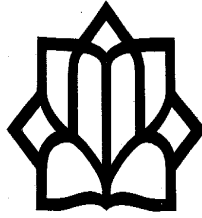


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه کاشان
دانشکده علوم انسانی
گروه روانشناسی

پایان نامه
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
در رشته روانشناسی تربیتی

عنوان:

**مقایسه سازگاری، سبک های مقابله و بهزیستی روانشناختی
مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی آموزش پذیر با
مادران دارای فرزندان عادی**

استاد راهنما:

دکتر محمدرضا تمنایی فر

توسط:

الهام قیاسی

بهمن 93



دانشگاه کاشان
دانشکده علوم انسانی

بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پوست:

مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه

صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

نام و نام خانوادگی دانشجو: الهام قیاسی	شماره دانشجویی: ۹۱۱۲۵۸۰۲۱۱
رشته: روانشناسی تربیتی	دانشکده: علوم انسانی
عنوان پایان نامه: مقایسه سازگاری، سبکهای مقابله و بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی آموزش پذیر با مادران دارای فرزندان عادی.	
تعداد واحد پایان نامه: ۴ واحد	تاریخ دفاع: ۱۳۹۳/۱۱/۲۹

این پایان نامه به مدیریت تحصیلات تکمیلی به منظور بخشی از فعالیتهای تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد ارائه می گردد. دفاع از پایان نامه در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۹ مورد تأیید و ارزیابی اعضای هیأت داوران قرار گرفت و با نمره ۲۰ به عدد و با درجه عالی به تصویب رسید.

عنوان	نام و نام خانوادگی	مرتبۀ علمی	امضاء
۱. استاد راهنما	دکتر محمدرضا تمنایی	استادیار	
۲. استاد مشاور	-	-	-
۳. متخصص و صاحب نظر دانشگاه	دکتر محسن نیازی	استاد	
۴. نماینده تحصیلات تکمیلی	دکتر محسن نیازی	استاد	

دکتر محمد رضا منصورنیا
مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه

آدرس: کاشان - بلوار قطب راوندی
کد پستی: ۵۱۱۶۷ - ۸۷۳۱۷
تلفن: ۵۱۱۲۲۲۷ - دو رنکار ۵۱۱۲۷۷۷
<http://www.kashanu.ac.ir>

سپاسگزاری:

نخستین سپاس و ستایش از آن خداوندی است که بنده کوچکش را در دریای بیکران اندیشه، قطره‌ای ساخت تا وسعت آن را از دریچه اندیشه‌های ناب آموزگاران بزرگ به تماشا نشیند. لذا اکنون که در سایه‌سار بنده نوازی‌هایش پایان‌نامه حاضر به انجام رسیده است، بر خود لازم می‌دانم تا مراتب سپاس را از بزرگوارانی به جا آورم که اگر دست یاری‌گشان نبود، هرگز این پایان‌نامه به انجام نمی‌رسید.

ابتدا از استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر محمد رضا تمنایی فر که زحمت راهنمایی این پایان‌نامه را بر عهده داشتند، کمال سپاس را دارم.

از استاد عالی‌قدر جناب آقای دکتر محسن نیازی که زحمت داوری این پایان‌نامه را متحمل شدند، صمیمانه تشکر می‌کنم.

سپاس‌آخر را به مهربان‌ترین همراهان زندگی‌ام، به پدر، مادر عزیزم تقدیم می‌کنم که حضورشان در فضای زندگی‌ام مصداق بی‌ریای سخاوت بوده است.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سازگاری، سبک‌های مقابله و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی پایه اول تا ششم ابتدایی شهر کاشان (سال تحصیلی 92-93) بود.

از جامعه مذکور 120 نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش، برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری بل، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ی اندلر و پارکر و پرسشنامه‌ی بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شده است. نتایج نشان داد که بین مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی از لحاظ سازگاری، سبک مقابله مسئله‌مدار، سبک مقابله هیجان‌مدار و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارت دیگر، مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی نسبت به مادران دارای فرزندان عادی از سازگاری کمتری برخوردارند، از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار پایین‌تری برخوردار بوده و هیجان‌مدارترند. همچنین، سطح بهزیستی روانشناختی آنها پایین‌تر است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و با توجه به آثار منفی حضور کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، مداخله‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای ارتقای سطح سلامت، بهزیستی و سازگاری والدین و همچنین بهبود سبک‌های مقابله با استرس اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلمات کلیدی: سازگاری، سبک‌های مقابله، بهزیستی روانشناختی، کم‌توانی ذهنی ،

مادران

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	فصل اول : کلیات پژوهش
2	1-1 مقدمه
3	1-2 بیان مسئله
9	1-3 اهمیت و ضرورت پژوهش
10	1-4 اهداف پژوهش
10	1-5 فرضیات پژوهش
11	1-6 تعریف اصطلاحات
11	1-6-1 تعاریف مفهومی
12	1-6-2 تعاریف عملیاتی
13	فصل دوم : مبانی نظری و پیشینه پژوهش
14	1-2 مقدمه
14	2-2 تاریخچه سازگاری
14	1-2-2 مفهوم سازگاری
19	2-2-2 عوامل موثر بر سازگاری
21	2-2-3 رویکردهای سازگاری
21	2-2-3-1 رویکرد تکاملی
21	2-2-3-2 رویکرد رفتاری
22	2-2-3-3 رویکرد شناختی
22	2-2-3-4 رویکرد انسانگرایی و اصالت وجود
23	2-2-3-5 رویکرد سیستمی (نظامدار)
24	2-2-3-6 رویکرد روان تحلیل‌گری
26	2-3 سبک‌های مقابله
27	2-3-1 مرور مفاهیم مقابله با استرس از دیدگاه‌های مختلف
28	2-3-1-1 نظریه موس
29	2-3-1-2 نظریه لازاروس و فولکمن
32	2-3-1-3 نظریه فیلیپس و یارویس
32	2-3-1-4 نظریه اندلر و پارکر
32	2-3-1-4-1 مقابله مسئله مدار
33	2-3-1-4-2 مقابله هیجان مدار
33	2-3-1-4-3 مقابله اجتنابی

34	2-3-2 منابع مقابله
34	3-3-2 عوامل موثر بر انتخاب سبک های مقابله
34	1-3-3-2 تحول من
35	2-3-3-2 کارآمدی
35	3-3-3-2 خوش بینی
35	4-3-3-2 یکپارچگی
35	5-3-3-2 شناخت
36	6-3-3-2 مکانیسم های دفاعی
36	7-3-3-2 توانایی حل مسئله
36	4-3-2 تفاوت های فردی و مقابله با استرس
38	5-3-2 روش های مقابله و تفاوت های جنسی
38	1-5-3-2 دیدگاه اجتماعی شدن
38	2-5-3-2 دیدگاه ساختاری
39	4-2 بهزیستی روانشناختی
40	1-4-2 عوامل موثر بر بهزیستی
40	1-1-4-2 سن
41	2-1-4-2 جنسیت
42	3-1-4-2 تحصیلات
42	4-1-4-2 کار
42	5-1-4-2 ثروت
43	6-1-4-2 روابط اجتماعی
44	7-1-4-2 ازدواج
44	8-1-4-2 باورهای دینی
45	9-1-4-2 ویژگی های شخصیتی
46	2-4-2 نظریه های موجود در رابطه با بهزیستی
46	1-2-4-2 نظریه های هدفمند
47	2-2-4-2 نظریه های لذت و درد
47	3-2-4-2 نظریه های فعالیت
48	4-2-4-2 نظریه های تداعی گرایانه
48	5-2-4-2 نظریه های قضاوت
49	6-2-4-2 نظریه های بافتی یا موقعیتی
49	3-4-2 تحول بهزیستی در طول عمر

ب

51	5-2 پیشینه پژوهش
51	1-5-2 پیشینه پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
55	2-5-2 پیشینه پژوهش‌های انجام شده در خارج کشور
59	فصل سوم : روش پژوهش
60	1-3 مقدمه
60	2-3 روش پژوهش
60	3-3 جامعه آماری
60	4-3 نمونه و روش نمونه گیری
60	5-3 ابزار اندازه گیری پژوهش
60	1-5-3 پرسشنامه سازگاری
62	2-5-3 پرسشنامه سبک های مقابله با استرس
64	3-5-3 پرسشنامه بهزیستی روانشناختی
66	6-3 روش اجرای پژوهش
66	7-3 روش تجزیه و تحلیل داده ها
67	فصل چهارم : یافته های پژوهش
68	1-4 مقدمه
68	2-4 بخش توصیفی
74	3-4 بخش استنباطی
80	4-4 یافته های جانبی
82	فصل پنجم : نتیجه گیری
83	1-5 مقدمه
83	2-5 بحث و نتیجه گیری
88	3-5 پیشنهادات پژوهش
88	4-5 محدودیت‌های پژوهش
89	فهرست منابع و ماخذ
103	ضمائم

فهرست جدولها

صفحه	عنوان
68	جدول 1-4: توزیع فراوانی و درصدی نمونه پژوهش بر حسب وضعیت کودکان
69	جدول 2-4: میانگین و انحراف معیار نمره های سازگاری مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
70	جدول 3-4: میانگین و انحراف معیار نمره های سبک های مقابله مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
72	جدول 4-4: میانگین وانحراف معیار نمره های بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
74	جدول 5-4: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات سازگاری، سبک های مقابله ای و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
74	جدول 6-4: نتایج تحلیل واریانس سازگاری، سبک های مقابله ای و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
76	جدول 7-4: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مؤلفه های سازگاری مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
76	جدول 8-4: نتایج تحلیل واریانس مؤلفه های سازگاری مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
77	جدول 9-4: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مؤلفه های بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
78	جدول 10-4: نتایج تحلیل واریانس مؤلفه های بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان عادی
80	جدول 11-4: ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای، سبک های مقابله ای (مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی
81	جدول 12-4: ضرایب همبستگی چندگانه متغیر سبک های مقابله ای با بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی با روش ورود همزمان و مرحله ای

فهرست نمودار

صفحه	عنوان
68	نمودار 1-4 فراوانی نمونه پژوهش برحسب وضعیت کودکان
70	نمودار 2-4 میانگین سازگاری کل مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی وعادی
71	نمودار 3-4 الف) میانگین سبک مقابله هیجان مدار مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی وعادی
71	نمودار 3-4 ب) میانگین سبک مقابله مسئله مدار مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی وعادی
71	نمودار 3-4 ج) میانگین سبک مقابله اجتنابی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی وعادی
73	نمودار 4-4 میانگین بهزیستی روانشناختی کل مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و عادی

فهرست شکلها

صفحه

63

عنوان

شکل 1-3 پژوهش ها و نتایج محاسبات روایی مقیاس class

فصل اول: کلیات پژوهش

1-1 مقدمه

یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند، خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی، نابینا، یا ناشنوا باشد. کم‌توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید. وجود کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی، در مقایسه با والدین کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر (دوماس¹ و همکاران، 1991)، احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند (آیزنهاور² و همکاران، 2005). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روانشناختی موثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می‌کند، شیوه مقابله فرد با تنیدگی است.

مقابله را می‌توان «فرآیند فعال و هدفمند پاسخدهی به موقعیت‌هایی که دشوار یا تنیدگی‌زا ارزشیابی می‌شوند، تعریف کرد.» بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای در برگیرنده تلاش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی هستند که برای مدیریت تنیدگی‌ها و ناراحتی‌ها ضروری‌اند. هیگیتز³ و اندلر⁴ (1995) براساس مدل لازاروس و فولکمن سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسئله محور، هیجان محور و اجتنابی تقسیم کرده‌اند. یافته‌های پژوهش فیدلر⁵ و هوداپ⁶ (1999) به نقل از میکائیلی منیع، (1387) نیز نشان دادند که مادران کودکان کم‌توان ذهنی که اختلالات رفتاری گسترده‌ای دارند، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند. به طور کلی خانواده‌های کودکان معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌رو هستند. این مسائل همگی بر

1. Dumas
2. Eisenhower
3. Higgins
4. Endler
5. Fidler
6. Hodapp

والدین فشارهایی وارد می‌کند که سبب بر هم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود. در چنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرینگ¹ و همکاران، 2006)، اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند.

ناصر شریعتی و داوورمنش (1375) خاطرنشان می‌سازند وجود کودک عقب‌مانده ذهنی ضایعات سنگینی بر وضعیت سلامت عمومی خانواده، به ویژه مادر دارد. مادر ممکن است از داشتن چنین فرزندى به شدت رنج ببرد و دچار حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شود.

بنابراین مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (السون² و هوانگ³، 2001؛ مک کانکی⁴ و همکاران، 2007). با نظر به بیانات فوق و به دلیل اهمیت متغیر سازگاری، سبک‌های مقابله و بهزیستی روانشناختی هدف از پژوهش کنونی مقایسه سازگاری، سبک‌های مقابله و بهزیستی روانشناختی در مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی با مادران دارای فرزندان عادی شهرستان کاشان بوده است.

2-1 بیان مساله

حضور کودک کم‌توان ذهنی در هر خانواده‌ای ساختار آن خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد، کودک بر اثر تعارض‌های شدید میان اعضای خانواده، کل خانواده را درگیر بحران می‌کند. ممکن است روابط خانوادگی ضعیف شود و فشارهای ناخواسته جسمی، هیجانی افزایش یابد. اثرات کودکان کم‌توان ذهنی در سیستم خانواده می‌تواند زیاد باشد. مسوولیت‌های مالی، اختلال در زندگی زناشویی، ایزوله اجتماعی و کاهش زمانی که والدین می‌توانند با کودکان سالم خود داشته باشند به عنوان عوامل تنش‌زا در این خانواده‌ها شناخته شده است (رونی⁵، 1991).

وجود یک کودک کم‌توان ذهنی، یک عامل نگران‌کننده برای سازگاری خانواده محسوب می‌شود. خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوانی از نظر اجتماعی منزوی هستند و در مقابل

1. Harring
2. Olsson
3. Hwang
4. McConky
5. Roni

استرس آسیب پذیرتر می‌باشند. والدین این کودکان خصوصا مادران دارای حالات هیجانی ناپایدار، سوگ پایدار و ناسازگاری هستند. منظور از سازگاری، انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین خود و محیط به نحوی است که حداکثر خویشتن‌سازی را همراه با رفاه اجتماعی، ا- مکانپذیر می‌سازد. سازگاری یعنی شناخت این حقیقت که هر فرد باید هدف‌های خود را با توجه به چهارچوب‌های اجتماعی، فرهنگی تعقیب نماید (فرید، 1375). جریانی که با به وجود آمدن احتیاجی شروع شده و انسان پس از انجام فعالیت‌هایی به برطرف کردن آن احتیاجات اقدام کند، سازگاری می‌نامند (پورمقدس، 1367).

سازگاری دارای مولفه‌هایی به شرح زیر است: سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی. همان‌طور که می‌دانیم انسان عادی برای حفظ و تطابق خود با محیط از انواع روش‌های خودآگاه و مکانیسم‌های دفاعی کمک می‌گیرد. ولی هر انسانی در برابر فشارها و عواملی که سبب ایجاد تنش و فشار روانی در او می‌شود، دارای آستانه تحمل است و چنانچه فشارهای محیطی او بیش از اندازه شود، در نقطه‌ای تعادل روانی او به مخاطره می‌افتد (اسلامی نسب، 1373).

وجود کودک ناتوان فشارهایی بر والدین وارد می‌کند که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده می‌شود، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. رزنبرگ¹ و رابینسن² (1990 به نقل از کوهسالی، 1387) به تاثیر شرایط خانواده بر سازگاری با تولد کودک معلول اشاره می‌نمایند، آنها خاطر نشان می‌سازند خانواده‌هایی که از نظر وضعیت آموزشی، تربیتی و فرهنگی در وضعیت مناسبی نیستند و از امکانات حمایتی برخوردار نباشند و شرایط اقتصادی بدی داشته باشند، فرآیند سازگاری را بخوبی طی نمی‌کنند و دچار ناراحتی می‌شوند. همچنین شواهد حاکی از آن است که خانواده‌های دارای کودک ناتوان و معلول، از نظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند.

فردریچ³ (1981) معتقد است والدین کودکان نابهنجار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که معلولیت فرزند به آنان تحمیل می‌کند، با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند؛ از طرف دیگر آنها نمی‌توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند، این مسئله موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت نفس و تعامل روانی- اجتماعی آنها، اثرات مخربی به جای می‌گذارد.

1. Rosenberg
2. Robinson
3. Friedrch

آیس¹ و همکاران (1993) به بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی پرداخته و دریافته‌اند که سازگاری موثر در این خانواده‌ها مختل بوده و دادن اطلاعات به خانواده‌ها و آموزش والدین به خصوص مادران با سطح تحصیلات پایین‌تر، به شدت مورد نیاز است. کوهسالی و همکاران (1387) نیز در پژوهش خود دریافته‌اند، میزان سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب مانده ذهنی، به طور چشمگیری پایین‌تر از مادران دختران عادی است. یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات روانی و رفتاری، ارتقای ظرفیت روانشناختی افراد می‌باشد که از طریق آموزش مهارت‌های زندگی جامه عمل می‌پوشد. (مراد پور و همکاران، 1392). مهارت‌های زندگی، مجموعه‌ای از توانایی‌هاست که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورد؛ در نتیجه شخص قادر می‌شود، بدون اینکه به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش‌ها و مشکلات روزانه زندگی، به شکل موثر مقابله کند. هدف از آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقای سازگاری فرد ابتدا با خود و سپس با دیگران و محیطی که در آن زندگی می‌کنند، می‌باشد (روبین² و همکاران، 2003). مفیدی (1376) انواع فشارهای مختلفی را که در اثر وجود کودک مشکل‌دار بر مادر عارض می‌شود را شناسایی کرده، و معتقد است مادر بار عاطفی زیادی را تحمل می‌کند و شاید واکنش‌هایی نشان دهد که بر سایر اعضای خانواده اثر نامطلوب بگذارد. رقیبی و همکاران (1383) در این مورد به گستره‌ای از واکنش‌های مادر شامل غصه، سرزنش و خشم، ناامیدی، احساس گناه و اضطراب اشاره داشته‌اند.

تحقیقاتی که در دهه‌های اخیر صورت گرفته است نشان داده است که خانواده‌های کودکان مشکل‌دار نسبت به خانواده‌های کودکان عادی با مشکلات بیشتری دست به گریبان هستند (رات³، 1889 به نقل از رقیبی و همکاران 1383) و در فعالیت‌های اجتماعی کمتر شرکت می‌کنند (برسلاو⁴، 1983 به نقل از رقیبی و همکاران، 1383) و در امر سازگاری با مشکلات بیشتری مواجه‌اند (مک کوبین⁵ و همکاران، 1982 به نقل از رقیبی و همکاران، 1383) و دارای افسردگی بیشتری هستند (کاکس⁶، راتر⁷ و همکاران به نقل از رقیبی و همکاران، 1383).

-
1. Ays
 - 2 Rubin
 3. Rat
 4. Breslau
 5. Mac Cobain
 6. Cox
 7. Rutter

در خانواده‌های کودکان معلول مادر بیشترین دشواری و فشار را در نگهداری کودک تجربه می‌کند. با حضور کودک معلول در خانواده مادر دیگر قادر نیست مانند قبل کارهایی مثل آماده کردن غذا، شستن لباس‌ها، خرید هفتگی خانه و کمک در تکالیف مدرسه را به خوبی انجام دهد. زمانی را که صرف افراد دیگر خانواده می‌کرد، کاهش می‌یابد. زیرا بیشتر وقت او صرف مواظبت و تامین احتیاجات کودک معلول می‌شود. با دور شدن مادر از کارهای قبل، سایر اعضای خانواده بیشتر احساس مسئولیت می‌کنند. ممکن است برای دیگر افراد خانواده، سازگاری با فشارها و امور جدید که ناشی از وجود کودک معلول است، بسیار مشکل باشد (ادیب سرشکی، 1380). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روانشناختی موثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می‌کند، شیوه مقابله فرد با تنیدگی است (جاگز¹، 2006؛ کیم² و همکاران، 2003). مقابله را می‌توان «فرآیند فعال و هدفمند پاسخدهی به موقعیت‌هایی که دشوار یا تنیدگی زا ارزشیابی می‌شوند، تعریف کرد.» بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای در برگیرنده تلاش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی هستند که برای مدیریت تنیدگی‌ها و ناراحتی‌ها ضروری‌اند (لازاروس³، 1988 به نقل از سیفگه-کرنکه و بیرز⁴، 2005).

هیگیتز و اندلر (1995) براساس مدل لازاروس و فولکمن سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسئله‌محور، هیجانی و اجتنابی تقسیم کرده‌اند: الف) سبک مقابله‌ای مسئله محور به رفتارها و شناخت‌هایی اطلاق می‌شود که هدف آنها تغییر موقعیت و یا متغیر تنیدگی زاست؛ ب) سبک مقابله هیجانی، رفتارها و شناخت‌هایی را شامل می‌شود که در آن هدف، تغییر پاسخ فرد به عامل تنش زاست؛ ج) سبک مقابله‌ای اجتنابی، فرد با فاصله گرفتن از مسئله تنیدگی آفرین از آن فرار می‌کند و به دنبال حمایت عاطفی و واگذار کردن مسئولیت مقابله به اطرافیان است.

سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجانی تلاش‌های موثری را شامل می‌شوند که به تغییر ویژگی تنیدگی‌زایی موقعیت می‌پردازند و به مثابه سبک‌های سازگارانه و سبک اجتنابی به عنوان سبک کمتر سازگارانه شناخته می‌شوند ولی سبک اخیر همچون راه حلی فوری خصوصا در موقعیت‌ها به شدت تنش‌زا مفید است (کاریو⁵ و هایمن⁶، 2005). ضمن اینکه پژوهش‌ها

-
1. Jacques
 2. Kim
 3. Lazarus
 4. Seiffge- Krenke & Beyers
 5. Kariv
 6. Heiman

نشان داده‌اند گرچه سبک هیجانی قادر به کاستن احساس تنیدگی است اما در طولانی مدت می‌تواند به افزایش فشار و پیامدهای آن از جمله اضطراب و افسردگی بینجامد؛ بنابراین، سبک اخیر نیز همانند سبک اجتنابی به صورت راه حلی موقت و فوری مفید است ولی در بلند مدت سبک مسئله محور موثرتر است (آور¹ و همکاران، 2003). نتایج پژوهش‌هایی که به رابطه انواع سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای بهنجار و سازگارانه پرداخته‌اند، حاکی از این بوده‌اند که سبک اجتنابی با رفتارهای ناسازگارانه (گومز² و مک لارن³، 2006) و اضطراب و افسردگی (کاریو و هایمن، 2005)، سبک هیجانی با احساس فشار و ناراحتی، بیماری‌های مزمن، درد مزمن، سوء مصرف مواد مخدر، ناراحتی‌های جسمی، اضطراب و افسردگی و سبک مسئله محور با رفتارهایی که به ارتقای سلامت روانی و جسمی کمک می‌کنند، همبستگی مثبت دارند (ساکلوفسکه⁴ و همکاران، 2007).

نتایج پژوهش‌هایی که درباره نقش سبک‌های مقابله در پاسخ مادران به تنش ناشی از وجود کودک کم‌توان ذهنی و تاثیر آن در وضعیت سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی آنها انجام شده‌اند نشان داده‌اند، خانواده‌ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله محور بهره می‌گیرند، سطوح پایین‌تری از استرس را تجربه می‌کنند (جاگز، 2006). یافته‌های مطالعه مارگالیت، رابویو⁵ و آن کونینا⁶ (1992) حاکی از این بوده است که والدین کودکان ناتوان بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند و منابع حمایتی اجتماعی کمتری دارند. یافته‌های پژوهش فیدلر و هوداپ (1999) به نقل از میکائیلی منیع، (1387) نیز نشان دادند که مادران کودکان کم توان ذهنی که اختلالات رفتاری گسترده‌ای دارند، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند.

به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌روست. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شوند. در چنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرینگ و همکاران، 2006)، اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند

-
1. Avro
 2. Gomez
 3. McLaren
 4. Saklofske
 5. Raviv
 6. Ankonina

کم توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (السون و هوانگ، 2001؛ مک‌کانکی و همکاران، 2007). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر (دوماس و همکاران، 1991)، احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری (آیزنهاور و همکاران، 2005) دارند. در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه، نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و موثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (رایان¹ و داک²، 2001؛ کار ادماس³، 2007). یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف و همکاران (ریف⁴ و همکاران، 1998) است.

ریف، بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خودشکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون⁵، 2001). بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مولفه تشکیل شده است: خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)، رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)، روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)، هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی)، پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...)، تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...). شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند که حوادث نامطبوع

-
1. Ryan
 2. Deci
 3. Karademas
 4. Ryff
 5. Compton