمینان ۹۵ درصد)، توان آزمون ۲ برابر با ۰/۹۵ و اندازه اثر ۳ متوسط $f^2=0/15$ در نظر گرفته شد که در این حالت حجم نمونه معادل ۱۲۰ نفر به‌دست آمد. نمونه از ۸ مدرسه انتخاب شد که به‌طور میانگین از هر مدرسه، مادر ۱۷ دانش‌آموز که سن تقویمی فرزندان آن‌ها ۶-۱۷ سال بود، شرایط ورود به طرح مذکور را داشتند. با حذف پرسشنامه‌های ناقص و داده‌های پرت، ۱۲۰ پرسشنامه باقی ماند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد نمونه مادر تنی کودک بودند، فرزندان این مادران پرونده رسمی در آموزشگاه کودکان استثنایی داشتند که نشان‌دهنده اختلال مدنظر است، سن تقویمی فرزندان ۶-۱۷ سال بود و شرکت‌کنندگان رضایت شفاهی و کتبی خود را برای شرکت در طرح اعلام کرده بودند. معیارهای خروج شامل همکاری‌نکردن، اختلالات حاد روان‌شناختی که به مخدوش‌شدن نتایج پژوهش منجر می‌شد و همچنین تحقق نیافتن هرکدام از معیارهای ورود بود. در ابتدا برای انجام پایان‌نامه، معرفی‌نامه‌ای از دانشگاه برای اداره کل آموزش و پرورش استان خوزستان دریافت شد و با مراجعه به اداره مربوط و توجیه مسئولان، همچنین بررسی سؤالات پرسشنامه‌ها و اعلام نظر مدیریت حراست مبنی بر بلامانع بودن توزیع پرسشنامه‌ها در میان آزمودنی‌ها، نامه‌ای به مدیریت آموزش و پرورش استثنایی استان برای تعیین مدارس هدف در شهرستان‌های شمال استان برای دریافت مجوز ورود به آموزشگاه‌های استثنایی ارسال شد. در نهایت مجوز ورود به هشت مدرسه ابتدایی کودکان کم‌توان ذهنی دریافت شد.

1. type I error (alpha)

2. power

3. effect size

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (RSPWB)

این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد و در سال ۲۰۰۶ شش زیرمقیاس آن مجدد تأیید شد (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). نسخه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) ۶ مؤلفه دارد و هر مؤلفه ۳ سؤال و ۱ نمره کل دارد. مجموع نمرات این ۶ عامل نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی به‌شمار می‌آیند. این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی است که در پیوستاری شش‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» پاسخ داده می‌شود. از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۸ سؤال (سؤالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷) به شکل معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. ریف و سینگر (۲۰۰۶) در پژوهش خود اعتبار آزمون مذکور را با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل مناسب و بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی قابل‌توجهی (مقادیر ۰/۷ تا ۰/۸۹) میان نمرات نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی برقرار بود (ریف و سینگر، ۲۰۰۶) که گواه روایی ملاکی ۲ مناسب ابزار است. در سطح کشور خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) با بررسی نمونه‌ای جامع از دانشجویان، اعتبار آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ به‌دست آوردند و با تحلیل عاملی تأییدی تک‌گروهی نشان دادند تمامی بارهای عاملی الگوی اندازه‌گیری شش‌عاملی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. براساس دیدگاه هو و بنتلر (۱۹۹۹)، از آنجا که شاخص برازش تطبیقی ۳ (CFI)، شاخص نیکویی-برازش ۴ (GFI) و شاخص نیکویی-برازش تعدیل‌یافته ۵ (AGFI) مساوی یا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و مقدار ریشه میانگین مجذور خطای برآورد ۶ (RMSEA) در دو گروه کوچک‌تر از ۰/۰۸ و مقادیر χ^2/df کوچک‌تر از ۲ به دست آمده، در دو جنس، ساختار شش‌عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف برازش خوبی با داده‌ها نشان داده است؛ بنابراین ابزار مذکور به لحاظ شواهد روایی سازه مناسب ارزیابی می‌شود (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۷ (MSPSS)

در پژوهش حاضر سنجش حمایت اجتماعی با استفاده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده صورت گرفت (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸). این مقیاس شامل ۱۲ گویه است که هر گویه روی یک

1. Ryff Scale Psychological Wellbeing (RSPWB)
2. criterion validity
3. comparative fit. index
4. goodness-of-fit index
5. adjusted goodness-of-fit index
- 6 root mean square error of approximation
7. Multidimensional Scale Of Perceived Social Support (MSPSS)

طیف پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) درجه‌بندی شده است. در این مقیاس، هر چهار گویه براساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه‌های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم منتسب شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). برای به‌دست‌آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها با هم جمع و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌شوند. نمره هر زیرمقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیر مقیاس (۴) به‌دست می‌آید. در مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ و همچنین اعتبار بازآزمایی آن در بازه‌ای سه‌ماهه ۰/۸۵ به‌دست آمد. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) با استفاده از مقیاس‌های اضطراب و افسردگی روایی سازه ابزار را مناسب ارزیابی کردند. در سطح کشور نیز مرادی، دهقانی‌زاده و سلیمانی‌خشاب (۱۳۹۴) به‌منظور اعتبار پرسشنامه ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را ۰/۹۲ به‌دست آوردند. مطلوب‌بودن روایی را نیز با گزارش نتایج آزمون کایزر-مهیر-اولکین (KMO)، ۰/۸۶، مقدار آزمون کروییت بارتلت ۲ را ۲۵۶۴/۱۸۷ و ۰/۰۱ و $P <$ نشان دادند. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۳ (DSQ)

این پرسشنامه را نخستین بار باند، گاردنر، کریستین و سیگال (۱۹۸۳) تدوین کردند که ۸۸ ماده را در بر می‌گرفت. در پژوهش حاضر برای سنجش سبک‌های دفاعی از نسخه جدید DSQ استفاده شد. این پرسشنامه را آندروز سینگ و باند در سال ۱۹۹۳ تدوین کردند که شامل ۴۰ سؤال از نوع مداد-کاغذی بود و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته^۴، روان‌آزرده^۵ و رشدنا یافته^۶ ارزیابی می‌کرد (اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳). در این مقیاس نمره‌گذاری روی یک مقیاس لیکرتی ۹ درجه‌ای (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۹) است. آندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) برای اصلاح پرسشنامه قبلی ملاک‌های متعددی را برای ارزیابی روایی سازه و روایی ملاک و اعتبار هر ماده در نظر گرفتند. در این پژوهش میزان اعتبار بازآزمایی چهار هفته‌ای مناسب و بین ۰/۳۸ تا ۰/۸ گزارش شد. همچنین از دیدگاه آن‌ها همبستگی بالای ۰/۹ این فرم با فرم اصلی گواه روایی همگرایی ابزار است. در سطح کشور، حیدری‌نسب (۱۳۸۵) برای بررسی روایی هم‌زمان نسخه چهار سؤالی پرسشنامه سبک‌های دفاعی، همبستگی مکانیسم‌ها با ویژگی‌های شخصیتی براساس پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیتی نئو^۷ (NEO-FFI) را مطالعه کرد. بنا بر یافته‌های به‌دست‌آمده، مشخص شد پرسشنامه مانند نسخه اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است (حیدری‌نسب، ۱۳۸۵). همچنین

1. kaiser-meyer-olkin test
2. bartlett's test of sphericity
3. Defense Style Questionnaire (DSQ)
4. mature
5. neurotic
6. immature
7. Neuroticism-Extraversion-Openness Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

ضریب اعتبار آلفا در گروه‌های مطالعه به تفکیک در دانش‌آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه و نیز سبک‌های دفاعی نشان داده شد. بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین‌ترین آلفای کلی در دختران دانش‌آموز (۰/۶۹) مشاهده شد. در سبک‌های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک رشدنیافته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده (۰/۵۰) بود (حیدری‌نسب، منصور، آزاد فلاح و شعیری، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای سبک‌های دفاعی رشدنیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس خودشفقت‌ورزی^۱ (SCS)

این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۶ گویه‌ای است که نف (۲۰۰۳) آن را به منظور سنجش میزان خودشفقت‌ورزی ساخته است. در این مقیاس، نمره‌گذاری روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) است. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمره فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمره او در سؤالات به دست می‌آید. نف (۲۰۰۳) در پژوهش خود آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۲ گزارش کرد. علاوه بر این، پایایی بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده بود که براساس شرح مذکور اعتبار مناسب ابزار تأیید شد. همچنین نف (۲۰۰۳) روایی سازه آزمون را به کمک تحلیل عوامل تأییدی و اکتشافی و همچنین همسویی نتایج مقیاس با مقیاس‌های رضایت از زندگی، اضطراب و افسردگی بررسی کردند که نتایج به اتفاق، گواه روایی سازه مناسب ابزار بودند. در سطح کشور نیز مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) با بررسی اطلاعات ۳۰۰ زن و مرد و همچنین همسانی درونی، مقیاس مذکور را برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ده روز ۰/۸۹ برآورد کردند و روایی سازه آزمون را به کمک تحلیل عوامل و استفاده از شواهد همگرا و واگرا مناسب ارزیابی کردند. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس خودشفقت‌ورزی ۰/۸۴ به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های گردآوری‌شده در پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد. در بخش آمار توصیفی فراوانی‌ها، شاخص‌های مختلف گرایش مرکزی (نما، میانه و میانگین) و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی پس از بررسی کامل پیش‌فرض‌های آماری، از تحلیل رگرسیون چندگانه ۲ با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

1. Self-Compassion Scale (SCS)
2. multiple regression analysis

یافته‌ها

توصیف جمعیت‌شناختی

در مجموع ۱۲۰ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی در این پژوهش مشارکت کردند که ۶۵/۸ درصد مادران و ۷۰/۸ درصد از همسران آن‌ها ۳۳-۴۴ سال داشتند. ۵۷/۵ درصد مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی پسر بودند. ۳۹/۲ درصد مادران و ۴۴/۲ درصد پدران مدرک تحصیلی دیپلم داشتند. ۶۵ درصد مادران خانه‌دار و ۵۴/۲ درصد پدران شغل آزاد داشتند. درآمد ۴۹/۲ درصد مادران و ۴۷/۴ درصد پدران ۱ تا ۲ میلیون تومان بود. ۵۲/۵ درصد آزمودنی‌های پژوهش منزل اجاره‌ای داشتند. جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه متغیرهای پژوهش (n=۱۲۰)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
بهزیستی روان‌شناختی	۷۲/۴۴	۲۳/۳۵	۳۸	۱۱۵	-۰/۱۹۰	-۱/۴۲
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۴۲/۷۱	۱۴/۲۵	۲۰	۵۹	-۰/۳۱۹	-۱/۵۶
سبک‌های دفاعی رشدیافته	۴۳/۲۴	۱۵/۱۵	۲۱	۶۴	-۰/۱۳۴	-۱/۵۸
سبک‌های دفاعی روان‌آزرده	۳۹/۱۰	۱۳/۵۹	۲۰	۶۶	-۰/۰۲۶	-۱/۴۴
سبک‌های دفاعی رشدنیافته	۱۰۵/۳۱	۲۶/۷۵	۵۲	۱۶۲	-۰/۰۴۳	-۰/۶۶
خودشفقت‌ورزی	۷۶/۳۹	۲۳/۶۳	۳۴	۱۰۷	-۰/۶۳۸	-۱/۲۹

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه توزیع متغیرها نرمال است، یکی از شروط استفاده از آزمون‌های پارامتریک همچون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و رگرسیون چندگانه احراز شده است. جدول ۲ یافته‌های مربوط به تحلیل همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی رابطه بهزیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده، رشدنیافته و خودشفقت‌ورزی

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۱					
۲	سبک‌های دفاعی رشدیافته	۰/۴۵۱**	۱				
۳	سبک‌های دفاعی روان‌آزرده	-۰/۳۵۴**	-۰/۴۱۰**	۱			
۴	سبک‌های دفاعی رشدنیافته	-۰/۵۶۴**	-۰/۵۲۸**	۰/۳۷۷**	۱		
۵	خودشفقت‌ورزی	۰/۵۶۸**	۰/۵۷۲**	-۰/۴۰۴**	-۰/۵۰۸**	۱	
۶	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۷۷۹**	۰/۶۵۲**	-۰/۵۵۹**	-۰/۶۶۵**	۰/۷۳۶**	۱

** $P < 0.05$ $p < 0.01$

نتایج تحلیل‌های همبستگی نشان می‌دهد بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک رابطه معناداری در سطح $0/001$ وجود دارد. در این میان، بین سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنا یافته با بهزیستی روانی رابطه معکوس و با سایر متغیرها با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم داشتند. پیش از انجام تحلیل رگرسیون ابتدا پیش‌فرض بهنجار بودن متغیر ملاک در تحلیل رگرسیون نمره کل بهزیستی روان‌شناختی از روی متغیرهای پیش‌بین به کمک نمودار هیستوگرام باقی‌مانده‌ها استاندارد شد و بررسی تطبیق آن با منحنی نرمال صورت گرفت. نمودار هیستوگرام نشان داد باقی‌مانده‌های استاندارد شده رگرسیون نمرات بهزیستی روان‌شناختی از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. علاوه بر آن براساس نتایج آزمون دوربین- واتسون 1 (DW) مفروضه مستقل بودن خطاها برای اجرای تحلیل رگرسیون بهزیستی روان‌شناختی از روی متغیرهای پیش‌بین $(DW=1/93)$ برقرار است و در دامنه قابل قبول $1/50$ تا $2/50$ قرار دارد (کواکس و استید، ۲۰۰۹). در ادامه جدول ۳ نتایج خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. برازش مدل پیش‌بینی و نتایج تحلیل واریانس از منابع تغییرات بهزیستی روان‌شناختی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	R	R2	SE	DW-T
رگرسیون	۵۳۰۸۶/۸۹	۵	۱۰۶۱۷/۳۸	۱۰۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۰/۸۱۸	۱۰/۱۷	۱/۹۳
باقی‌مانده	۱۱۷۹۶/۶۹	۱۱۴	۱۰۳/۴۸						
کل	۶۴۸۸۳/۵۹	۱۱۹							

براساس نتایج جدول ۳، ضریب R^2 مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از روی متغیرهای پیش‌بین معنادار است ($F=102/61, P<0/001$) و حدود ۸۱ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی به کمک متغیرهای مستقل تبیین‌پذیر است. جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه بهزیستی روان‌شناختی را از روی متغیرهای پیش‌بین با در نظر گرفتن حداقل سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی نمرات بهزیستی روان‌شناختی براساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده، رشدنا یافته و خودشفقت‌ورزی

پیش‌بین‌ها	ضریب غیراستاندارد	SE	ضریب استاندارد	t	P	سطح تحمل	VIF
مقدار ثابت	۳۸/۶۲	۹/۳۵	---	۴/۱۳	۰/۰۰۱	---	---
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۶۷۲	۰/۰۸۷	۰/۴۱۱	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	۱/۷۵
سبک‌های دفاعی رشدیافته	۰/۳۴۶	۰/۰۷۹	۰/۱۶۴	۳/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۵۷۱	۱/۷۶
سبک‌های دفاعی رشد روان‌آزرده	-۰/۳۱۰	۰/۰۷۵	-۰/۱۸۷	-۴/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۱/۳۱
سبک‌های دفاعی رشد نایافته	-۰/۱۲۴	۰/۰۴۶	-۰/۱۴۳	-۲/۶۸	۰/۰۰۸	۰/۵۶۴	۱/۷۷
خودشفقت‌ورزی	۰/۲۵۷	۰/۰۵۴	۰/۲۶۱	۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱	۱/۸۸

با توجه به جدول ۴، متغیرهای سبک‌های دفاعی روان‌آزرده ($\beta = -0/310, P < 0/001$) و رشدنیافته ($\beta = -0/124, P < 0/001$) نقش معکوس و معناداری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دارند؛ یعنی با یک واحد افزایش در نمرات متغیرهای نام‌برده، به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۱۲ انحراف استاندارد کاهش در نمرات بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌شود. همچنین مشخص شد متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta = 0/672, P < 0/001$)، سبک دفاعی رشدنیافته ($\beta = 0/246, P < 0/001$) و خودشفقت‌ورزی ($\beta = 0/257, P < 0/001$) نقش مستقیم و معناداری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دارند؛ بدین مفهوم که با یک واحد افزایش در نمرات متغیرهای نام‌برده، به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۲۵ و ۰/۲۶ انحراف استاندارد افزایش در نمرات بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل رابطه متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی و خودشفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. اولین یافته نشان می‌دهد بین بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش هالستید، گریفیث و هاستینگز (۲۰۱۸)، مجاور و شاطرلو (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۲)، هدا، جیمز و آرون (۲۰۱۰) و سیکلوس و کِرنس (۲۰۰۶) همسویی دارد. براساس یافته دوم پژوهش، بین بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و سبک‌های دفاعی رشدنیافته رابطه مثبت و معنادار و با سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته رابطه منفی و معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج جوکار، فرهادی و دلفان بیرانوند (۱۳۹۷)، زارعی و حقایق (۱۳۹۵)، محمدپور یزدی، بیرشک، فتی و دژکام (۱۳۸۸)، برودی و کارسون (۲۰۱۲) و سارنو، ماددو و گراتز (۲۰۱۰) همسویی دارد. یافته سوم پژوهش نشان می‌دهد بین بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و خودشفقت‌ورزی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های شبانی و همکاران (۱۳۹۴)، نف و فاسو (۲۰۱۵) و تانی (۲۰۱۷) همسویی دارد. یافته چهارم پژوهش نشان می‌دهد این متغیرها در مجموع ۸۱ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند.

در تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان این‌گونه گفت برای والدینی که در معرض اتفاقات منفی زندگی قرار می‌گیرند، حمایت اجتماعی مانند یک منبع قدرتمند بیرونی است و نقشی مؤثر بر بهزیستی روانی والدین دارد (هدا، جیمز و آرون، ۲۰۱۰). هاری، برتون، بروملی و امرسون (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند، افزایش حمایت اجتماعی و برطرف کردن نیازهای والدین سبب شده است بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش پیدا کند و سطح استرس و اضطراب آنان کاهش یابد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد مادرانی که از سوی خانواده، دوستان و سایر افراد مهم حمایت می‌شدند، رضایت از زندگی و به‌دنبال آن بهزیستی روان‌شناختی بالاتری داشتند. احتمالاً وجود کودک کم‌توان ذهنی به‌دلیل حالت شوکی که در والدین ایجاد می‌کند و متعاقب آن مادران پس از درمان‌های متعدد و تغییر نکردن

کودکشان و به دلیل ناتوانی در حل مشکلات کودک، احساس سرخوردگی، تنهایی و بی‌پناهی می‌کنند که ضربات روانی و اجتماعی را بر والدین به‌ویژه بر مادران وارد می‌کند که ارتباط نزدیک‌تری با کودک دارند. مادران کودکان استثنایی برای رویارویی با مشکلات ناشی از محدودیت فرزندشان به حمایت اجتماعی و همراهی و کمک دیگر افراد خانواده و بستگان، دوستان و دیگران از جمله نهادها و سازمان‌های حمایتی نیاز دارند که موجب می‌شود مادران خود را بهتر با شرایط کودکشان وفق دهند. همچنین می‌توانند موقعیت مطلوبی برای تحصیل فرزندشان فراهم کنند و این امر کاهش مشکلات و افزایش سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی مادران را به دنبال خواهد داشت.

با توجه به یافته‌های مربوط به رابطه بین سبک‌های دفاعی و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان بیان کرد، اشخاصی که در رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تنش‌زا در زندگی از سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی سازش‌یافته سود می‌برند، بهتر می‌توانند شرایط را تحت کنترل خود درآورند، با فشار روانی به‌خوبی کنار بیایند، به سازگاری مناسب دست پیدا کنند و پاسخ سازگارانه به تعارض‌ها بدهند که این موضوع به بهزیستی روان‌شناختی فرد یاری می‌رساند (میراندا و لوزا، ۲۰۱۵). مکانیسم‌های دفاعی در رشد شخصیت و سازگاری با محیط نقش پررنگی دارند (بالیکچی، اردم، بولو، اوزنور و سلیک، ۲۰۱۴)؛ بنابراین والدین در رویارویی با تولد کودک کم‌توان‌ذهنی در خانواده از سبک‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌کنند. برحسب نوع کنش‌وری ممکن است بهنجار یا نابهنجار و کارآمد یا ناکارآمد باشند (باند و پری، ۲۰۰۴).

با توجه به یافته‌های مربوط به رابطه خودشفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان گفت پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند بالابودن سطح خودشفقت‌ورزی با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و تاب‌آوری بیشتر در برابر استرس همبستگی دارد (فلدمن و کایکن، ۲۰۱۱). هرچه خودشفقت‌ورزی بیشتر باشد، افراد با مشکلات و نارضایتی‌هایی که از خودشان دارند، بهتر کنار می‌آیند (نف، ۲۰۰۳). افراد با خودشفقت‌ورزی بالا، آگاهی درست و روشنی از تجربه‌های خود دارند (نف، ۲۰۰۹) و با سختگیری کمتری خودشان را قضاوت می‌کنند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰). آن‌ها در مقایسه با کسانی که خودشفقت‌ورزی پایین‌تری دارند، بهتر می‌توانند با استرس ناشی از تولد کودک کم‌توان‌ذهنی کنار بیایند و درواقع نگرانی کمتری در برابر کودکشان از خود نشان می‌دهند؛ به عبارت دیگر افرادی که خودشفقت‌ورزی بالایی دارند، با نگاه مهربان به الگوهای ناسازگار و نگرانی‌های خود (مانند داشتن کودک کم‌توان‌ذهنی) می‌نگرند و کمتر آن را معیاری نزد خود و دیگران برای خودارزشمندی و حرمت خود می‌دانند (نف و ونک، ۲۰۰۹)؛ بنابراین احتمال اثرگذاری فراوان نگرانی‌ها و ناملايمات بر فرد کاهش و بهزیستی روان‌شناختی فرد افزایش می‌یابد (یارنل و نف، ۲۰۱۳).

درمجموع نتایج یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی رشدیافته و خودشفقت‌ورزی همبستگی مثبت و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی دارند. براساس این یافته‌ها، هرچه قدر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی رشدیافته و خودشفقت‌ورزی مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی بالاتر باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان

کم‌توان ذهنی بیشتر می‌شود. درمقابل، یافته‌های این مطالعه حاکی از این واقعیت است که سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و سبک‌های دفاعی رشدنیافته با بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی همبستگی منفی معنادار دارند؛ به عبارت دیگر، هرچه قدر میزان سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و سبک‌های دفاعی رشدنیافته مادران کودکان کم‌توان ذهنی بالا باشد، میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی کم می‌شود. با توجه به تنشی که با تولد کودک کم‌توان ذهنی به مادران وارد می‌شود و تأثیری که مادران در سلامت و بهداشت روان سایر اعضای خانواده دارند، پرداختن به وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مادر بسیار مهم است؛ بنابراین باید برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی اندیشه‌هایی برای بهبود حمایت اجتماعی ادا کرده، سبک‌های دفاعی رشدنیافته و خودشفقت‌ورزی آنان درپیش گرفت. همچنین لازم است با شناسایی سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته، اقداماتی برای کنترل و کاهش این مکانیسم‌های مخرب صورت بگیرد. در این پژوهش براساس شناخت حاصل شده از عوامل اصلی مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان در راستای کاهش مشکلات، برای برنامه‌ریزی و اقدامات عملی و مداخله‌ای اقدام کرد.

در این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود دارد؛ از جمله اینکه نمونه مورد مطالعه شامل مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود؛ بنابراین بایست در تعمیم نتایج به سایر افراد مؤثر مانند پدران، خواهران، برادران، معلمان، دوستان و دیگر گروه‌های کودکان با نیاز ویژه احتیاط می‌شود. همچنین عوامل مؤثر دیگری وجود دارند که کنترل نشده‌اند و ممکن است نتایج مورد مشاهده تحت تأثیر عوامل دیگری مانند سن والدین، باورهای مذهبی و معنویت‌گرایی باشند.

با توجه به نتایج این پژوهش به منظور برنامه‌ریزی جامع پیشنهاد می‌شود در دیگر شهرها و روستاها، پژوهش حاضر متناسب با فرهنگ آن منطقه و در حجم نمونه بزرگ‌تر و همچنین درباره سایر اعضای خانواده کودکان کم‌توان ذهنی و سایر گروه‌های استثنایی اجرا شود و نتایج مقایسه شوند. همچنین عوامل مداخله‌گری مانند سن والدین، باورهای مذهبی و معنویت‌گرایی بررسی می‌شوند. علاوه بر این با توجه به شناخت حاصل شده از بهزیستی روان‌شناختی و عوامل مؤثر بر آن پیشنهاد می‌شود نهادهای حمایتی، مراکز بهزیستی و سازمان آموزش و پرورش استثنایی در راستای تحقق اهداف پیشگیرانه در رسانه‌های گروهی روش‌های مقابله با شرایط تنش‌زایی مانند وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده را به افراد جامعه آموزش دهند و سبب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی این جامعه آماری مهم شوند.

منابع

بشارت، م. (۱۳۸۴). بررسی رابطه کمال‌گرایی مثبت و منفی و مکانیزم‌های دفاعی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی.

۱۵، ۲۱-۷.

جوکار، ف.، فرهادی، م.، و دلفان بیرانوند، آ. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سبک‌های دفاعی، صداقت و نیازهای اساسی روان‌شناختی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی. ۱۱۴(۲)، ۷۴-

۵۷

حجت‌خواه، س. م. و مصباح، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی‌شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی. ۳۴(۶)، ۱۸۰-۱۵۳. حیدری‌نسب، ل. (۱۳۸۵). مقایسه مکانیزم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی براساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روان‌سنجی پرسشنامه ایرانی سبک‌های دفاعی (DSQ). رساله دکتری روان‌شناسی. دانشگاه تربیت مدرس.

حیدری‌نسب، ل.، منصور، م.، آزاد فلاح، پ.، و شعیری، م. ر. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. دوماهنامه دانشور رفتار. ۲۶(۲۲)، ۲۶-۱۱.

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، ع.، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. ۹(۳۲)، ۳۶-۲۷.

زارعی، ع. ر.، و حقایق، س. ع. (۱۳۹۵). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس مکانیزم‌های دفاعی و راهبردهای انطباقی در بیماران مبتلا به سندرم نقص ایمنی اکتسابی. نشریه روان‌شناسی سلامت. ۴(۲۰)، ۳۱-۲۲. شبانی، ر.، محمودی، غ. ر.، غباری بناب، ب.، اصامی‌پور، س.، و سپاه منصور، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس سبک‌های دلبستگی و شفقت به خود در مادران دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر ارومیه. فصلنامه زن و مطالعات خانواده. ۸(۲۷)، ۹۴-۷۳.

مجاور، ش.، و شاطرلو، ع. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. دومین کنفرانس ملی روان‌شناسی علوم تربیتی و اجتماعی. بابل، ایران. محمدپور یزدی، ا. ر.، بیرشک، ب.، فتی، ل.، و دژکام، م. (۱۳۸۸). مطالعه مورد شاهدی سبک‌های دفاعی و اضطراب حالت صفت در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. مجله علمی-پژوهشی اصول بهداشت روانی. ۱۱(۱)، ۷-۱.

محمدی، پ. (۱۳۹۲). مقایسه شیوه‌های والدگری و سبک‌های مقابله با استرس مادران کودکان مبتلا به سندرم داون و گروه شاهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مدنی، ز.، لواسانی، م. غ. ع.، و اژه‌ای، ج. (۱۳۹۵). بررسی رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی در مادران با دانش‌آموزان آهسته‌گام و عادی. مجله مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی. ۱(۳)، ۴۲-۲۷. مرادی، م.، دهقانی‌زاده، م. ح.، و سلیمانی‌خشاب، ع. ع. (۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرزندگی تحصیلی: نقش واسطه‌ای باورهای خودکارآمدی تحصیلی. مجله مطالعات آموزش و یادگیری. ۷(۱)، ۲۴-۱. مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت‌ورزی. مجله روان‌شناسی معاصر. ۸(۲)، ۴۰-۲۷.

References

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support. USA,

- Washington.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Balikci, A., Erdem, M., Bolu, A., Ozgur, T., & Celik, C. (2014). Defense mechanisms in endogenous depression. *Journal of Arastirma/Original Article*, 56(4), 154-158.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1665-1671.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333-338.
- Brody, S., & Carson, C. M. (2012). Brief report: self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 35(3), 765-767.
- Cerqueira, M. M. F., Alves, R. D. O., & Aguiar, M. G. G. (2016). Experiences in the therapeutic itineraries of mothers of children with intellectual disabilities. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(10), 3223-3232.
- Cheng, C. (1997). Role of perceived social support on depression in Chinese adolescents: A prospective study examining the buffering model. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(9), 800-820.
- Coakes, S. J., & Steed, L. (2009). *SPSS: Analysis without anguish using SPSS version 14.0 for Windows*. John Wiley & Sons, Australia.
- Elliott, G. C., Kao, S., & Grant, A. (2004). Mattering: Empirical validation of a social-psychological concept. *Self and Identity*, 3(4), 339-354.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155.
- Ferrari, M., & Sussman, M. B. (Eds.). (2016). *Childhood disability and family systems*. London.
- Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2018). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(4-5), 288-296.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212-5222.
- Hare, D. J., Burton, M., Bromley, J., & Emersson, E. (2004). The health and social care needs of family carers supporting adult with autistic disorder. *Autism*, 8(4), 425-444.
- Hedda, m., James, W. H., Aaron, T. E. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social Science Journals*, 77(1), 7-36.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural*

- Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6(1), 1-55.
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Jaiswal, S. V., Subramanyam, A. A., Shah, H. R., & Kamath, R. M. (2018). Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 312-317.
- Jenaabadi, H. (2013). Comparison of social-psychological interaction between parent of mentally-retarded children and parents of normal children. *Journal of Education and Instructional Studies in the World*, 3(3), 34-39.
- Kang, J. (2013). Instrumental social support, material hardship, personal control and neglectful parenting. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1366-1373.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Ki, E-J., & Jang, J. (2018). Social support and mental health. *Journal of Asian Pacific Communication*, 28(2), 226-250.
- Liu, R. T., Hernandez, E. M., Trout, Z. M., Kleiman, E. M., & Bozzay, M. L. (2017). Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research*, 251, 36-40.
- Lunsky, Y., & Bramston, P. (2006). A preliminary study of perceived stress in adults with intellectual disabilities according to self-report and informant ratings. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 20-27.
- McDowell, T. L., & Serovich, J. M. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *Aids Care*, 19(10), 1223-1229.
- Miranda, B., & Louza, M. R. (2015). The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 63(5), 22-29.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 52(4), 211-14.
- Park, K. (2013). *Park's textbook of preventive and social medicine*. 22nd ed. Jabalpur India: Banarsidas Banot Publishers. 71-78.
- Robinson, S., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Pagavathsing, J., & Lunsky, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in*

- Intellectual Disabilities, 31(3), 454-458.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 541-554). London, England: Oxford University.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *Eur Psychiatry*, 25(3), 136-45.
- Siklos, S., & Kerns, K. A. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and down syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 921-933.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-14.
- Tati, N. S. (2017). The Influence of self-Compassion and coping strategies to subjective well-being of Parents with intellectual disabled children. In: *International Conference on Diversity and Disability Inclusion in Muslim Societies (ICDDIMS 2017)*, Jakarta: Atlantis Press.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolution, and well-being. *Self and Identity Research*, 12(2), 149-159.
- Yu, D. S., Lee, D. T., & Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSSC). *Research in Nursing & Health*, 27(2), 135-143.
- Ziadni, M. S., Jasinski, M. J., Labouvie-Vief, G., & Lumley, M. A. (2017). Alexithymia, defenses, and ego strength: cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. *Journal of Happiness Studies*, 18(6), 1799-1813.
- 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(1), 30-41.