

## پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی بر اساس سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران آنها

مهرزاد رمضانلو<sup>۱</sup>، فریبرز درتاج<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۵

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه عادات زندگی، سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مادران کودکان با آسیب جسمی - حرکتی و پیش‌بینی عادات زندگی بر اساس دو متغیر دیگر بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، داده‌های پژوهش از ۱۵۰ نفر از مادران کودکان با آسیب جسمی - حرکتی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ جمع‌آوری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه حمایت اجتماعی، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی و پرسشنامه عادات زندگی کودکان ناتوان جسمی - حرکتی استفاده شد. نتایج همبستگی نشان داد بین عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی و سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران آنها رابطه معنادار وجود دارد. در حدود ۳۴ درصد از واریانس متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی از طریق سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران تبیین می‌شود و از طریق این دو متغیر می‌توان عادات زندگی کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی را پیش‌بینی کرد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که بسیاری از عوامل روان‌شناختی والدین، به‌ویژه مادران، با عادات زندگی کودکان با آسیب

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات (نویسنده مسئول)

mehrzadramezanloo@yahoo.com

۲. استاد گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی تهران. ایران

جسمی - حرکتی رابطه دارد و از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران را نام برد.

واژگان کلیدی: آسیب جسمی - حرکتی، مادران، عادات زندگی، سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده

### مقدمه

بهداشت روانی یک زمینه تخصصی در حوزه روان‌پزشکی است. هدف بهداشت روانی ایجاد سلامت روانی به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر بر بروز بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (بودر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). امروزه یکی از مفاهیم جدیدی که در علوم روان‌شناختی، به‌ویژه بهداشت روانی، مورد توجه قرار گرفته مفهوم کیفیت زندگی است (گیلین، کیندرمن، برگ و وربونت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردهای و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف می‌کند. این مفهوم همه عوامل مهم و شرایط زندگی مانند وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی را شامل می‌شود (پیزا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). سبک زندگی در نگاهی کلی به الگویی منحصر به فرد از ویژگی‌ها و عادت‌های رفتاری انسان در زندگی روزمره و موقعیت‌های اجتماعی اشاره دارد (میچانیک و کوشنر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). سبک زندگی رفتارهایی مانند تغذیه، تندرستی، مراقبت شخصی، ارتباط، مشارکت در امور خانه، تحرک، مسئولیت‌ها، روابط بین فردی، زندگی اجتماعی، آموزش، کار و تفریح را در بر می‌گیرد. عادات زندگی در کودک بدین معناست که وی فعالیت‌های مذکور را به چه

- 
1. Buder
  2. Geelen, Kindermans, Bergh, & Verbunt
  3. Piazza
  4. Mechanick & Kushner

نحوی انجام داده و یا با چه میزان کمکی می‌تواند از پس فعالیت‌های خویش برآید (مرتضوی و همکاران، ۱۳۹۲).

سطح آسیب کیفیت زندگی خانواده‌هایی که کودکانی با شرایط مزمن و شدید دارند ممکن است به وسیله عوامل پیچیده محیطی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی، حمایت‌های اجتماعی، خصوصیات کودک، خصوصیات والدین، مشکلات رفتاری کودک، راهبردهای مقابله‌ای والدین و سطح استرس والدین که با شدت ناتوانی کودک در ارتباط است، تحت تأثیر قرار گیرد (تسنگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). کودکان مبتلا به آسیب جسمی-حرکتی به مراقبت بیشتری احتیاج دارند و والدینشان بیشترین استرس را برای مراقبت تحمل می‌کنند. مراقبت از یک کودک مبتلا به فلج مغزی نیازمند فعالیت‌های مراقبتی شدید و طولانی مدت است. چنین شرایط مزمنی باعث می‌شود والدین این کودکان مشکلات سلامت جسمی و روانی بیشتری را تجربه کنند که می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر بگذارد؛ زیرا کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامتی را به خطر می‌اندازد رابطه دارد (گارپ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). آگاه شدن از وجود هرگونه مشکل، تأخیر رشدی یا متفاوت بودن کودک ضربه‌ای بسیار سخت به والدین وارد می‌کند؛ بنابراین والدین زمانی که متوجه ناتوانی فرزندشان می‌شوند با هیجانات شدیدی روبرو می‌گردند و پذیرش کودکان با نیازهای ویژه برای والدین سخت است (فراری و سوسمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به آسیب جسمی-حرکتی با مشکلات گوناگونی در سطوح فردی، بین فردی، محیط درونی خانواده و اجتماع مواجه می‌شوند. مسئولیت‌های مالی، اختلاف و تعارض در زندگی زناشویی، انزوای اجتماعی و کاهش زمانی که والدین می‌توانند با کودکان سالم خود باشند به عنوان عوامل تنش‌زا در این خانواده‌ها شناخته شده است. اگر قرار باشد که مادران دارای کودک با آسیب جسمی - حرکتی بدون برخوردارگی از حمایت اجتماعی (خانواده، همسر و دوستان) و پایین بودن سرمایه روان‌شناختی با

---

1. Tseng

2. Garip

3. Ferrari & Sussman

مؤلفه‌های خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری؛ با مسائل و مشکلات جاری در زندگی و نگهداری فرزند دارای مشکل دست و پنجه نرم کنند، جز قرار گرفتن در معرض اختلالات روان‌شناختی بهره و سود دیگری نخواهد داشت؛ بنابراین در پژوهش حاضر به این نکات توجه خواهد شد که آیا سرمایه روان‌شناختی که با مفاهیمی چون امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری تعریف می‌شود و حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده توسط مادر، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی باشد.

در زمینه عادات زندگی هر یک از انواع سرمایه اقتصادی، فرهنگی، محیطی و روان‌شناختی می‌تواند برای دستیابی به یکی از ابعاد و شاخص‌های پیوستار زندگی به کار گرفته شود، اما در بین تمامی این سرمایه‌ها، سرمایه روان‌شناختی باید همبستگی نزدیک و فراوانی با یکدیگر داشته باشند و در نتیجه سرمایه روان‌شناختی می‌تواند بر پیوستار زندگی تأثیرگذار باشد (حیدری‌ساربان، ۱۳۹۳) نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه رفتار مثبت‌گرا حاکی از آن است که ظرفیت‌های روان‌شناختی از قبیل امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در کنار هم عاملی را با عنوان سرمایه روان‌شناختی تشکیل می‌دهند (لوتانز و یوسف-مورگان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

با توجه به مطالب فوق کودکان مبتلا به آسیب جسمی- حرکتی محدودیت عمده‌ای در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام و توانایی تحرک دارند. این محدودیت‌ها منجر به نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت می‌شود که فراتر از نیاز کودکان با رشد طبیعی در زمان رشد خود است (برنز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). مراقبت از کودک از وظایف والدین کودک است، اما این نقش در کودکان با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی مدت بسیار متفاوت می‌شود. وجود یک عضو که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت متفاوتی است می‌تواند نیروی خانواده و به‌ویژه «مادر» را بر خود متمرکز گرداند

---

1. Luthans & Youssef-Morgan  
2. Brenes

و حمایت وی را می‌طلبد (میترای<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که از اواسط دهه (۱۹۷۰) علاقه فزاینده‌ای نسبت به مطالعه نقش حمایت اجتماعی به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای بیرونی به چشم می‌خورد؛ حمایت اجتماعی می‌تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن، پذیرفتن و احترام گذاشتن است (صالحی و محمودی‌فر، ۱۳۹۳). حمایت اجتماعی به‌عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری فرد در شرایط تنیدگی و تحمل شرایط تنش‌زا معرفی شده است (لی، یوچونگ، بوک پارک و هونگ چانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای بین عوامل تنیدگی‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت با کاهش تنش تجربه شده، موجب بهبود سلامت روانی و جسمانی و کیفیت زندگی در افراد می‌شود (لانگلند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی به مدیریت تنیدگی‌های روانی و اصلاح روان‌بنه‌ها کمک می‌کند، احتمال بیماری را کاهش، بهبودی را در زمان بیماری تسریع، مرگ و میر را کاهش و سلامت روانی را تأمین می‌کند (آس، فوسا، دهل و مو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷)؛ با پاسخ‌های ایمنی و سلامت عمومی (بوویر<sup>۵</sup>، چاموت و پرگر، ۲۰۰۶)؛ تعدیل‌کننده‌ی تجربه سوگ (استروب، زچ، استروب و اباکومکین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵)؛ کاهش تنیدگی‌های روان‌شناختی، پیشگیری از رفتارهای پرخطر و سوء مصرف مواد و الکل (مارسیگلیا، کولیس، نیری<sup>۷</sup> و پارسایی، ۲۰۰۵)؛ به نقل از شامکوئیان، لطفی کاشانی، وزیر، اکبری، ۱۳۹۲).

حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است. لیساجان وود<sup>۸</sup> (۲۰۱۰)

1. Mitry
2. Lee, Yae chung, Boog park & Hong chung
3. Langeland
4. Aass, Fossa, Dahl & Moe
5. Bovier
6. Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin
7. Marsiglia, Kulis & Nieri
8. Janewood

معتقد است که بین حمایت اجتماعی همسایگان و اعتماد به آن‌ها و سلامت روانی افراد رابطه معنی‌داری وجود دارد. مکینز<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) طی پژوهشی به نتیجه رسید که سرمایه روان‌شناختی در بهبود سلامت روانی مؤثر است. چراکه سرمایه روان‌شناختی نقش مهمی در کاهش اختلالات روانی مانند افسردگی و نگرانی داشته و سطوح پایین آن با خطر ابتلاء به اختلالات روانی همراه است. تردی هارفام<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) معتقد است سرمایه اجتماعی هم در بعد ساختاری (مشارکت مدنی، عضویت و فعالیت در سازمان‌های رسمی و غیررسمی) و هم در بعد شناختی (اعتماد، روابط متقابل، هنجارها) بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. هولت گریو و کروسبی<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند که سرمایه اجتماعی با کلیه موارد یادشده ارتباط معنی‌داری داشته است.

در پژوهش‌های متعددی به تأثیر سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی اشاره شده است. بیرامی، موحدی و خدایاری (۱۳۹۳)، تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳)، نریمانی، شاه محمدزاده، امیدوار و امیدوار (۱۳۹۳)، غباری‌بناب، رفیع‌خواه و مهاجرانی (۱۳۹۳) و فیندلر، جاکوبی و گابیس<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) در پژوهش‌های خود بر تأثیر حمایت اجتماعی درک‌شده مادران کودکان با آسیب جسمی حرکتی بر سلامت روانی تأکید داشته‌اند. همچنین در پژوهش‌های متعددی تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب جسمی حرکتی تأیید شده است. در پژوهش‌های گانگ و ماوو<sup>۵</sup> (۲۰۱۶)، میکولا<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، شیاهه<sup>۷</sup> (۲۰۱۴)، لانگلد (۲۰۱۱) و گولاشیت (۲۰۱۰) بر اهمیت و تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در کیفیت زندگی تأکید شده است.

- 
1. Mckenzie
  2. Harpham
  3. Holltegrio & koresbi
  4. Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis
  5. Gong, G., & Mao, J
  6. Mikula
  7. Shyaheh

هدف از این پژوهش، پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی بر اساس سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران آنان و همچنین تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران با عادات زندگی کودکان ناتوان جسمی - حرکتی بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی توان پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی را دارند؟

### روش

با توجه به موضوع و سؤال پژوهشی در این پژوهش از روش توصیفی-پیمایشی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کودکان با آسیب جسمانی-حرکتی بود. در ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مراکز نگهداری کودکان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی (آدرس از بهزیستی و جستجو از طریق اینترنت) در سطح شهر تهران، تعداد ۱۵۰ نفر از مادران کودکان با آسیب جسمانی-حرکتی بعد از اخذ رضایت آگاهانه انتخاب شدند. در بخش آمار توصیفی به بررسی توزیع فراوانی، شاخص‌های گرایش مرکزی شامل میانگین و میانه و شاخص‌های پراکندگی مانند انحراف معیار و واریانس خواهیم پرداخت. در بخش آمار استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و استفاده از مدل‌های آماری، ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه داده‌ها تحلیل شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه حمایت اجتماعی فلیپس و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و پرسشنامه عادات زندگی کودکان ناتوان جسمی - حرکتی استفاده شد که در ادامه هر کدام را معرفی می‌کنیم.

پرسشنامه حمایت اجتماعی فلیپس: پرسشنامه حاضر توسط واکس، فلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه را به صفر و یک تغییر داده و دلیل این کار را استفاده از آلفای کرونباخ ذکر کرده است (همتی راد و سپاه منصور، ۱۳۸۷). پایایی آزمون

در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. شش بخش (۱۳۸۹) ضرایب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی ۰/۶۶ محاسبه کرد. در پژوهش خباز، بهجتی و ناصری (۱۳۹۰) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. ضریب ثبات درونی کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۰ است. دناک (۱۳۷۷) ضرایب درونی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، تنصیف ۰/۵۵، و گاتمن ۰/۸۴ محاسبه نموده است. در نمونه ایرانی دانشجویان ایرانی ضریب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۰ گزارش شده است (به نقل از باوی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز: این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. در پژوهش علیپور و همکاران (۱۳۹۲) نیز پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه عادات زندگی کودکان ناتوان جسمی - حرکتی: پرسشنامه عادات زندگی در ایالت کبک کانادا به منظور سنجش مشارکت اجتماعی در افراد ناتوان، توسط فوگی و رولاس و همکارانش طراحی شد. آن‌ها پرسشنامه عادات زندگی را بر اساس مدل مفهومی فرایند ایجاد ناتوانی تهیه کردند. مقیاس‌های این ابزار شامل تغذیه، تندرستی، مراقبت شخصی، روابط بین فردی، زندگی اجتماعی، مشارکت در امور خانه، تحرک، مسئولیت‌ها، آموزش، کار و تفریح است. این پرسشنامه توسط مراقبین کودک و هم خود کودک در صورتی که توانایی پاسخ‌دهی داشته باشد تکمیل می‌شود. نور و همکارانش به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه عادات زندگی در کودکان با آسیب جسمی حرکتی پرداختند. برای بررسی روایی محتوایی آن از ضریب لاوشه کمک گرفته شد. این شیوه بر اساس مقیاس سه درجه‌ای مهم و مرتبط می‌توان استفاده کرد ولی ضرورتی ندارد و غیر



مرتبط روایی محتوایی را سنجش می کند (لاوشه<sup>۱</sup>، ۱۹۷۳). حداقل ضریب روایی قابل قبول بر اساس روش لاوشه از نظر ۱۳ متخصص ۵۴٪ است. روایی محتوایی برای کل پرسشنامه ۸۹٪. به دست آمد. برای بررسی روایی همگرایی گویه‌ها و میزان پایایی از ۱۰۱ کودک فلج مغزی به همراه مراقبشان مورد مطالعه قرار گرفتند.

بعد از انتخاب نمونه‌های آماری پژوهش پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی فلیس و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و پرسشنامه عادات زندگی کودکان ناتوان جسمی - حرکتی بین مادران کودکان با ناتوانی جسمی - حرکتی توزیع و جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

## نتایج

برای آزمودن فرضیه اصلی ابتدا با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک ارزیابی شد. پیش از آزمون رگرسیون ماتریس همبستگی متغیرها ارائه می‌شود. برای شناسایی رابطه بین متغیرهای حاضر در مدل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. یافته‌های به دست آمده از ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود از میان متغیرهای پژوهش ارتباط متغیرهای امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و با متغیر عادات زندگی معنادار است. همچنین ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد که متغیرهای خانوادگی، دوستان و دیگران با متغیر عادات زندگی در سطح اطمینان (۰/۹۹) ارتباط معناداری دارند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. امیدواری	۱							
۲. تاب‌آوری	۰/۲۹۲	۱						
۳. خوش‌بینی	۰/۲۶۸	۰/۲۷۲	۱					
۴. خودکارآمدی	۰/۲۳۶	۰/۳۶۳	۰/۱۲۷	۱				
۵. خانوادگی	۰/۲۷۹	۰/۳۴۴	۰/۳۲۳	۰/۲۹۷	۱			
۶. دوستان	۰/۳۵۴	۰/۲۰۱	۰/۲۸۶	۰/۳۱۱	۰/۲۹۰	۱		
۷. دیگران	۰/۲۴۷	۰/۲۵۹	۰/۱۹۳	۰/۲۵۸	۰/۲۸۷	۱		
۸. عادات زندگی	۰/۲۸۱	۰/۳۶۳	۰/۲۲۳	۰/۲۲۱	۰/۲۵۱	۰/۱۸۹	۰/۲۰۹	۱

در جدول بالا همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است که بر این اساس ارتباط سرمایه روان‌شناختی و حمایت ادراک‌شده با عادات زندگی در سطح (۰/۰۱) معنادار است. بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت سرمایه روان‌شناختی و حمایت ادراک‌شده با عادات زندگی رابطه معنادار دارند. در جدول زیر خلاصه ماتریس همبستگی آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها (N=۱۵۰)

متغیرها	مؤلفه‌ها	R
سرمایه روان‌شناختی	امیدواری	۰/۲۸۱
	تاب‌آوری	۰/۳۶۳
	خوش‌بینی	۰/۲۲۳
	خودکارآمدی	۰/۲۲۱
حمایت ادراک‌شده	خانوادگی	۰/۲۵۱
	دوستان	۰/۱۸۹
	دیگران	۰/۲۰۹

ضرایب به دست آمده در جدول ۲ بیانگر همبستگی ساده بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک است. جهت همبستگی‌ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی است ( $p < 0.01$ ). در عین حال، نتایج بیانگر همبستگی مثبت و معنادار بین سه

مؤلفه حمایت اجتماعی است ( $p < 0.01$ ). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین امیدواری (۰/۲۸۱)، تاب‌آوری (۰/۳۶۳)، خوش‌بینی (۰/۲۲۳)، خودکارآمدی (۰/۲۲۱) و عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی-حرکتی رابطه معنادار وجود دارد. همچنین جدول فوق نشانگر آن است که بین مؤلفه‌های حمایت ادراک‌شده خانواده (۰/۲۵۱)، دوستان (۰/۱۸۹)، (۰/۲۰۹) و عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی-حرکتی رابطه معناداری وجود دارد.

برای پیش‌بینی عادات زندگی توسط سرمایه روان‌شناختی در گام اول امیدواری، در گام دوم تاب‌آوری، در گام سوم خوش‌بینی و در گام چهارم خودکارآمدی وارد معادله شدند. دو متغیر امیدواری و خوش‌بینی طی دو گام معنی‌داری خود را حفظ نمودند. در جدول زیر ضرایب و نتایج حاصل از رگرسیون گام به گام در دو گام گزارش شده است.

جدول ۳. ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام عادات زندگی بر حسب متغیرهای پژوهش

مرتبه ورود متغیرها	متغیر پیش‌بین	B ضرایب استاندارد	خطای معیار	ضرایب غیر استاندارد B	t	سطح معنی‌داری
گام اول	امیدواری	-۴۰/۷۰۲	۰/۰۹	-۰/۳۴	-۲/۶۸	۰/۰۰۹
گام دوم	امیدواری	-۳۵/۷۰۲	۰/۰۷	-۰/۲۸	-۲/۸۳	۰/۰۰۸
	خوش‌بینی	۱/۸۶	۰/۰۳	۰/۴۶	۲/۸۱	۰/۰۰۶

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود ضرایب تی نشان می‌دهد که امیدواری و تاب‌آوری اثر معنی‌داری بر عادات زندگی دارند. برای پیش‌بینی عادات زندگی توسط حمایت ادراک‌شده در گام اول خانواده، در گام دوم دوستان و در گام سوم دیگران وارد معادله شدند. هیچ‌کدام از متغیرهای خانواده، دوستان و دیگران معنی‌داری خود را حفظ نکردند.

جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده

Sig	T	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	پیش‌بینی کننده‌ها
۰/۰۷۹	۱/۷۸	-	۸۰/۹۹	عدد ثابت
۰/۰۰۹	-۲/۶۸	-۰/۳۴	-۴۰/۷۰۲	امیدواری
۰/۱۹۹	۱/۲۹	۰/۱۷	۰/۶۸	تاب‌آوری
۰/۰۰۶	۲/۸۱	۰/۴۶	۱/۸۶	خوش‌بینی
۰/۰۹۴	-۱/۶۹	-۰/۲۶	-۱/۰۲۳	خودکارآمدی
۰/۳۴۲	-۰/۹۵۷	-۰/۱۴	-۰/۶۴۳	حمایت اجتماعی ادراک‌شده

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، مقدار  $R^2$  به دست آمده (۰/۳۴) بدین معنی است که ۳۴ درصد از واریانس متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی توسط ۵ متغیر امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین می‌شود. به عبارت دیگر ۳۴ درصد از پراکندگی مشاهده‌شده در متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی توسط این متغیرها تبیین می‌شود. مقدار R مشاهده‌شده (۰/۵۷) نیز نشان‌دهنده آن است که مدل رگرسیون خطی حاضر می‌تواند برای پیش‌بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت F محاسبه شده (۵/۸۷۰) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی همبستگی معنادار وجود دارد. با مراجعه به آماره t و سطوح معناداری می‌توان قضاوت کرد که از بین این پنج متغیر تنها دو متغیر امیدواری و خودکارآمدی با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی همبستگی معنادار دارند. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه اول کافی است. علامت ضرایب بتای به دست آمده نشان داد که متغیر تاب‌آوری با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی همبستگی منفی و معنادار دارد. حال آنکه همبستگی متغیر امیدواری بیش از حد با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی مثبت و معنادار

بود. درنهایت، با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان معادله رگرسیون را بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد نشده به صورت زیر تدوین کرد:

$$Y = ۱/۸۶ (\text{خوش‌بینی}) + ۴۰/۰۷۲ (\text{امیدواری}) - ۸۰/۹۹$$

### بحث

این پژوهش با هدف پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی-حرکتی بر اساس سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که سرمایه روان‌شناختی و حمایت ادراک‌شده با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی-حرکتی رابطه معنادار دارد. بین متغیرهای عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی-حرکتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران آن‌ها همبستگی معنادار وجود دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش مؤلفه خانواده با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی-حرکتی رابطه معناداری دارد. نقش خانواده برای کودکان با آسیب جسمی-حرکتی در مقایسه با کودکان عادی پر رنگ‌تر است؛ زیرا زمانی که ادراک این کودکان از میزان حمایت متقابل، حمایت، حرمت، عشق‌ورزی، احترام و صمیمیت متقابل کیفیت بالاتری داشته باشد در آینده نیز مسیر عادات زندگی آن‌ها را به نحو مثبتی تحت تأثیر قرار داده و چه بسا اینکه کیفیت زندگی مطلوبی را نصیب کودکان با آسیب جسمی-حرکتی خواهد کرد (فیندلر و همکاران، ۲۰۱۶، شوارزو و کنول، ۲۰۰۷). مؤلفه دوستان با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی-حرکتی رابطه معنادار دارد. آنچه مشخص است این است که ارتباط با دوستان و همسالان در سن کودکی تا نوجوانی نقش بسیار مهمی در رفتارهای کودکان با آسیب جسمی-حرکتی دارد. از این رو دارا بودن احترام متقابل بین کودک و دوستان و همچنین اعتماد متقابل بین آن‌ها نشان‌دهنده حمایت متقابل بین کودک، همسالان و یا دوستان وی است. این امر به نوبه خود نیازهای عاطفی، اطلاعاتی و غیره را برآورده کرده و فرد احساس می‌کند از طرف دوستان خود مورد حمایت قرار می‌گیرد. چنین

حمایت مثبتی ادراک فرد از کیفیت زندگی را به شکل مثبتی تحت تأثیر قرارداده و در بسیاری از عادات وی نقش مثبتی خواهد داشت (تسنگ و همکاران، ۲۰۱۶، لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین رابطه مؤلفه دیگران با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی حرکتی معنی‌دار است. تعامل مثبت با دیگران و در نتیجه میزان ارزش متقابلی که بین کودکان با آسیب جسمی - حرکتی و دیگران وجود دارد ادراک آنان از میزان حمایتی که از دیگران می‌شود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چقدر این ادراکات مثبت و از لحاظ کمیت و کیفیت بالا باشد می‌تواند عادات مثبتی را در زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی ایجاد کند. مجموع این عادات مثبت در طی یک فرایند بهبود شرایط زیستی - اجتماعی وی را سبب خواهد شد (تسنگ و همکاران، ۲۰۱۶، لوتانز، ۲۰۱۲).

بر اساس نتایج می‌توان گفت که حمایت خانواده، دوستان و دیگران بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی اثرات زیادی دارد و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به‌عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهای ارزیابی کند. مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند. حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و دیگران یک کمک دو جانبه است که سبب ایجاد خودپنداره مثبت، خویشتن‌پذیری، احساس عشق و حرمت نفس می‌شود و در همه این موارد به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد را می‌دهد. دریافت بازخورد مناسب و حمایت‌گرانه از محیط، احساس شایستگی را ارتقاء می‌بخشد و تحول‌گرایش‌های فطری و خود نظم‌جویی را در

کودکان با آسیب جسمی - حرکتی تسهیل می‌نماید (لنگلند، ۲۰۱۱، استروب و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین بین سرمایه روان‌شناختی با عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی بر اساس یافته‌های پژوهش رابطه معناداری وجود دارد. در واقع سلامت روانی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی محسوب می‌شود. این امر از اهمیت بسیاری برخوردار است و تلاش برای دستیابی به زندگی مطلوب برای کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی همیشه یکی از دغدغه‌های نظام مراقبت و سلامت بوده است و متخصصان همیشه به دنبال یافتن راهی برای حیات مفیدتر و سازنده‌تر کودکان با آسیب جسمی - حرکتی بوده‌اند. بنابراین بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی است. رویکرد بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای سرمایه روان‌شناختی این کودکان بر توسعه انسانی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی تأکید دارد. با توجه به نقش بسزایی که بهزیستی در ابعاد مختلف زندگی روانی - اجتماعی و حتی جسمی فرد دارد، بدیهی است که هر یک از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه شناختی امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و کارآمدی سهم زیادی در بهبود وضعیت روانی و اجتماعی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی دارد و بر عادات زندگی آن‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند. بر اساس نتایج پژوهش خوش‌بینی با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی رابطه معناداری دارد. در موقعیت‌هایی که کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی دارای ویژگی‌هایی اعم از تحمل ابهام و قدرت مثبت‌اندیشی در مورد پدیده‌ها یا چالش‌ها را داشته باشند قادر خواهند بود که بر پیامدهای مثبت فعالیت‌های تحصیلی خود تمرکز بیشتری داشته و آینده‌نگری مثبت و همچنین آینده‌نگری خوش‌بینانه را سرلوحه فعالیت‌های خود قرار دهند. در این شرایط که آنان خوش‌بینی را با عنوان راهبرد تحصیلی خود در نظر می‌گیرند آن‌ها قادر خواهند بود که از مشکلات نهراسیده و تمام تلاش و کوشش خود را در جهت پیامدهای مثبت احتمالی به کار بگیرند. در چنین شرایطی می‌توان از آن‌ها انتظار داشت که عادات خود را بهبود داده و کیفیت بهتری را در زندگی خود تحقق ببخشند (گانگ و ماوو، ۲۰۱۶، شیاوه، ۲۰۱۴).

مؤلفه امیدواری با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی رابطه معناداری دارد. چنانکه کودکان دارای آسیب‌های جسمی- حرکتی از برانگیختگی لازم جهت پیگیری اهداف تحصیلی برخوردار باشند و در این راه بتوانند راه‌حلهای مختلفی را جهت تحقق اهداف تعیین شده امتحان کرده و امیدواری خود را در این فرایند حفظ کنند قادر خواهند بود بر سختی‌ها و مشکلات سر راه فائق آمده و شرایط مناسبی برای خود رقم بزنند همه این عوامل بهبود عادات زندگی آن‌ها را در پی خواهد داشت (لیسا جان وود، ۲۰۱۰، مکینز، ۲۰۰۸). تاب‌آوری نیز به‌عنوان مؤلفه‌ای از سرمایه روان‌شناختی با عادات کودکان با آسیب جسمی- حرکتی رابطه معنی‌داری دارد. در شرایطی که کودکان با آسیب جسمی- حرکتی دارای قابلیت تحمل شکست و نهراسیدن از آن را داشته باشند، قدرت لازم برای حل مشکلات و چالش‌های پیشروی تحصیلی و زندگی را خواهند داشت. این کودکان قادر خواهند بود استقلال خود در طی فرایند تحصیل را کسب کرده و در شرایط چالشی قدرت راه‌حل‌یابی لازم را بهبود ببخشند. استمرار این نوع قابلیت‌ها در این نوع کودکان پتانسیل لازم برای بهبود عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی فراهم ساخته و آن‌ها را جهت ارتقای کیفیت زندگی خود توانمند می‌سازد (یوشر، ۲۰۱۲، لانگلدن، ۲۰۱۱). خودکارآمدی نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است که رابطه آن با عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی تایید شده است. باید به این نکته اشاره کرد که دارا بودن اعتماد و اتکای بنفس در حل مساله و چالش‌های پیشرو و همچنین فعالیت‌های متنوع تحصیلی شرایط لازم برای خودکارآمدی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی فراهم کرده و به آن‌ها کمک می‌کند که اعتماد بنفس مناسبی برای تعیین اهداف تحصیلی و همچنین اشتراک اطلاعات با همکلاسی‌ها داشته باشند تا در راه بهبود کیفیت زندگی و همچنین کسب عادات‌های موفق عملکرد مناسبی داشته باشد (لی، ۲۰۰۷، گانگ و ماوو، ۲۰۱۶).

یافته‌های بدست آمده به دست آمده از این پژوهش مبتنی بر رابطه سرمایه روان‌شناختی، حمایت ادراک‌شده و عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی با پژوهش‌های داخلی بیرامی و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر اینکه والدین مددجویان توان‌بخشی



از کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به والدین بهنجار برخوردارند و با پژوهش احمدی، خدابخش و سرابندی (۱۳۹۱) مبنی بر این که نقش دلبستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر دیده می‌شود و با پژوهش حفیظی، قدسی و قاسمی (۱۳۹۱) مبنی بر این که بین بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دبستانی دارای کم‌توان ذهنی و سلامت روانی آن‌ها همبستگی وجود دارد. همچنین این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های خارجی که توسط فیندلر و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی و استرس بر سرمایه روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان جسمی تأثیر دارد و با پژوهش گانگ و ماوو (۲۰۱۶) مبنی بر تأثیر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بر عادات زندگی بیماران همسو است.

همچنین بر اساس تحلیل رگرسیون چند متغیره با روش به گام گام، متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و حمایت ادراک‌شده در سطح اطمینان ۰/۰۱ توانستند ۳۴ درصد از واریانس عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی را تبیین کنند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که می‌توان بر اساس هفت متغیر امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و خانوادگی، دیگران و دوستان، متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی را تبیین کرد. به عبارت دیگر نتایج نشان می‌دهند که ۳۴ درصد از پراکندگی مشاهده‌شده در متغیر عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی- حرکتی توسط این متغیرها تبیین می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرمایه روان‌شناختی توانایی پیشی‌بینی عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی- حرکتی را دارند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان متغیر ملاک توانایی پیش‌بینی عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی- حرکتی را دارد. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به‌عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده برای کودکان دارای آسیب جسمی- حرکتی یکی از عوامل مهم مهارکننده اثرات منفی تنش‌های مختلف است که در نهایت بر

عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی کمک می‌کند؛ زیرا کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی گروهی ناهمگون با دامنه‌ای وسیعی از آسیب‌ها هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از فلج مغزی، تحلیل عضلانی، صرع، اختلالات استخوانی و عضلانی، انواع قطع عضو، دیابت و محدودیت جسمانی. این شرایط زندگی این گروه را تا حد قابل‌ملاحظه‌ای تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد. در این راستا حمایت ادراک‌شده با فراهم کردن ارتباط با دیگران و دریافت بازخورد مناسب و حمایت‌گرانه از محیط بر کیفیت زندگی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی کمک می‌کند. حمایت اجتماعی به‌عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری فرد در شرایط تنیدگی و تحمل شرایط تنش‌زا معرفی شده است. همچنین حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای بین عوامل تنیدگی‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت با کاهش تنش تجربه شده، موجب بهبود سلامت روانی و جسمانی و کیفیت زندگی در کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی می‌شود.

حمایت اجتماعی ادراک‌شده عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی را ارتقاء می‌دهد و باعث می‌شود مشارکت اجتماعی این کودکان به‌عنوان نتیجه تعامل بین ویژگی‌های فردی شخص که به سیستم ارگانیک و توانایی‌های وی مرتبط هستند یا همان عوامل درون فردی و دیدگاه‌های محیطی متعددی که پیرامون محیط زندگی وی وجود دارد، بهبود یابد. سرمایه روان‌شناختی نیز به‌عنوان متغیر ملاک توانایی پیش‌بینی عادات زندگی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی را دارد. بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم‌شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی کودکان دارای آسیب جسمی - حرکتی منتهی می‌شود؛ بنابراین؛ بهزیستی روانی شامل احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است. افراد با احساس بهزیستی بالا به‌طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. از سویی، افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را

نامطلوب ارزیابی و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند.

نتایج به دست آمده از این مطالعه پژوهش بر پیش‌بینی عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی توسط متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با پژوهش‌های داخلی که توسط تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳) انجام شده همسو است. همچنین با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های خارجی که توسط میکولا و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی درک شده بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است و با پژوهش شیاوه (۲۰۱۴) مبنی بر این که سطوح بالایی از حمایت اجتماعی در طول یک ماه باعث می‌شود که خطر ابتلاء به افسردگی در بین این زنان کاهش یابد و با پژوهش مکینز (۲۰۰۸) مبنی بر این که سرمایه روان‌شناختی در بهبود سلامت روانی مؤثر است همخوانی دارند.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روانی راهبردهای عملی و اجرایی را در جهت افزایش میزان حمایت اجتماعی و تقویت سرمایه روان‌شناختی به کار گیرند. همچنین، ضروری است تا به موضوع عادات زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی توجه ویژه‌ای شود تا به منابع ارزشمندی نظیر عزت‌نفس، دانش و آگاهی و مهارت‌های زندگی مجهز شوند که بتواند به بهبود و یا ارتقاء سلامت روانی آنان کمک نماید. با توجه به محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود این پژوهش در تعداد نمونه‌های بیشتر و در مناطق مختلف کشور اجرا شود. همچنین پژوهش‌هایی در زمینه بررسی عادات زندگی کودکان با آسیب‌های دیگر که برای درمان کودکان خود به کلینیک‌های توان‌بخشی مراجعه نمی‌کنند نیز انجام شود. از آنجا که این پژوهش برای اولین بار در کشور انجام شده بود پیشنهاد می‌شود نقش پدران و دیگر اعضای خانواده در افزایش یا کاهش کیفیت زندگی کودکان با آسیب جسمی - حرکتی نیز بررسی شود.

## تشکر و قدردانی

از همه مادران دارای کودک با ناتوانی جسمی-حرکتی به دلیل مشارکت در پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

## منابع

- احمدی خ، شیخ، م؛ سرابندی، ح. (۱۳۹۱). نقش دلبستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۱): ۹-۱
- باوی، س. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه بین خودبیمارانگاری و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان شهرستان اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اسلامی، واحد اهواز.
- بیرامی، م؛ موحدی، ی؛ خدایاری، ف. (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توان‌بخشی با والدین کودکان بهنجار. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۳(۲)، ۳۳-۴۰.
- تقی‌زاده، ح؛ افروز، غ. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲(۱۲۴)، ۷-۱۷.
- حفیظی، ل؛ قدسی، ک؛ قاسمی، م. (۱۳۹۱). بررسی همراهی ازدواج فامیلی و بروز معلولیت‌های جسمی-حرکتی. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۵(۱۳)، ۱۰-۱۵.
- حیدری‌ساریان و. (۱۳۹۳). نقش سرمایه روان‌شناختی در ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی در مناطق روستایی مطالعه موردی: شهرستان مشکین‌شهر. *فصلنامه علمی-پژوهشی و بین‌المللی انجمن جغرافیای ایران*، ۱۲(۴۲)، ۲۳۹-۲۵۵.
- خباز، م؛ بهجتی، ز؛ ناصری، م (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در پسران نوجوان. *روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۴)، ۱۰۸-۱۲۳.

شامکوییان، ل؛ لطفی کاشانی، ف؛ وزیری، ش؛ اکبری، م. ا. (۱۳۹۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان. *نشریه روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسی ایرانی)*. ۱۰ (۳۹)، ۲۹۵-۲۸۵.

صالحی، ک؛ محمودی‌فر، ی. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی در بیماران تحت همودیالیز بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد. *نشریه پژوهش پرستاری*. ۹ (۱)، ۳۳-۴۷.

غباری‌بناب، ب؛ رفیع‌خواه م؛ مهاجرانی؛ م. (۱۳۹۳). رابطه دلبستگی به خدا و حمایت اجتماعی ادراک شده با رشد پس از آسیب در مادران کودکان با کم‌توانی جسمی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۱ (۱)، ۱-۱۴.

مرتضوی، س. ن؛ رضایی، م؛ رصافیانی، م؛ طباطبایی، س. م. میرزاخانی، ن؛ صحاف، ر. (۱۳۹۲). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه عادات زندگی (LIFT-H) در کودکان فلج مغزی ۵ تا ۱۳ ساله، *فصلنامه علمی پژوهشی توان‌بخشی*، ۱۴ (۲): ۱۲۳-۱۱۵.

نریمانی، م؛ شاه محمدزاده، یحیی؛ امیدوار، ع؛ امیدوار، خ. (۱۳۹۳) مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های عاطفی در بین دانش‌آموزان پسر با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. ۴ (۱)، ۱۱۸-۱۰۰.

همتی‌راد، گ؛ سپاه منصور، م. (۱۳۸۷). رابطه بین استرس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۲ (۷)، ۸۶-۷۹.

Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A., Moe. (1997).revalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian radium hospital. *European Journal of Cancer*, 33 (10), 1597-1604

Bovier, P. A., Chamot, E., & Pereger, T. V. (2006). Percieved stress, internal resources and social support as determinats of health among young adults. *Quality of Life Research*, 13, 161-170

- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Anderson, A., & Miller, M. E. (2016). The Effects of Telephone-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy and Nondirective Supportive Therapy on Sleep, Health-Related Quality of Life, and Disability. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 72(10):1012-20
- Buder, K., Werner, H., Landolt, M. A., Neuhaus, T. J., Laube, G. F., & Spartà, G. (2016). Erratum to: Health-related quality of life and mental health in parents of children with hemolytic uremic syndrome. *Pediatric Nephrology*, 31(6):923-932
- Ferrari, M., & Sussman, M. B. (Eds.). (2016). *Childhood disability and family systems*. Routledge.
- Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 44-54.
- Garip, Y., Ozel, S., Tuncer, O. B., Kilinc, G., Seckin, F., & Arasil, T. (2016). Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 25:1-6
- Geelen, C. C., Kindermans, H. P., Bergh, J. P., & Verbunt, J. A. (2016). Perceived Physical Activity Decline as a Mediator in the Relationship between Pain Catastrophizing, Disability, and Quality of Life in Patients with Painful Diabetic Neuropathy. *Pain Practice*, 23: 87-96
- Gong, G., & Mao, J. (2016). Health-Related Quality of Life among Chinese Patients with Rheumatoid Arthritis: The Predictive Roles of Fatigue, Functional Disability, Self-Efficacy, and Social Support. *Nursing Research*, 65(1), 55-67.
- Gülaçt, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. *Social and Behavioral Sciences*, 2 (2), 3844–3849
- Harpham, T. Grant, E., & Rodriguez. C. (2008). Mental Health and Social capital in Cali. Colombia. *Social Science and medicine*. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2267-77.
- Holtgrave, D. R., Crosby, R. A. (2006). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, Chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Journal of Public Health Medicine*, 79 (1), 62-4.
- Jan, w. L. (2010). *Social capital, neighbor-hood environments and health: development of measurement tools and exploration of links through qualitative and quantitative research*. PhD. Dissertation. School of Population Health, the University of Western Australia

- Knoll, N., Schwarzer, R., Pfüller, B., & Kienle, R. (2007). Transmission of depressive symptoms in couples undergoing assisted reproduction treatment. *European Psychologist, 14*, 7-17
- Langeland, E. S. (2011). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 830-837
- Lawshe, H. C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology, 28*(4), 563-575.
- Lee, E. H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 27* (5), 425-433
- Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly, 23* (1), 1-8
- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2016). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 4*(1), 22-46.
- Magasi, S., & Post, M. W. (2010). A comparative review of contemporary participation measures' psychometric properties and content coverage. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 91*(9), S17-S28.
- McKenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. *Global Social Policy, 8*(3), 359-377.
- Mechanick, J. I., & Kushner, R. F. (2016). Why Lifestyle Medicine? In *Lifestyle Medicine* (pp. 1-8). Springer International Publishing.
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., & van Dijk, J. P. (2016). Self-esteem, social participation, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of health psychology, 13* (5), 53-72.
- Mitry, D., Williams, C., Northstone, K., Akter, A., Jewel, J., Khan, N., & Bowman, R. (2016). Perceptual visual dysfunction, physical impairment and quality of life in Bangladeshi children with cerebral palsy. *British Journal of Ophthalmology, 28* (8), 12-29.
- Noreau, L., Fougeyrollas, P., & Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability, 14*(3), 113-118.
- Piazza, B., Hennrikus, W., Schell, R., Armstrong, D., & Fortuna, K. (2016). The Factors Most Important for Quality of Life in Children and Adolescents with Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Neurology and Medicine, 2016*.

- Shyaheh, S. (2014). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 573-579.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, (7), 24, 1050-103.
- Tseng, M. H., Chen, K. L., Shieh, J. Y., Lu, L., Huang, C. Y., & Simeonsson, R. J. (2016). Child characteristics, caregiver characteristics, and environmental factors affecting the quality of life of caregivers of children with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 12:1-9.
- Usher, C., M., & Mark, I.G (2012). Social capital and Mental Distress in an Impovershid community. *City & community jurnal*, 28, 199-222.