

سلامت روان مادران دارای کودکان با ناتوانی های ذهنی

بهزاد محمدی^۱، سولماز سهندی فر^۲، رقیه ذاکر زاده^۳، زهرا تقرب^۴ و ناهید عبدالله زاده^۵

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

Azizmohammadi70@yahoo.com

۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

solmazsahandifar@gmail.com

۳ کارشناسی روانشناس عمومی

rzakerzadeh1357@gmail.com

۴ کارشناسی ارشد علوم تربیتی برنامه ریزی درسی

z.tagharrob@gmail.com

۵ کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی

Teachermeshkin70@gmail.com

چکیده

ما نشانگرهای سلامت روان و تغییر مثبت رادر بین مادران کودکان با ناتوانی های ذهنی بر اساس مفهوم مدل Double ABCX بررسی کردیم. ما از متغیرهای داشتن کودک با اختلالات طیف اتیسم، نارضایتی بعنوان عامل استرس زا، در دسترس بودن حمایت اجتماعی، و سرمایه اجتماعی بعنوان منابع موجود و احساس انسجام بعنوان ارزشیابی کننده استرس و سلامت روان و تغییر مثبت بعنوان عوامل سازگاری استفاده کردیم. پاسخنامه خود تنظیمی به ۱۰ نفر با ناتوانی ذهنی به مدارس با نیازهای ویژه هدایت شدند و ۶/۳ پاسخ از مادران کودکان زیر دو سال که در این مدارس مشغول تحصیل بودند، بدست آمدند. نتایج نشان دادند که مدل DOUBLE ABCX ۴۶ درصد از انحراف معیار را در سلامت روان مادران و ۳۸/۹ درصد از انحراف معیار را در تغییر مثبت نشان دادند. قوی ترین پیش بین این مدل، SOC بود و SC ممکن است بطور مستقیم یا غیر مستقیم به سلامت روان مادران و تغییر مثبت از میان SOC مادران مربوط باشد. افزایش فرصت برای ایجاد تعامل بین همسایگان و خانواده کودکان با ناتوانی ها ممکن است یک راه موثر برای بالا بردن SOC از طریق SC باشد. چون SOC مادری، SC، سلامت روان و تغییر مثبت بطور قابل توجهی با همدیگر همبستگی داشتند. عمل مشترک بین این موارد قابل انتظار بود.

واژه های کلیدی: حساس انسجام، سرمایه اجتماعی، تغییر مثبت، مدل Double ABCX، کودکان با ناتوانی های ذهنی

۱- مقدمه

داشتن کودکان با ناتوانایی ذهنی (ID) بر رفاه والدین تأثیر می‌گذارد. ناتوانایی های ذهنی می‌توانند به عنوان توصیف کردن ناتوانایی‌ها توسط محدودیت‌های مهم هم در عملکرد ذهنی و هم انطباق رفتاری همان‌طور که در مهارت‌های انطباقی مفهومی، اجتماعی و عملی که قبل از سن ۱۸ سالگی وجود دارد تعریف شود (مجمع آمریکایی برای ناتوانایی‌های ذهنی و پیشرفتی، ۲۰۱۰). پرورش کودکان با ناتوانایی ذهنی، زندگی والدین را تغییر می‌دهد و به طور منفی بر سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد طوری که استرس، افسردگی و اضطراب از طریق ^۱ آن‌ها را افزایش می‌دهد (امرسون ^۲ ۲۰۰۳، گالاگر ^۳، فیلیپ ^۴، الیور ^۵ و کارول ^۶ ۲۰۰۸). بطور ویژه، مادران در پیدا کردن و نگه داشتن شغل مشکل دارند، تنهایی را تجربه می‌کنند، احساس عدم رضایت دارند و دارای اعتماد به نفس ^۷ پایینی هستند (شرن ^۸ و تود ^۹ ۲۰۰۰). یک انتظار اجتماعی با توجه به نقش سنتی مادر وجود دارد، و بیشترین قسمت‌ها از مراقبت کودکان دارای ناتوانایی بار مسئولیت بر روی مادر قرار می‌گیرد (فیوجی وارا ۲۰۰۲). همزمان، تربیت کودکان با ID هم‌چنین کودکان را با تجربه‌های مثبت از قبیل افزایش حس هدفمندی، اولویت‌ها، معنویات، صبر و درک، رشد شخصی و قدرت، گسترش شبکه‌های شخصی / اجتماعی و مشارکت اجتماعی فراهم می‌آورد (استینتون ^{۱۰} و بسر ^{۱۱} ۱۹۹۸). قبلاً ما تغییر مثبت در میان والدین بچه‌ها با ID را بررسی کردیم و تأیید کردیم که اگرچه ۴۶/۷٪ ممکن است بعضی از شکل‌های مشکلات سلامت روان را داشته باشند، ۷۹/۹٪ تغییرات مثبت بعد از تشخیص کودک را گزارش می‌دهد (کیمورا ^{۱۲} و یامازاکی ^{۱۳}، ۲۰۱۴، ۲۰۱۵). این مطالعات نشان می‌دهد که تربیت کودک با ID هم تأثیرات مثبت و هم تأثیرات منفی بر رفاه والدین بگذارد.

راه‌هایی که در آن تربیت کودکان با ناتوانایی‌ها که بر والدین تأثیر می‌گذارد توسط مدل‌های متنوعی توضیح داده شده است. مدل بحران خانوادگی کلاسیک ABCX توسط هیل ^{۱۴} (۱۹۵۸) تأسیس شد. در این مدل، A (رخداد استرس‌زا) در حال تعامل با B (بحران خانواده در برخورد با منابع) در حال تعامل با C (تعریف خانواده رخداد را می‌سازد) X را تولید می‌کند (بحران). مک‌کابین ^{۱۵} و پترسون ^{۱۶} (۱۹۸۳) این مدل کلاسیک را به انطباق بحران-قبلی که مدل سازگاری خانواده ABCX دوگانه نام داشت اضافه کردند. در مدل دوگانه ABCX، عامل‌های استرس‌زا و تجمع تقاضاها (Aa) توسط دو متغیر (منابع موجود و جدید خانواده) (Bb) و تخمین عامل استرس‌زا (Cc) می‌توانند کاهش یابند و نتایجش در انطباق با خانواده منعکس شود (Xx). مدل دوگانه ABCX در انطباق خانواده به طور گسترده‌ای به کار گرفته شد که چگونگی متغیرهایی از عامل‌های تنش‌زا، منابع و تخمین، انطباق را در میان والدین کودکان با ناتوانایی‌های جهانی توضیح دهد. بطور مثال، سالوویتا ^{۱۷}، ایتالینا ^{۱۸} و لینونن ^{۱۹} (۲۰۰۳) استرس والدین از کودکان با ناتوانی های ذهنی در فنلاند را با استفاده از مدل دوگانه ABCX بررسی

-
- 1- Anxiety
 - 2- Emerson
 - 3- Gallagher
 - 4-Phillips
 - 5- Oliver
 - 6- Caroll
 - 7- Self-esteem
 - 8- Shearn
 - 9- Todd
 - 10- Stainton
 - 11- Besser
 - 12- Kimura
 - 13- Yamazaki
 - 14- Hill
 - 15- McCubin
 - 16- Patterson
 - 17- Saloviita
 - 18- Italinna
 - 19- Leinonen

کردند (بطور مثال، رفتار انطباقی کودک، رفتار چالشی، Aa؛ روابط زناشویی، حمایت رسمی/ غیررسمی، حمایت سودمند^{۲۰}، استراتژی‌های منفی از عهده برآمدن، تجمع کنترل، Bb؛ و تعریف موقعیت به عنوان فاجعه، Cc). این متغیرها ۷۲٪ از استرس مادری و ۷۸٪ از استرس پدری را توصیف کردند. مک‌استی^{۲۱}، ترمبث^{۲۲} و دیسانایاک^{۲۳} (۲۰۱۴) هم‌چنین نشانه‌های استرس پدرانه و کیفیت زندگی خانواده (QOL) در میان والدین کودکان دارای اختلال اوتیسم در استرالیا بررسی کردند. در مطالعه، ۵۷٪ از استرس مادرانه و ۶۱٪ از خانواده QOL، ۵۸٪ از استرس پدرانه و ۵۹٪ از QOL خانوادگی در مدل آن‌ها توضیح داده شد (بیرونی‌سازی رفتار کودک، Aa؛ قدرت^{۲۴} خانواده، محیط خانواده، حمایت زناشویی، Bb؛ احساس انسجام خانواده (SOC)^{۲۵}، Cc؛ کنار آمدن با استراتژی‌ها). نتایج نشان داد که سطوح بالاتر از رفتار بیرونی کودک، توانایی کمتری برای مشاهده عوامل استرس‌زا دارد، و سطوح پایین‌تر از SOC خانوادگی استرس بیشتر مادران را پیش‌بینی کرد، و سطوح پایین‌تر از رفتار بیرونی کودک و سطوح بالاتر از SOC خانوادگی و کنار آمدن QOL خانوادگی مادر را پیش‌بینی کرد (مک‌استی و همکاران ۲۰۱۴). در ایالت متحده، مانینگ^{۲۶}، وین رایت^{۲۷} و بنت^{۲۸} (۲۰۱۱) چگونگی استرس زندگی، شدت نشانه‌های اوتیسم، مشکلات رفتاری (Aa)، حمایت اجتماعی (Bb)، کنار آمدن مذهبی (Bb)، شکل‌گیری دوباره (Cc) بر عملکرد خانواده و استرس والدین (Xx) تأثیر می‌گذارند و یافتند که ۲۸٪ از عملکرد خانوادگی و ۴۶٪ از درد و رنج والدین توسط این متغیرها توضیح داده می‌شود.

تأثیر و ارتباط میان متغیرها در مدل ABCX دوگانه هم‌چنین به روش‌های متعددی بررسی شده است. یوزو، ساریا و بریسو (۲۰۱۴) QOL خانوادگی و رفاه روانشناسی (Xx) را میان والدین کودکان با اختلالات طیف اوتیسم (ASD)^{۲۹} در اسپانیا با استفاده از روش چندوجهی بررسی کردند. در تجزیه و تحلیل آن‌ها، مشکلات رفتاری (Aa) تأثیر منفی غیرمستقیم بر QOL خانواده و رفاه روانشناسی (Xx) در SOC (Cc) داشت، و شدت اختلال (Aa) و حمایت اجتماعی (Bb) بطور چشمگیری به QOL (Xx) خانواده مرتبط بود. از طرف دیگر، پیکنهام^{۳۰}، سوفرانوف^{۳۱} و سامیوس^{۳۲} (۲۰۰۴) ساخت معنی را بررسی کردند و توسط تجزیه و تحلیل محتوا و روابط بین متغیرهای معنی دار متغیرهای مدل دوگانه ABCX در میان والدین کودکان با سندرم اسپرگر در استرالیا بررسی کردند. در مطالعه، متغیرهای معنی دار بطور مثبتی به حمایت اجتماعی، خودکفایی^{۳۳}، تمرکز مشکلات و روش عاطفی در کنار آمدن با استراتژی‌ها مربوط می‌شد علاوه بر آن، پینتر^{۳۴}، ریلی^{۳۵}، بمیش^{۳۶}، داویس^{۳۷} و میلفورد^{۳۸} (۲۰۱۳) کارآیی^{۳۹} مدل دوگانه ABCX در میان والدین کودکان کم‌سن با ASD^{۴۰} که در تعاملات اولیه استرالیا حاضر می‌شدند مطالعه کردند. آن‌ها گزارش دادند که شدت بالاتر علامت (A)، تجمع بیشتر از تقاضاهای زندگی (Aa)، ارزیابی

-
- 20- Instrumental
 - 21- McStay
 - 22- Trembath
 - 23- Dissanayake
 - 24- Hardiness
 - 25 - sense of coherence
 - 26- Manning
 - 27- Wainwright
 - 28- Bennett
 - 29 -Autism spectrum disorder
 - 30- Pakenham
 - 31- Sofronoff
 - 32- Samios
 - 33- Self- efficacy
 - 34- Paynter
 - 35- Riley
 - 36- Beamish
 - 37- Davies
 - 38- Milford
 - 39- Applicability
 - 40 -Autism spectrum disorder

منفی از مراقبت برای کودک ASD(C)، و استفاده بیشتر از روش‌های کنار آمدن مربوط به افزایش درد و رنج روانی در والدین خواهد شد. این مطالعات نشان داد که مدل دوگانه ABCX می‌تواند وسیله مفیدی برای ارزیابی نقش‌های منابع و تخمین انطباق والدین به روش‌های متنوع باشد.

انطباق^{۴۱} خانواده توسط یک مدل مختلف توضیح داده شد. بطور مثال، ماکي یاما^{۴۲}(۲۰۱۱) مدل QOL را ارزیابی کرد که بر روی فاکتورهایی به منظور ارتقا سلامت روان والدین کودکان دارای ناتوانایی تمرکز دارد. آن‌ها یافتند که حس صحت و شادی درونی QOL را در SOC و حمایت اجتماعی قوی ساخت. در موارد دیگر، کوجو^{۴۳} و فکومارو^{۴۴}(۲۰۱۵) افسردگی و فاکتورهای فاکتورهای مربوط در میان والدین با کودکان اسپینا بیفیدا را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که استرس در مورد پرورش فرزند و کنار آمدن با فرار اجتناب به طور مثبتی مربوط به افسردگی مادرانه است در حالی که این موضوع توسط پدربزرگ و مادربزرگ، بیمار و دیگر گروه‌های حمایتی خانواده حمایت می‌شوند و ارزش اجتماعی به طور منفی مربوط به افسردگی مادرانه است. از طرف دیگر، آری^{۴۵} و تسومورا^{۴۶}(۲۰۱۱) یک مدل اقدامی به منظور تسهیل بهبودپذیری در خانواده‌ها با کودکان ID در تحقیق کیفی^{۴۷} گسترش دادند و یافتند که اقدامات «ارتباط خانواده با جامعه» استرس از عهده برآمدن گنجایش این خانواده‌ها را بهبود می‌دهد. علاوه بر آن، ما بر روی مادران با دانش‌آموزان دبیرستانی بدون ناتوانایی تمرکز کردیم و تأیید کردیم مادرانی که با سطح بالاتری از حمایت اجتماعی SC^{۴۸} زندگی می‌کنند احتمالاً در SOC(کیمورا ۲۰۱۱) بالاتر بودند، اگرچه ارتباط بین عامل استرس‌زا از تربیت کودکان ناتوان و SC پدری، SOC، و انطباق توسط یک چارچوب نظری توصیف نشده بودند. چطور روابط بین این فاکتورها را توضیح دهیم؟

هدف از مطالعه حاضر بررسی نشانه‌های سازگاری میان مادران با کودکان ID توسط بکارگیری مفهوم مدل دوگانه ABCX(مک‌کابین و پترسون ۱۹۸۳) می‌باشد. در نتیجه سیستم‌ها و حمایت‌های ناکافی، مادران کودکان ID به طور مکرر با مشکلات متعددی مواجه شدند و هم‌چنین موقعیت‌های درک منفی آن‌ها را منعکس می‌کند(کیمورا ۲۰۱۲، کیمورا، یامازاکی، موجیزوکی و اوما ۲۰۱۰). بنابراین، چارچوب مدل دوگانه ABCX، که شامل سازگاری بعد بحران می‌باشد، به نظر می‌رسد برای مطالعه حاضر قابل انطباق باشد.

ما از متغیرهایی مانند داشتن یک کودک با ASD و نارضایتی سیستم‌ها به عنوان عامل تنش‌زا، امکان حمایت اجتماعی و SC در منابع حاضر، SOC به عنوان تخمین عامل تنش‌زا و سلامت روان، و تغییر مثبت به عنوان انطباق استفاده کردیم. ما فرضیه‌سازی کردیم که داشتن یک کودک با ASD و سطوح بالاتر از نارضایتی با سیستم(Aa)، حمایت اجتماعی کمتر، SC کمتر(Bb) و SOC کمتر^{۴۹}(Cc) سلامت روان ضعیف‌تر و تغییر مثبت کمتر(Xx) در مادران با کودکان ID را پیش‌بینی خواهد کرد.

این‌گونه فرضیه‌سازی شده است که:

۱. داشتن یک کودک با ASD و نارضایتی با سیستم‌ها(Aa) به طور مستقیم و منفی به انطباق(Xx) ربط دارد.
۲. حمایت اجتماعی / SC(فاکتورهای Bb) و SOC(فاکتورهای Cc) به طور منفی مربوط به فاکتورهای Aa هستند و به طور مثبت مربوط به سازگاری هستند.
۳. حمایت اجتماعی / SC(فاکتورهای Bb) و SOC(فاکتورهای Cc) به طور مثبتی به یکدیگر مربوط هستند.

41- Adaptation

42- Makiyama

43- Kojo

44- fukumaru

45- Irie

46- Tsumura

47- Qualitative

48 - social support

49 - sense of coherence

عامل‌های استرس‌زا (Aa)

عامل‌های استرس‌زا^{۵۰} ذهنی در ارتباط با ناتوانایی‌های شخصیت‌ها فرق دارد. اختلال اوتیسمی و اختلافات مشابه از قبیل اختلالات رایج اگرچه در حال حاضر مشخص نشدند تحت طبقه‌بندی ASD شکل گرفتند، که توسط (۱) کمبودها^{۵۱} در جامعه اجتماعی و تعامل اجتماعی مشخص می‌شود؛ (۲) رفتارهای تکراری، علایق و فعالیت‌ها محدود می‌شوند (اتحادیه روانپزشکی آمریکایی ۲۰۱۳). برطبق پیسولا^{۵۲} (۲۰۰۷)، در مقایسه با مادران کودکان با سندرم داون، مادران کودکانی با ASD سطوح بیشتر استرس را نشان می‌دهند زیرا آن‌ها مشکلات بسیاری در درک مشکلات کودکانشان و همچنین حساسیت و نگرانی جامعه در مورد وابستگی و مراقبت کودکان توسط مادران دارند. علاوه بر آن، بیشتر کودکان با ASD رفتار تهاجمی^{۵۳} نشان می‌دهند (پیسولا ۲۰۰۷) و سطح بالایی از رفتار چالشی در کودکانشان عامل اصلی در شکل‌گیری درد و رنج در مادران با کودکان ASD می‌باشد (بروملی^{۵۴}، هر^{۵۵}، داویسون و امرسون ۲۰۰۴). بنابراین، والدین کودکان با ASD مشکلات بیشتری نسبت به کودکان با ID و بدون ASD دارند، و داشتن یک کودک با ASD ممکن است یک عامل استرس‌زا باشد. در مطالعات کیفی پیشین ما، مادران کودکان با ID ادعا کردند که سیستم‌های اطراف خانواده آن‌ها (بطور مثال سیستم‌های آموزشی کودک، سیستم‌های اطلاعاتی، سیستم‌های حمایتی اجتماعی) نیازمند بهبود هستند (کیمورا ۲۰۱۲، کیمورا و یامازاکی ۲۰۱۳). علاوه بر آن، اگرچه تفاوت اعضای خانواده نیازهای مختلف را منعکس می‌کند، مادرانی که برای دستیابی به سیستم‌های کافی مجادله داشتند احتمالاً دیگر مشکلات و دردها را، در ایجاد چرخه‌های خطرناک تجربه کردند (کیمورا ۲۰۱۲). براساس مادران، نارضایتی از سیستم‌ها به عنوان اقدام برای عامل استرس‌زای دیگر در نظر گرفته می‌شود.

منابع^{۵۶} موجود (Bb)

شواهد زیادی وجود دارد که بیان می‌کند حمایت اجتماعی فاکتور مهم برای QOL^{۵۷} و سلامت روان در میان والدین کودکان دارای ناتوانایی‌ها می‌باشد (بروملی و همکاران ۲۰۰۴، چو^{۵۸} و هنگ^{۵۹} ۲۰۱۳، پوزو^{۶۰} و همکاران ۲۰۱۴، رچ^{۶۱}، بنز^{۶۲} و الیوت^{۶۳} ۲۰۱۲، سلوویتا و همکاران ۲۰۰۳) و آن به عنوان متغیر منبع موجود (Bb) در مدل دوگانه ABCX استفاده شده است (پوزو و همکاران ۲۰۱۴، سلوویتا ۲۰۰۳). درحقیقت، ما یافتیم که فقدان حمایت اجتماعی منجر به احساس تنزل پذیرش اجتماعی می‌شود، که به نوبه خود اضطراب روانی در مادران کودکان با اختلالات^{۶۴} رایج را شدت می‌بخشد (کیمورا و همکاران ۲۰۱۰). بنابراین، ما دسترسی به حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع موجود در نظر می‌گیریم.

منبع مهم دیگر اتصال به جامعه است (آری و تسومورا ۲۰۱۱) که جنبه‌ای از ارزش اجتماعی است (SC). SC می‌تواند به عنوان «درجه‌ای از ارتباط و کیفیت و کمیت روابط اجتماعی» در نظر گرفته شود (هارفام^{۶۵}، گرت^{۶۶} و توماس^{۶۷} ۲۰۰۲، صفحه ۱۰۶). از پایان دهه ۱۹۹۰، ارتباط بین SC و سلامت، محققان کل دنیا را به خود جذب کرده است و تأثیر SC بر روی سلامت

- 50- Stressor
- 51- Deficit
- 52- Pisula
- 53- Aggressive
- 54- Bromely
- 55- Hare
- 56- Resources
- 57 - Quality life
- 58- Cho
- 59- Hong
- 60- Pozo
- 61- Resch
- 62- Benz
- 63- Elliott
- 64- Disorders
- 65- Harpham
- 66- Grant
- 67- Thomas

به طور گسترده‌ای از دیدگاه‌های مختلف مورد بحث قرار گرفته است (کاواچی^{۶۸}، سابرامنین^{۶۹}، کیم^{۷۰} ۲۰۰۸). درحقیقت، کوچو و فوکومورا (۲۰۱۵) ارتباط منفی بین SC و افسردگی میان والدین کودکان با ناتوانایی‌ها اشاره کردند، و تای^{۷۱} و بری^{۷۲} (۲۰۱۳) گزارش دادند که بعضی از اجزای SC (بطور مثال گذراندن زمان با دوستان و همسایه‌ها، مشارکت در فعالیت‌های آموزشی، و اعتماد به دیگران) مربوط به سلامت روان بهتر می باشد، در حالی که دیگر اجزا بطور مثال مشارکت با سیاست و کار، همکار^{۷۳}، گسترش خانواده، اعتراض سیاسی و کارهای فوری منزل مربوط به سلامت روان بدتر در میان مادران کودکان ناتوان در ویتنام بودند. با این حال، اگرچه اهمیت SC گزارش شده بود، مطالعات محدودی وجود دارند که بر روی SC و سلامت میان والدین کودکان با ناتوانایی تمرکز می کنند. به منظور بررسی نقش SC در مدل دوگانه ABCX ما تصمیم داریم از SC به عنوان منبع دیگر در مدل خود استفاده کنیم.

تخمین عامل استرس‌زا (Cc)

SOC نقش مهمی در کاهش استرس والدین و افزایش رفاه در میان والدین با کودکان ناتوان دارد (ماک^{۷۴}، هو^{۷۵}، لا^{۷۶} ۲۰۰۷، الفسن^{۷۷} و ریچاردسون^{۷۸} ۲۰۰۶، اولسو^{۷۹} و هانگ^{۸۰} ۲۰۰۲). SOC شامل سه جزء می باشد (فهم‌پذیری^{۸۱}، کنترل‌پذیری^{۸۲}، معنی‌داری)، و به عنوان یک جهت‌گیری جهانی این که شخص تا چه حد جامع است و احساس اعتماد به نفس پویا را تحمل می کند تعریف می شود (آنتونوسکی^{۸۳} ۱۹۸۷، صفحه ۱۹) وابسته به محققین، SOC به عنوان یک منبع (Bb؛ کانیل^{۸۴} و سیمان- تو^{۸۵} ۲۰۱۱) یا تخمین (مک‌استی و همکاران ۲۰۱۴، پوزو و همکاران ۲۰۱۴) در نظر گرفته می شود، اما ما نقطه نظر مک‌استی و همکاران (۲۰۱۴) را به کار بردیم، کسانی که احساس بیشتری از انسجام، از قبیل توانایی مشاهده یک موقعیت به عنوان اجزای با اهمیت، قابل پیش‌بینی و قابل کنترل معرفی کردند، که روابط مثبت با رفاه والدین را نشان داده‌اند (پوزو و همکاران ۲۰۱۴). ما تصمیم داریم از SOC به عنوان تخمین عامل استرس‌زا در مدل خود استفاده کنیم.

انطباق (Xx)

انطباق نتیجه مدل دوگانه ABCX است و از انطباق تا ناسازگاری قرار دارد (مک‌کابین و پترسون ۱۹۸۳). انطباق می تواند به عنوان ارائه رفاه روانی فرض شود (پوزو و همکاران ۲۰۱۴) که از ۶ حوزه ساخته شده است: خودباوری، روابط مثبت، استقلال^{۸۶}، تسلط محیطی، هدف در زندگی و رشد شخصی (رایف ۱۹۸۹). بعضی از این ابعاد با تغییرات مثبت دریافت شده همپوشانی داشتند (PPC)^{۸۷} که تغییر مثبت در دنبال کردن تشخیص یک کودک در میان والدین کودکان دارای ناتوانایی ارزیابی می - شدند (کیمورا و یامازاکی ۲۰۱۴). انطباق همچنین توسط موقعیت سلامت روان (کانیل و سیمان- تو ۲۰۱۱، پیکنهام و همکاران

-
- 68- Kawachi
 - 69- Subramanian
 - 70- Kim
 - 71- Thuy
 - 72- Berry
 - 73- Workmate
 - 74- Mak
 - 75- Ho
 - 76- Law
 - 77- Oelofsen
 - 78- Richardson
 - 79- Olsson
 - 80- Hwang
 - 81- Comprehensibility
 - 82- Manageability
 - 83- Antonovsky
 - 84- Kaniel
 - 85- Siman- Tov
 - 86- Autonomy
 - 87 - Perceived positive change

۲۰۰۴) و نیاز برای آگاهی ویژه ارزیابی می‌شود. بنابراین، ما از تغییر مثبت و سلامت روان به عنوان سازگاری در مدل دوگانه ABCX استفاده کردیم.

روش‌ها

مجموعه داده‌ها

مطالعه بین‌فوریه و مارس ۲۰۱۱ انجام شد. معیارها والدین کودکان با ID زیر ۲۰ سال بودند که شامل دانش‌آموزان ناتوانایی ذهنی در مدارس (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان) بودند. مدارس واجد شرایط به کودکانی که دارای گواهی پزشکی از ناتواناییهای عقلانی بودند یا قبلاً توسط سازمان‌های شهری به عنوان ناتوان ذهنی پذیرفته شدند بدون توجه به سطح ناتواناییهایشان به آنها خدمت کردند. با همکاری اعضا با والدین و معلمان در ۱۰ مدرسه ناتوانایی ما یک پرسش‌نامه را پخش کردیم و ۱۶۴۵ نامه به مراقبان تحویل داده شد و ۶۶۶ پاسخ صحیح دریافت شد (میزان پاسخ = ۴۰٪). اگر ممکن باشد ما قصد داشتیم مدلهای مادران و پدران را با یکدیگر مقایسه کنیم، اما فقط ۳۵ پدر شرکت کردند، و چنین مقایساتی مشکل بود. بنابراین، ما قصد داشتیم که تنها از اطلاعات مادران در مطالعه حاضر استفاده کنیم. بعد از بیرون کشیدن پرسش‌نامه‌ها افرادی که دارای معیارها نبودند (بطور مثال آنهایی که توسط خویشاوندان یا شرکت‌کنندگان چندگانه تکمیل شد)، اطلاعات از ۶۱۳ پرسش‌نامه شامل تجزیه و تحلیل شدند.

متغیرها

متغیرهای جمعیت‌شناسی^{۸۸}

متغیرهای جمعیت‌شناسی جمع‌آوری شده شامل سن مادر، موقعیت اشتغال مادر، سطح آموزش، استاندارد زندگی، تعداد کودکان ناتوان در منزل، همچنین جنس کودک، سن، تولد، نوع ناتوانایی و تعداد خواهر و برادرها می‌شود. درکل، براساس کتابها یا مدارک پزشکی مادری، مادران کودکان با ناتوانایی می‌توانند نوع ناتوانایی کودک خود را تایید کنند، که در پرسش‌نامه توصیف شده است. ما ناتواناییهای کودکان را به عنوان ASD (شامل اختلالات یادگیری و ناتواناییهای ذهنی) و دیگر ناتواناییهای ذهنی بدون ASD طبقه‌بندی کردیم.

داشتن کودکی با ASD و نارضایتی از سیستم‌ها (عامل استرس زا)

داشتن یک کودک با ASD یک متغیر جمعیت‌شناسی دوگانه^{۸۹} بود، که از ۱ (ASD) یا صفر (اختلال دیگر) امتیازبندی شد. نارضایتی از سیستم‌ها یک جزء منفرد بود که در یک مطالعه کیفی قبلی از مادران کودکان با ID توسعه یافت (کیمورا ۲۰۱۲). این جزء از مشارکت‌کنندگان در خواست می‌کنند، "چگونه سیستم‌های رایج را در نظر می‌گیرید؟" اگرچه اصطلاح "سیستم‌ها" به نظر وسیع و مبهم می‌رسد، ما قصد داریم تقاضاهای شرکت‌کنندگان برای سیستم‌های کافی را بدست آوریم (آموزش، اطلاعات، سیستم‌های حمایتی). جزء با مقیاس ۱ (کافی است) به ۵ (من نیازمند بهبود سیستم‌ها هستم) نمره‌بندی می‌شود، و مجموع نمرات بالاتر سطح بالاتر از رضایت سیستم را نشان می‌دهد. ($M=3/7$ $SD=1/0$).

دسترسی به حمایت اجتماعی و ارزش اجتماعی

در طول تحقیق کیفی، مادران کودکان ID ادعا می‌کنند که آن‌ها قادر نبودند کودک خود را ترک و استراحت کنند زمانی که ضرورتی اتفاق می‌افتاد (کیمورا ۲۰۱۲، کیمورا و یامازاکی ۲۰۱۳)؛ بنابراین ما حمایت اجتماعی را به عنوان دو جز در نظر می‌گیریم؛ «من مکانی برای مراقبت کودکم با ID دارم» و «من می‌توانم از حمایت اجتماعی به منظور استراحت/ اقدام خودم استفاده کنم.» هر دو آیتم‌ها به عنوان صفر (خیر) یا ۱ (بله) نمره‌بندی شدند.

ما هم‌چنین از مقیاس SC واقعی به منظور ارزیابی منابع موجود استفاده کردیم. لوچنر^{۹۰}، کاواچی و کندی^{۹۱} (۱۹۹۹) اشاره کردند که SC با مفاهیم موجود از کارآیی جمعی، احساس روانشناسی اجتماعی، ارتباط همسایگی و کفایت^{۹۲} اجتماعی

88 Demographic
89 Binary
90- Lochner

همپوشانی دارد. براساس این مفاهیم، توگاری^{۹۳} (۲۰۰۶) ۶ جز از مقیاس SC عینی را توسعه داد. یک نمونه از اجزای SC شامل «همسایگان ما مایلند به دیگران که نیازمند حمایت هستند کمک کنند»، (احساس روانشناسی اجتماعی) و «همسایگی جایی که من زندگی می کنم امن است»، (کارآیی تجمعی) می شود. هر جزیی براساس مقیاس ۵ رده بندی می شود از ۱ (به شدت مخالف) به ۵ (به شدت موافق). این ها اطمینان ۳ را نشان می دهند و اعتبار^{۹۴} مقیاس SC را به وجود می آورد. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی در مطالعه حاضر ۰/۸۱ بود.

احساس انسجام (تخمین عامل استرسزا)

ما از نسخه ۵ نمره ای از SOC-13 استفاده کردیم، که نسخه کوتاه در مقیاس اولیه است (SOC-29). اریکسون و لیندستروم یک بازنگری نظامند از مقیاس SOC اجرا کردند و گزارش دادند که ثبات درونی توسط آلفاکرونباخ با استفاده از SOC-29 از ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ (در ۱۲۴ مطالعه) و ۰/۹۲-۰/۷۰ با استفاده از SOC-13 (در ۱۲۷ مطالعه) منظم شده اند و اثبات کرد که مقیاس SOC به نظر قابل اطمینان، اعتماد و وسیله اندازه گیری میان فرهنگی باشد و این که چگونه مردم موقعیت استرسی را مدیریت می کنند. توگاری و یامازاکی (۲۰۰۵) گزارش دادند که آلفای کرونباخ از نسخه ۵ نمره ای از SOC-13، ۰/۸۱۹ (۱۰۹۵) و ۰/۸۳۳ (۳۸۸) نمونه محلی (بودند، و آن یک مدل درجه دوم سه فاکتوری بود. اگرچه آیتم ۲ و ۴ مشکل با اعتبار محتوایی داشتند (توگاری و یامازاکی ۲۰۰۵)، نسخه ۵ نمره ای از SOC-13 به طور وسیعی در مطالعه و تحقیق استفاده شده است. بنابراین ما تصمیم داشتیم از این مقیاس استفاده کنیم. SOC-13 شامل سه جز می باشد: فهم پذیری (۵ آیتم)، کنترل پذیری (۴ آیتم) و معنی داری (۴ آیتم) است. بطور مثال ما می پرسیم: آیا احساس این را دارید که بطور بی انصافانه با شما رفتار شده است؟ (فهم پذیری) که از ۱ (اغلب) تا ۵ (هرگز) نمره بندی می شود. نمره مجموع بالاتر سطح بالاتری از SOC را نشان می دهد. آلفاکرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بود (SD= 8/8 M= 40/0).

سلامت روان و تغییر مثبت (سازگاری)

سلامت روان. به منظور ارزیابی سلامتی روان، ما از پرسش نامه^{۹۵} سلامت عمومی استفاده کردیم (QOL12)، (گلدبرگ^{۹۶} ۱۹۷۲، ناگاگاوا^{۹۷} ۱۹۸۱). GHQ-12 نسخه کوتاه شده از GHQ60 است و برای مشاهده ناخوشی^{۹۸} روانی عمومی (گلدبرگ و ویلیامز ۱۹۸۸) توسط نمره کلی از آیتم ۱۲ استفاده می شود. دوی^{۹۹} و مینووا^{۱۰۰} (۲۰۰۳) از GHQ12 به عنوان اعتماد درونی گزارش دادند زیرا ضریب آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۸۳ و برای زنان ۰/۸۵ بودند، و جز- صحیح ضریب ارتباطی کلی ۰/۲ > برای هر دو جنس به غیر از جز ۱۲ بود. مثال های نشان داده شده از اجزای این پرسش نامه شامل «آیا اخیرا اعتماد به نفس^{۱۰۱} را از دست داده اید؟»، «آیا اخیرا خوابیدن را به علت نگرانی از دست داده اید؟» می باشد، که از صفر (به هیچ وجه) تا ۱۳ (بیش از حد معمول) نمره بندی شد. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۹ بود (SD=6/2 M=25/1) نمرات بالاتر GHQ میزان سلامت روان ضعیف تر را نشان می دهد.

-
- 91- Kennedy
 - 92- competence
 - 93- Togari
 - 94- Validity
 - 95- Questionnaire
 - 96- Godberg
 - 97- Nakagawa
 - 98- Morbidity
 - 99- Doi
 - 100- Minowa
 - 101- Self-confidence

دریافت تغییر مثبت. ما از مقیاس PPC به منظور ارزیابی تغییر مثبت مادری استفاده کردیم. مقیاس اولیه^{۱۰۲} PPC برای بیماران و خانواده‌های آلوده به HIV، و ثبات درونی خود(آلفای کرونباخ برای بیماران ۰/۸۶ و برای اعضای خانواده ۰/۸۵ بود) و اعتبار ساختاری(x/df=2/78) برای بیماران و ۳/۰۳ برای اعضای خانواده، CFI=94/0 برای بیماران و ۰/۹۲ برای اعضای خانواده، RMSEA=0/08 هم برای بیماران و هم برای اعضای خانواده) تأیید شد(کومودا^{۱۰۳} ۲۰۰۸). ما قبلاً این مقیاس را برای والدین کودکان با ناتوانایی‌ها به کار گرفتیم، که این که چگونه والدین تغییرات مثبت و منفی در زندگی خود و روابط با دیگران برای تشخیص یک کودک دریافت می‌کنند ارزیابی کردند(کیمورا و یامازاکی ۲۰۱۴). ما یافتیم که مقیاس PPC ثبات درونی و اطمینان بالا(آلفاکرونباخ= ۰/۸۷۰) برای والدین کودکان با ID نشان می‌دهد، و جز صحیح ضریب ارتباطی کلی $>0/4$ بود و یک فاکتور داشت که شامل ۱۰ جز توسط تجزیه و تحلیل فاکتور بود. مقیاس PPC شامل ۱۰ جز از قبیل قدرت روانشناسی کاهش یافته است که قوی‌تر شود، اعتماد به نفس شما برای غلبه چالش‌های زندگی کاهش یافته است تا افزایش یابد، «آیا اهداف جدید یا خوشی در زندگی دریافت کرده‌اید؟»، «میل سودمند برای مردم و جامعه کاهش یافته است که قوی‌تر شود»، «افکار در مورد همه چیز: شما شروع به فکر کردن می‌کنید اگرچه هر چیزی بدتر یا بهتر شود»، «احساس درمورد این-که چگونه هرروز سپری می‌شود: هرروز ارتباط با خانواده که ضعیف شده است قوی‌تر می‌شود»، «ارتباط شما با دوستان ضعیف شده است قوی‌تر می‌شود»، «آیا شما دوستان و آشنایان قابل اعتماد جدیدی دارید زیرا شما کودک ناتوانی دارید؟»، «در زندگی روزمره به سلامت خود توجه نکرده‌اید و شروع به توجه به سلامتی خود می‌کنید». هر جزئی با مقیاس ۵ نمره ای از ۱ تا ۵ نمره‌بندی شده است. آلفاکرونباخ در این مطالعه $(SD=6/7 M=36/2)$ ۰/۸۰ بود و نمره PPC بالاتر سطح بالاتری از PPC را نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل آماری

ابتدا ما از ضریب ارتباطی پیرسون به منظور تأیید روابط بین متغیرهای اصلی جمعیت‌شناسی، SC، SOC، GHQ^{۱۰۴} (پرسشنامه سلامت عمومی) و نمرات PPC استفاده کردیم. دوم، به منظور توضیح انطباق مادران در مدل دوگانه ABCX، تجزیه و تحلیل تهاجمی سلسله‌مراتبی^{۱۰۵} اجرا شد. در تطابق با مطالعات قبلی(مانینگ و همکاران ۲۰۱۱)، مک استی و همکاران (۲۰۱۴) ما متغیرهای مستقل براساس چارچوب مدل نظری دوگانه ABCX را وارد کردیم. در نتیجه، سازگاری(GHQ یا PPC) به عنوان متغیر وابسته رفتار می‌شود، و کوواریانس‌ها در مرحله ۱ وارد شدند، عامل استرس‌زا(Aa) داشتن کودک با ASD و ناراضی‌تی از سیستم‌ها) در مرحله ۲ وارد می‌شود، منابع موجود(امکان حمایت اجتماعی و SC) در مرحله ۳ وارد شدند، تخمین عامل‌های استرس‌زا(SOC) در مرحله ۴ وارد شدند. سرانجام، به منظور دستیابی به مفاهیم^{۱۰۶} عملی، ارتباط بین سه جزء از SOC(Cc) و همه اجزای حمایتی/SC با استفاده از ارتباط پیرسون بررسی می‌شدند. همه آزمایشات آماری دو دنباله‌ای هستند و آستانه آن برای اهمیت آماری ۰/۰۵ تنظیم بود. ما از SPSS نسخه ۲۰ برای همه تجزیه و تحلیل ه استفاده کردیم.

پیش بینی انطباق

در مرحله ۱ کوواریانس‌ها ۱۰/۲٪ از واریانس در سلامت روان و ۵/۹٪ از واریانس در تغییر مثبت را توضیح داد. در مرحله ۲، متغیرهای داشتن کودک با ASD و ناراضی‌تی^{۱۰۷} از سیستم‌ها ۲/۴٪ از واریانس سلامت روان، ۲/۲٪ از واریانس تغییر مثبت را توضیح داد. این به ویژه موردی برای ارتباط بین ناراضی‌تی از سیستم‌ها و سلامت روان ($p<0/01 B=0/135$) و تغییر مثبت ($p<0/01 B=-0/149$) بود. در مرحله ۳، متغیرهای قابل دسترسی از حمایت اجتماعی و SC ۳/۴٪ از واریانس در سلامت روان مادری و ۱۱/۱٪ از واریانس در تغییر مثبت را توضیح داد. اگرچه، تنها متغیر SC به طور چشمگیری مربوط به

102 - perceived positive change

103- Kumada

104 - General Health Questionnaire

105- Hierarchical

106- Implication

107- Dissatisfaction

سلامت روان ($p < 0/01$ $B = -0/188$) است و تغییر مثبت ($p < 0/01$ $B = 0/339$) و متغیرهای حمایت اجتماعی به طور چشمگیری^{۱۰۸} با متغیرهای انطباق مرتبط نبودند. سرانجام، SOC $30/1\%$ از واریانس در سلامت روان مادرانه و $19/8\%$ از واریانس در تغییر مثبت توضیح داده شد، در حالی که این مدل دوگانه ABCX نهایی $46/0\%$ از واریانس در سلامت روان مادر و $38/9\%$ از واریانس در تغییر مثبت توضیح داده شد. در مرحله ۴، بعد از ورود متغیر SOC، ارتباط بین سلامت روان و SC ناپدید شد. باین حال، ارتباط بین SC و تغییر مثبت باقی ماند ($p < 0/01$ $B = 0/205$). از طرف دیگر، زندگی استاندارد به طور پیوسته سلامت روان و تغییر مثبت را پیش بینی کردند.

ارتباط بین اجزای SOC و حمایت اجتماعی/اجزای SC^{۱۰۹}

تنها یک جز حمایت اجتماعی «من می توانم از حمایت اجتماعی به منظور استراحت/ اقدام خودم استفاده کنم» ارتباط معنی-دار ($p < 0/01$ $r = 0/124$) و کنترل پذیری ($p < 0/01$ $r = 0/091$) را نشان داد. برخلاف، همه اجزای SC به طور مثبتی با سه جز از SOC در ارتباط بودند. بطور ویژه ای «همسایگان ما مایل به کمک دیگران هستند که نیازمند حمایت هستند» به طور چشمگیر و پیوسته ای با سه جز از SOC در ارتباط هستند (معنی داری، $p < 0/01$ $r = 0/280$ ؛ فهم پذیری $p < 0/01$ $R = 0/228$ ؛ کنترل پذیری $p < 0/01$ $r = 0/236$).

بحث

در این مطالعه، با سلامت روان و تغییر مثبت در میان مادران کودکان با ناتوانی های ذهنی بر اساس مفهوم دوگانه ABCX بررسی کردیم (مک کابین و پترسون ۱۹۸۳). نتایج مشخص کردند که مدل دوگانه ABCX سلامت روان مادرانه و تغییر مثبت را پیش بینی کرد. نارضایتی بیشتر از سیستم ها و داشتن کودکی با ASD (Aa)، حمایت اجتماعی کمتر، SC کمتر (Bb) و SOC کمتر (Cc) هم سلامت روان ضعیف تر و هم تغییر مثبت کمتر را پیش بینی کرد (Xx). باین حال، یافته های غیرمنتظره-ای وجود داشت که داشتن کودکی با ASD و نارضایتی از سیستم ها (Aa) بطور مستقیم و منفی به انطباق مرتبط است (Xx)، اما تأثیرش به نظر ضعیف می رسد. یک متغیر عامل استرس زا، «نارضایتی از سیستم ها» از اطلاعات مصاحبه از مادران با کودکان ID بیرون کشیده شد (کیمورا ۲۰۱۲)، و ممکن است تقاضاهای مادری را منعکس کند (بطور مثال $53/3\%$ از شرکت کنندگان گزارش دادند که سیستم های رایج نیازمند پیشرفت مهم هستند و $33/9\%$ از آن هایی که گزارش دادند کافی نیست). باین حال، این متغیر یک جز منفرد^{۱۱۰} است، و در تحقیق کمی که منجر به کاهش قدرت مدل حاضر و اطمینان کمتر می شود معتبر نبود. دیگر متغیر عامل استرس زا، داشتن یک کودک با ASD، تنها با سلامت روان مادری ضعیف (مرحله ۲) و نه با تغییر مثبت مرتبط بود. این تا حدودی با مطالعه قبلی هماهنگ است (هستینگز^{۱۱۱} و همکاران ۲۰۰۵) و نشان دادند که متغیرهای مربوط به کودک (بطور مثال مشکلات رفتاری، نشانه های ASD) استرس مادرانه را پیش بینی می کند اما مفاهیم مثبت را پیش بینی نمی کند. محققین گزارش دادند که علاوه بر گزارش استرس مربوط به داشتن کودک با ASD، والدین مفاهیم مثبت در مورد کودک خود را تعیین کردند (هستینگز و همکاران ۲۰۰۵). بطور مشابهی، ما قبلاً مادرانی دارای کودکان ناتوان چندگانه را بررسی کردیم و دریافتیم که این مادران در پرورش فرزندان با مشکلات شدیدی روبرو هستند اما تلاش کرده بودند که مفاهیم منفی خود را تغییر دهند و روش روشن بینانه ای^{۱۱۲} برای زندگی پیدا کنند (کیمورا و یامازاکی ۲۰۱۳).

بنابراین، اگرچه مشکلات تربیت کودکان ممکن است بر سلامت روان تأثیر بگذارد، مانعی^{۱۱۳} برای تغییر مثبت مادرانه نیست. متغیرهای حمایت اجتماعی بطور چشمگیری به متغیرهای انطباق مربوط نبودند. بطور ویژه، بیشتر مادران در مطالعه حاضر مکانی برای درخواست مراقبت از کودکان با ID ($61/8\%$) یا حمایت اجتماعی به منظور استراحت/ اقدام خود ($84/2\%$) نداشتند، که نتایج با تحقیق کیفی پیشین ما هماهنگ بود (کیمورا ۲۰۱۳). باین حال، ارتباط بین این دو جز و متغیرهای

- 108- Significantly
- 109 - social support
- 110- Single
- 111- Hastings
- 112- Optimistic
- 113- Barrier

انطباق ضعیف بودند. در حالی که منطبق‌های ممکن برای این حمایت اجتماعی می‌تواند توسط (۱) بعد ساختاری (اندازه شبکه و تعداد تعاملات اجتماعی)، (۲) بعد اجتماعی با اجزای عاطفی و مؤثر (کمک عملی از قبیل کمک به مراقبت کودک) ارزیابی شود (اوزبی^{۱۱۴} و همکاران ۲۰۰۷)، اما مطالعه تنها بر روی ۲ حمایت اجتماعی مؤثر تمرکز دارد. علاوه بر آن، مشابه به متغیر «نارضایتی از سیستم‌ها» متغیرهای حمایت اجتماعی هم‌چنین از مصاحبه‌ها بیرون کشیده شد، در تحقیق کمی معتبر نیست، و منجر به اطمینان کمتر شد. بنابراین، ارزیابی حمایت اجتماعی با استفاده از تعاملات بین اعضای جامعه، همسایگان، خانواده و دوستان ممکن است برای این مدل کافی‌تر باشد. علاوه بر آن، مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مادران کودکان سن مدرسه‌ای بودند که در نیازهای ویژه مدرسه در طول روز حاضر می‌شوند؛ بنابراین، مادران ممکن است زمان آزادی داشته باشند و احتمالاً کمتر نیازمند مراقبت کودکان هستند نسبت به مادرانی که کودک نوپا^{۱۱۵} ID دارند. علاوه بر آن، داشتن «حمایت اجتماعی به منظور استراحت/ اقدام خود» ارتباط مهمی با واریانس نارضایتی سیستم‌ها و معنی‌دار بودن SOC نشان داد؛ بنابراین، فراهم آوردن چنین حمایتی ممکن است نارضایتی از سیستم‌ها را نشان دهد و قدرت SOC کاهش یابد.

برعکس، ارتباط بین SC و تغییر مثبت مهم است ($p < 0/001$ $B = 0/025$) در حالی که ارتباط بین SC و سلامت روان بعد از آن که متغیر SOC به مدل چندگانه تهاجمی وارد شد ناپدید شد. بنابراین، ما فرض کردیم که SC مربوط به سلامت روان در SOC می‌باشد، اما آن SC ممکن است به طور مستقیم و غیرمستقیم به تغییر مثبت مرتبط باشد. در بررسی جمعیت در نروژ، ماس^{۱۱۶}، لیندستروم و لیلفلجل^{۱۱۷} (۲۰۱۴) ارتباط بین همسایگی SC و SOC و سلامت را بررسی کردند و یافتند که SC همسایگی به طور چشمگیری به SOC (قوی‌ترین نتیجه ضریب^{۱۱۸} سلامت) مرتبط می‌باشد. این مطالعه امکان SC بالاتر که منجر به SOC بالاتر می‌شود را نشان داد، که ممکن است در کاهش تأثیر استرس مادرانه بر روی سلامت روان و تغییر مثبت منعکس شود. درحقیقت، نتایج ما نشان داد که جز SC «همسایگان مایل به کمک دیگران از نظر حمایت اجتماعی هستند» خیلی با سه جز SOC مربوط می‌باشند. بنابراین، افزایش موقعیت برای تعامل بین همسایگان و خانواده کودکان با ناتوانایی ممکن است راه‌حل مؤثری برای افزایش SOC در SC باشد.

واریانس تخمین (SOC, SC) قوی‌ترین نشانه از سلامت روان مادر و تغییر مثبت است. این نتیجه با مطالعات قبلی در استفاده از مدل دوگانه ABCX (از قبیل پوزو و همکاران ۲۰۱۴) هماهنگ است. آن‌ها از SOC به عنوان فاکتور Cc رفتار کردند و یک ارتباط مهم بین SOC و رفاه روانشناسی ($p < 0/01$ $r = 0/767$)، SOC و QOL خانوادگی ($p < 0/01$ $r = 0/444$) در تجزیه و تحلیل متغیر دوگانه در مطالعه را نشان دادند. SOC تأثیر مستقیم مهمی بر روی رفاه روانی مادر نشان داد، و مشکلات رفتاری تأثیر منفی و غیرمستقیم بر روی رفاه روانی در SOC نشان داد. یافته‌های آن‌ها ممکن است توضیحات ممکن از نتایج ما را فراهم آورد. بطور مثال، جمع‌آوری «نارضایتی سیستم‌ها» ممکن است باعث تهدید SOC شود که ممکن است تأثیر منفی بر روی سلامت روان و تغییر مثبت را افزایش دهد. از آنجایی که اشتراک‌گذاری حس تعلق، یافتن معنی جدید و داشتن اعتماد به نفس به نفس به منظور استفاده منابع تجارب مهمی برای پیشرفت این سه جز SOC در نظر گرفته می‌شود (توگاری ۲۰۰۸). فراهم آوردن حمایت اجتماعی کافی، افزایش فعالیت‌های اجتماعی مشارکتی و توسعه مرکز حمایت خانوادگی محلی، جایی که ثبت نام ساکنان برای مراقبت از کودکان همسایه به عنوان داوطلب^{۱۱۹} وجود دارد، ممکن است مفید باشد.

زندگی استاندارد هم‌چنین عامل مهمی برای سلامت روان و تغییر مثبت در میان مادران کودکان دارای ID به نظر می‌رسید. چو و هونگ (۲۰۱۳) QOL را در میان والدین کودکان با ناتوانایی‌ها در کره بررسی کردند و یافتند که هزینه درمان ماهانه بطور چشمگیری بر QOL والدین در استرس پرورش کودکان تأثیر می‌گذارد که درآمد ماهانه تأثیر مستقیم بر روی استرس والدین و QOL داشت. زیرا ما در مورد هزینه درمان نمی‌پرسیم، به همین دلیل معایب اقتصادی از داشتن کودکان با ID

- 114- Ozbay
- 115- Toddler
- 116- Maass
- 117- Lillefjell
- 118- Coefficient
- 119- Volunteer

ناشناخته بود. باین حال، یک گزارش نشان داد که ۶۹٪ از جوانان با ID مجرد هستند و بیشتر با والدین و خواهر و برادرهایشان زندگی می‌کنند. این موقعیت نشان می‌دهد که مراقبت از افراد که ناتوان هستند به عنوان نقش اعضای خانواده، حتی وقتی آن‌ها بزرگتر شوند در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، مادرانی که از نظر اقتصادی احساس وضع نامساعد دارند ممکن است اضطراب بیشتر و دیدگاه منفی در مورد آینده خود داشته باشند. این هم‌چنین مهم است که زندگی استاندارد بطور مثبتی با حمایت اجتماعی، SC و SOC مربوط باشد. بطور خلاصه، مادران ثروتمند ۱۲۰ احتمالاً دوست دارند در محیط‌های غنی با SC، استفاده از حمایت اجتماعی زندگی کنند و نسبت به سیستم‌ها راضی هستند. ما فرض کردیم که اگر سیستم‌ها کافی نبودند، مادران ثروتمند از سرویس‌های شارژ رایگان استفاده می‌کردند (بطور مثال مراقبت و آموزش برای کودک ناتوان) و احتمالاً کمتر احساس غیرمفید بودن می‌کردند. این‌ها منجر به تقویت SOC می‌شود که ممکن است سلامت روان و تغییر مثبت را منعکس کند.

محدودیت‌هایی برای این مطالعه وجود دارد. اول، همان‌طور که قبلاً ذکر شد، متغیر «نارضایتی سیستم» یک جز منفرد بود و اطمینان کمتری داشت. علاوه بر آن، از آنجایی که سیستم‌ها گسترده هستند، ارزیابی نارضایتی‌ها با انواع مختلف سیستم‌ها استفاده از مجموع مقیاس مورد نیاز است. دوم، دو سؤال («من مکانی برای مراقبت کودک با ID دارم» و «من می‌توانم از حمایت اجتماعی به منظور استراحت/ اقدام خودم استفاده کنم») بطور کامل مفهوم «حمایت اجتماعی» را منعکس نکرد. بنابراین، ارزیابی جامع‌تر از حمایت اجتماعی در عمل نیاز است. سوم، ما تنها SC واقعی و دیگر جنبه‌های SC (بطور مثال مشارکت در اجتماع و شبکه‌های اجتماعی) را بررسی کردیم که کامل نبودند. مشارکت در اجتماع و شبکه‌های اجتماعی ممکن است تغییر مثبت در افزایش قابلیت پیش‌بینی را تسهیل کند؛ بنابراین ارزیابی انواع مختلف از SC در مطالعات آینده توصیه می‌شود. چهارم، میزان برگشت پایینی وجود دارد (۴۰٪)؛ بنابراین، احتمالی وجود دارد که مشارکت‌کنندگان ما بیشتر مثبت هستند تا نسبت به آن‌هایی که پاسخی ندارند. بطور ویژه، زمانی که مشارکت پدران پایین است (n=35) ما قادر نبودیم آن را با اطلاعات مادران مقایسه کنیم. بنابراین بررسی انطباق پدران کار لازم و چالشی برای مطالعه آینده است. پنجم، ما وابسته به پرسش‌نامه‌های خود گزارشی هستیم که منجر به گزارش متعصبانه^{۱۱} می‌شود. بطور ویژه، برای نوع ناتوانایی کودکان، ما وابسته به گزارش مادران هستیم، بنابراین ما بطور کامل نتوانستیم اطلاعات خاص در مورد ناتوانایی‌ها را تصحیح کنیم. ششم، مشارکت کودکان با ID نیاز ویژه مدارس برای طول روز را حاضر می‌کند و منجر به افزایش دیدگاه‌های مثبت می‌شود. سرانجام این مطالعه برش عرضی بود که اجازه نتایج معمولی را نمی‌دهد.

در پایان...

این اولین مطالعه به منظور توضیح سلامت روان و تغییر مثبت در میان مادران کودکان با ID توسط بکارگیری مدل دوگانه ABCX شامل SC و متغیرهای SOC بود. قدرتمندترین نشانه از انطباق مادرانه SOC بود، و SC ممکن است نقش مهمی ایفا کند که بطور مستقیم و غیرمستقیم به سلامت روان مادرانه و تغییر مثبت در SOC مربوط می‌باشد. تحقیق آینده ممکن است این را بیشتر در جمعیت آسیب‌پذیر^{۱۲}، از قبیل کودکان جوانتر مانند سن دبستانی بررسی کند زیرا بیشتر این مادران زمانشان را برای مراقبت از این کودکان می‌گذرانند و نیازمند انواع مختلفی از SC هستند. به همین منظور، ما استفاده از چندین مقیاس SC را توصیه می‌کنیم و بررسی می‌کنیم چه نوعی از SC به تغییرات مثبت/ منفی مربوط می‌باشد.

منابع

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). In R. L. Schalock, S. A. Borthwick-Duffy, V. J. Bradley, W. H. E. Buntinx, D. L. Coulter, E. M. P. Craig, & M. H. Yeager (Eds.), Definition of intellectual disability. Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support.

120- Wealthy

121- Bias

122-Vulnerable

- Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. American Psychiatric Association. (2013). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5.. Retrieved from [http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA DSM Changes from DSM-IV-TR -to DSM-5.pdf](http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA%20Changes%20from%20DSM-IV-TR%20to%20DSM-5.pdf)
- Antonovsky, A. (1987). Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8, 409–423. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361304047224>
- Cabinet Office, Government of Japan. (2015). Shougai sha hakusyo, heisei 25 nenndo-ban, [White paper for disabled in 2015].. Retrievd from http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h25hakusho/gaiyou/h1_01.html (in Japanese)
- Cho, K. S., & Hong, E. J. (2013). A path analysis of the variables related to the quality of life of mothers with disabled children in Korea. *Stress and Health*, 29, 229–239. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2457>
- Doi, Y., & Minowa, M. (2003). Factor structure of the 12-item general health questionnaire in the Japanese general adult population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 379–383. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01135.x>
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 385–399. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00498.x>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460–466. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Fujiwara, R. (2002). Reconsideration of the mothers' role in relation to their multi-handicapped child: From a viewpoint of the structure of dilemma within them. *Japanese Society for the Study of Social Welfare*, 43, 146–154 (in Japanese).
- Gallagher, S., Phillips, A., Oliver, C., & Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 1129–1136. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsn040>
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford, London: Oxford University Press.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER-Nelson.
- Harpham, T., Grant, E., & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: Key issues. *Health Policy and Planning*, 17, 106–111. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/17.1.106>
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635–644. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-005-0007-8>
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139–150.
- Irie, Y., & Tsumura, C. (2011). Development of a family intervention model to facilitate resilience in families of children with intellectual disabilities. *Japan Journal of Nursing Science*, 31, 34–45, (in Japanese).

- Kaniel, S., & Siman-Tov, A. (2011). Comparison between mothers and fathers in coping with autistic children: A multivariate model. *European Journal of Special Needs Education*, 26, 479–493. <http://dx.doi.org/10.1080/08856257.2011.597186>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (Eds.). (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Kimura, M. (2011). Does social capital relate to sense of coherence? In Y. Yamazaki, & T. Togari (Eds.), *The sense of coherence in adolescents—Research and suggestion from three-year follow-up survey for Japanese urban High School's students*. Tokyo: Yushindo (in Japanese).
- Kimura, M. (2012). Difficulties faced by mothers of children with intellectual disabilities and associated coping strategies: analysis of the decision-making process related to pregnancy after birth of children with intellectual disability and issues faced while raising disabled children and their siblings. In Ph. D. thesis. Tokyo: The University of Tokyo (in Japanese).
- Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2013). The lived experience of mothers of multiple children with intellectual disabilities. *Qualitative Health Research*, 23, 1307–1319. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732313504828>
- Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2014). Development of perceived positive change scale for parents of children with disabilities. *Bulletin of Social Medicine*, 31, 29–36.
- Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2015). Physical punishment, mental health and sense of coherence among parents of children with intellectual disability in Japan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, <http://dx.doi.org/10.1111/jar.12198>,
- Kimura, M., Yamazaki, Y., Mochizuki, M., & Omiya, T. (2010). Can I have a second child? Dilemmas of mothers of children with pervasive developmental disorder: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-69>
- Kojo, K., & Fukumaru, Y. (2015). Depression and related factors in parents of children with spina bifida: A focus on differences between fathers and mothers. *The Journal of Child Health*, 74, 638–645 (in Japanese).
- Kumada, N. (2008). Related factors of perceived positive change in long-term survival HIV-infected hemophiliacs and their family members. Master's thesis. Tokyo: The University of Tokyo (in Japanese).
- Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: A guide to its measurement. *Health and Place*, 5, 259–270.
- Maass, R., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2014). Exploring the relationship between perceptions of neighbourhood-resources, sense of coherence and health for different groups in a Norwegian neighbourhood. *Journal of Public Health Research*, 3, 208. <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2014.208>
- Mak, W. W. S., Ho, A. H. Y., & Law, R. W. (2007). Sense of coherence, parenting attitudes and stress among mothers of children with autism in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 157–167. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00315.x>
- Makiyama, F. (2011). Investigation into the QOL model of parents with disabled children. *Kawasaki Medical Welfare Journal*, 20, 357–364 (in Japanese).
- Manning, M. M., Wainwright, L., & Bennett, J. (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with a school-age child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 320–331. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-1056-1>
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson

- (Eds.), *Social stress and the family: advances and developments in family stress theory and research*. New York: Haworth Press.
- McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: Parent gender and the double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3101–3118. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-014-2178-7>
- Nakagawa, Y. (1981). *Shitsumonshih-o ni yoru seishin shinkei syoujyou no haaku no riron to rinsy-o ouyou* [The theory and clinical application for psychiatric illness by questionnaire]. *Kokuritsu Seishin Eisei Kenky-u Jo Monograph*, 1–109 (in Japanese).
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1080/13668250500349367>
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 548–559. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00414.x>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). *Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice*. *Psychiatry (Edgmont)*, 4, 35–40.
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K., & Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: Correlates of sense making and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 245–264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2003.06.003>
- Paynter, J., Riley, E., Beamish, W., Davies, M., & Milford, T. (2013). The double ABCX model of family adaptation in families of a child with an autism spectrum disorder attending an Australian early intervention service. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1183–1195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2013.07.006>
- Pisula, E. (2007). A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with down's syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 274–278. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00342.x>
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 442–458. <http://dx.doi.org/10.1111/jir.12042>
- Resch, J. A., Benz, M. R., & Elliott, T. R. (2012). Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: A multi-method analysis. *Rehabilitation Psychology*, 57, 61–72. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027155>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300–312. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00492.x>
- Shearn, J., & Todd, S. (2000). Maternal employment and family responsibilities: The perspective of mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 109–131. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3148.2000.00021.x>
- Stainton, T., & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 57–70. <http://dx.doi.org/10.1080/13668259800033581>

- Thuy, N. T. M., & Berry, H. L. (2013). Social capital and mental health among mothers in Vietnam who have children with disabilities. *Global Health Action*, 6, 18886. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0>
- Togari, T., & Yamazaki, Y. (2005). Examination of the reliability and factor validity of 13-item five-point version sense of coherence scale. *Journal of Health and Human Ecology*, 71, 168–182 (in Japanese).
- Togari, T. (2006). An explanation of the development of subjective social capital indicator and relationship between self-rated health and subjective social capital. In S. Takegawa, K. Hiraoka, H. Ishida, & Y. Yamazaki (Eds.), *The report of grants-in-aid for scientific research (2002–2005 fiscal year). An empirical study of the role of socio economic factors in the formation of health status (11th ed., pp. 187–196)* (in Japanese).
- Togari, T. (2008). Seijin no SOC wa kaerareruka? [Is it possible to change adults' SOC?]. In Y. Yamazaki, T. Togari, & J. Sakano (Eds.), *Introduction to the sense of coherence in the salutogenic model (pp. 55–67)*. Tokyo: Yushindou (in Japanese).
- Miyako Kimura, MPH, PhD, is an assistant professor at Department of Preventive Medicine, St. Marianna University School of Medicine, 2-16-1, Sugao, Miyamae-ku, Kawasaki-shi, Kanagawa, 216-8511, Japan. Yoshihiko Yamazaki, PhD, is a Professor at Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University, Okuda, Mihama-cho, Chita-gun, Aichi, Japan.