فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹

نقش باور دینی و سبک مدارا در پیش بینی سلامت عمومی مادران دارای کودک دچار ناتوانی ذهنی

یاسر رضاپورمیرصالح*، کیانوش عبدی**، محمدهادی صافی**، محمد قاسمی***

طرح مسئله: *پژوهش حاضر به مقایسهٔ نقش گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله با استرس در پیش بینی سلامت عمومی (اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علایم بدنی، افسردگی و اضطراب) مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی بامادران دارای کودک عادی می‌پردازد.*

روش: *در پژوهش حاضر سعی شده است که همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه بررسی و مقایسه شود. به همین منظور ۱۲٤ مادر دارای کودک دارای ناتوانی ذهنی و ۱۲٤ مادر دارای کودک عادی به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با یکدیگر همتا شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: مقیاس مذهب گرایی اسلامی، شیوه‌های مقابله با استرس و سلامت عمومی.*

یافته‌ها: *یافته‌های پژوهش بیان‌گر آن بود که مادران دارای کودک ناتوان ذهنی نسبت به مادران دارای کودک عادی از اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علایم بدنی، افسردگی و اضطراب بیش‌تری برخوردارند. مذهب گرایی نقش بسیار عمده‌ای در یافتن معنا و در نتیجه افزایش سلامت عمومی مادران کودک دارای ناتوانی ذهنی دارد. سبک مقابلهٔ ارزیابی مثبت در مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی نسبت به مادران دارای کودک عادی نقش بیش‌تری در افزایش عمل‌کرد اجتماعی و سلامت عمومی دارد.*

نتایج: *یکی از مؤثرترین شیوه‌های ارتقاء عمل‌کرد جسمانی، روانی و اجتماعی مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی و کمک به آن‌ها در پذیرش کودک ناتوان خود و یافتن معنا در زندگی، ارائهٔ آموزه‌های مذهبی به آن‌ها است. همچنین آموزش به ماردان در پذیرش کودک ناتوان خود به عنوان منبعی برای رشد، شادکامی و نزدیکی خانوادگی (سبک مقابلهٔ ارزیابی مثبت) می‌تواند در ارتقاء عمل‌کردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها نقش قابل توجهی داشته باشد.*

کلیدواژه‌ها: سبک‌های مقابله با استرس، سلامت عمومی، گرایش‌های مذهبی، ناتوانی ذهنی

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۱۰ ***تاریخ پذیرش:*** ۸۹/۶/۲۴

* دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی <yrezapoor@ yahoo.com>

** کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی

*** محمد قاسمی کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

کیس (۲۰۰۲) سلامت روانی را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی[1]) و عمل‌کرد[2] مثبت (بهزیستی اجتماعی[3] و روانشناختی[4]) تعریف می‌کند. به نظر وی سلامت روانی با وجود کامیابی[5] و عدم وجود سستی و ضعف[6] رابطه دارد. نگهداری طولانی مدت از کودک دارای ناتوانی ذهنی موجب می‌شود مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی با مشکلات زیادی در وضعیت سلامت خود مواجه شوند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مادران دارای کودک ناتوانایی ذهنی سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت روانی و سلامت جسمانی را نشان می‌دهند (موورداچ واُگستون، ۱۹۸٤؛ رومنز ـ کلارسون و همکاران، ۱۹۸٦؛ بون، ۱۹۸٦؛ امرسون، رابرتسون و وود، ۲۰۰٤؛ لارویک و همکاران، ۲۰۰٦). تولد کودک دارای ناتوانی ذهنی شوک بزرگی برای والدین او محسوب می‌شود (بون، ۱۹۸٦). کومینگز، بایلی و ری (۱۹٦٦) گزارش کردند که مادران دارای کودکان ناتوانی ذهنی احساس پریشانی[7] و افسردگی بیش‌تری نسبت به مادران کودکان عادی[8] داشتند و نسبت به آن‌ها در کنترل خشم کودک خود مشکل بیش‌تری داشتند. مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی سطوح بالایی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی را نسبت به مادران دارای کودک عادی تجربه می‌کنند و این استرس ناشی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی با سطح سلامت روانی و بهزیستی[9] پایین آن‌ها رابطه دارد (فلوید و کالاگر، ۱۹۹۷). رومنز ـ کلارکسون گزارش کردند که مادران کودکان معلول ذهنی نشانه‌های روان‌پزشکی بیش‌تری را نسبت به مادران کودکان عادی نشان می‌دهند و تعارضات[10] موجود در روابط زناشویی آن‌ها اغلب منجر به طلاق در آن‌ها می‌شود. ایمرسون (۲۰۰۳) نشان داد که داشتن یک کودک دارای ناتوانی ذهنی مثبت اندیشی[11] و سلامت روانی مادر را کاهش می‌دهد.

1. emotional well-being
2. function
3. social wellbeing
4. psychological well-being
5. flourishing
6. languishing
7. preoccupied
8. normal
9. well-being
10. conflicts
11. screeninig positive

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز حاکی از آن است که مادران دارای کودک دارای ناتوانی ذهنی، وضعیت سلامت پایین‌تری نسبت به مادران دارای کودکان بدون ناتوانی ذهنی دارند (قمری، ۱۳۸۲؛ کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی، ۱۳۸۷). مادران کودک دارای ناتوانی ذهنی بیش‌تر از پدران آن‌ها درگیر مشکلات کودک خود می‌شوند، درحالی‌که پدران اغلب مسئولیت کم‌تری را در این باره می‌پذیرند(بریسلو، سالکور و استاوک، ۱۹۸۲؛ روچ، اورسموند و باراچ، ۱۹۹۹). فقدان مشارکت همسر در کشورهای خاور میانه نیز بیش‌تر به چشم می‌خورد (زهر و هتر ـ پولار، ۱۹۹۸)، بنابراین مادران بیش‌تر در معرض مشکلات روان‌شناختی هستند. از طرفی، مادرانی از فرهنگ‌های متفاوت، فشار مراقبت[1] متفاوتی را تحمل می‌کنند (هلر، مارک واردت، رویتز و فربر، ۱۹۹٤). بنابراین هنگام مطالعهٔ مشکلات و چالش‌های مادران کودک دارای ناتوانی هوشی، باید به تفاوت‌های فرهنگی آنان توجه داشت. مطالعهٔ حاضر با درک اهمیت این مسائل به بررسی دو عامل درونی می‌پردازد که باتوجه به فرهنگ جامعهٔ ایرانی انتظار می‌رود بر وضعیت سلامت مادران ایرانی دارای کودک ناتوان ذهنی تأثیر گذار باشد. این عوامل عبارتست از گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله که توضیح هر یک از آن‌ها در زیر می‌آید:

چهارچوب نظری و پیشینهٔ تحقیق

گرایش‌های مذهبی

مذهب یکی از عواملی است که با توجه با بافت مذهبی جامعهٔ ایران، انتظار می‌رود نقش مهمی در سلامت مادران کودک دارای ناتوانی ذهنی داشته باشد. میلتیادز و پروچنو (۲۰۰۲) ۷۱ مادر سیاه پوست دارای کودک ناتوان ذهنی را با ۷۱ مادر سفید پوست دارای کودک ناتوان ذهنی مقایسه کردند. آن‌ها دریافتند که مادران سیاه پوست نسبت به مادران سفید پوست بیش‌تر از مقابلهٔ مذهبی استفاده می‌کردند و مقابلهٔ مذهبی در آن‌ها با رضایت

1. burdens of care

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

از مراقبت رابطهٔ مثبت داشت. این مطالعه نشان از تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی در رابطهٔ بین مذهب و رضایت از مراقبت مادران دارد. نایتیگل (۲۰۰۳) گزارش کرد که مذهب و معنویت به مراقبان در مواجهه با چالش‌های سخت مراقبت از بیماران کمک می‌کرد. مطالعات بسیاری نشان می‌دهند که مذهب/معنویت با سلامت مراقبان ارتباط مستقیم دارد (موری–سونک، ۲۰۰۶؛ چنگ، نونان و تینستد، ۱۹۹۸؛ پیرنس، استینر، هاونس و تورموهلن، ۲۰۰۸). با این حال، هبرت، وینستین، مارتیر و اسکولز (۲۰۰۶) با انجام یک مطالعه مروری در رابطه بین مذهب/معنویت با بهزیستی مراقبان دریافتند که اکثر مطالعات انجام شده، رابطهٔ درهم[1] و نامشخصی[2] (برای مثال ترکیبی از تأثیرات مثبت، منفی، یا نتایج غیر معنی دار) بین مذهب/معنویت و بهزیستی مراقبان گزارش کرده‌اند. آن‌ها با بررسی ده مطالعه که رابطهٔ بین مذهب/معنویت با بهزیستی مراقبان در قومیت‌های مختلف را مورد ارزیابی قرار داده بود، دریافتند که رابطهٔ بین مذهب/معنویت و بهزیستی مراقبان در قومیت‌های مختلف متفاوت است. به طور کلی اکثر مطالعات نشان دهندهٔ رابطهٔ مستقیم بین مذهب و وضعیت سلامت در افراد است. ری و ونگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان دادند که از میان ٤٣ پژوهش انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت روانی، ٨٤ درصد آن‌ها رابطهٔ مثبتی را میان این دو پیدا کردند. کوینگ، مک کالو و لارسون (۲۰۰۱) گزارش کردند که از میان ۸۵۰ پژوهشی که رابطهٔ بین مذهب و سلامت روانی را بررسی می‌کرد، دو سوم آن‌ها رابطهٔ مثبت و معنی داری را میان عمل به باورهای مذهبی و سلامت روانی پیدا کرده بودند. رابطهٔ مثبت بین وضعیت سلامت و گرایش‌های مذهبی در بافت مذهبی جامعهٔ ایرانی نیز به خوبی مورد بررسی قرار گرفته است (برای مثال، آرین، خدیجه، ۱۳۷۸؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳). خصوصاً نقش گرایش‌های مذهبی در یافتن معنی برای مراقبت از افراد نیازمند به خوبی دیده می‌شود (راوری و همکاران، ۲۰۰۹).

1. mix 2. unclear

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سبک‌های مقابله

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که والدین کودک دارای ناتوانایی ذهنی به دلیل فشارهای ناشی از مراقبت طولانی مدت از کودک خود استرس بیش‌تری را نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی تجربه می‌کنند(برای مثال، دومس، ولف، فیسمن و کولیگان، ۱۹۹۰؛ دیسون، ۱۹۹۷؛ ساندرز و مورگان، ۱۹۹۷؛ برون و برنستون، ۱۹۹۸؛ هور و همکاران، ۱۹۹۸، روچ و همکاران، ۱۹۹۹). افزایش استرس لزوماً منجر به فقدان سازگاری و یا بد عمل‌کردی اعضای خانواده کودک ناتوان ذهنی نمی‌شود(ری، ۲۰۰۵؛ ویز، ۲۰۰۲). مطالعات نشان می‌دهد که اکثر خانواده‌هایی که از یک منبع مقابله مناسب استفاده می‌کردند، عمل‌کرد بهتری داشتند (برای مثال، کاستیگان، فلوید، هارتر و مک کلینتوک، ۱۹۹۷؛ کیم، گرینبرگ، سلتزر و کراس، ۲۰۰۳). هنگامی که افراد در یک موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرند، سعی می‌کنند از فشارهای روانی ناشی از آن موقعیت با استفاده از شیوه‌های مقابله مناسب اجتناب کنند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸٤) دو شیوهٔ مقابلهٔ عمده را تعریف می‌کنند: مسئله محور[1] و هیجان محور[2]. مقابلهٔ مسئله محور شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری مبتنی بر حل مسئله[3] است که به تغییر یا مدیریت موقعیت پرتنش[4] کمک می‌کند. از طرفی دیگر، مقابله هیجان محور شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری است که فشار هیجانی[5] را کاهش یا مدیریت می‌کند، اما مستقیماً روی حل مسئله متمرکز نمی‌شوند. مطالعات زیادی نشان می‌دهند که سبک مقابله مسئله محور در مراقبان با کاهش افسردگی و فشار روانی همراه است (هیلی و همکاران، ۱۹۸۷؛ سلتزر و همکاران، ۱۹۹۵؛ پاتریک و هایدن، ۱۹۹۹) و استفاده از سبک مقابلهٔ هیجان محور در طولانی مدت با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است (آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷؛ مولر و ریچاردز، ۱۹۹۲؛ کلینگ و سلتزر و ریف، ۱۹۹۷؛ ایسکس، سلتزر و کروس، ۱۹۹۹).

1. problem-focused coping
2. emotion-focused coping
3. problem-solving
4. stressful
5. emotional distress

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

تحقیقات نشان می‌دهند که سطوح استرس والدین و مشکل در عمل‌کرد خانوادگی در خانواده‌های دارای کودک دارای ناتوانایی، یک واکنش غیر قابل اجتناب[1] نسبت به داشتن کودک ناتوان نیست (بایرن و کانیگهام، ۱۹۸۵؛ هاستینگ، آلن، مک درموت و استیل، ۲۰۰۲). بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی می‌تواند در برنامه‌ریزی برای بهبود وضعیت سلامت آن‌ها نقش مهمی داشته باشد. از سویی دیگر، مطالعات نشان می‌دهند که وضعیت سلامت مادران دارای کودک باناتوانی ذهنی و عوامل مؤثر بر آن در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (هلر، مارک واردت، رویتز و فربر، ۱۹۹٤). به همین دلیل لزوم مطالعات بیش‌تر خصوصاً در جوامعی که مطالعات کمی روی وضعیت سلامت مادران کودکان با ناتوانی ذهنی انجام شده است ضروری است. هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی نقش گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله در پیش بینی سلامت عمومی در مادران کودکان با ناتوانی ذهنی و مقایسهٔ آن با مادران کودکان طبیعی بود. با توجه به این هدف دو سئوال زیر طراحی شد: ۱- کدامیک از متغیرهای گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله قادر به پیش بینی درصد معنی داری از واریانس سلامت عمومی در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی هستند؟، ۲- چه ترکیبی از این عوامل می‌تواند پیش بینی کنندهٔ قوی‌تری برای سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در مقایسه با مادران کودکان طبیعی باشد؟

روش مطالعه

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ توصیفی ـ تحلیلی، مقطعی است که در سال ۱۳۸۸ انجام پذیرفته است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه مادران دارای کودک با و بدون ناتوانی ذهنی ساکن مناطق ۵ و ٦ شهر تهران. نمونهٔ پژوهش شامل ۱۲٤ نفر از مادران

1. inevitable

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

دارای کودک با ناتوانی ذهنی و ۱۲٤ نفر از مادران دارای کودک طبیعی می‌شد که به صورت خوشه‌ای با مراجعه به چهار مرکز نگهداری کودکان دارای ناتوانی ذهنی و سه دبستان مناطق ۵ و ٦ تهران انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا تمام مراکز نگهداری کودکان دارای ناتوانی ذهنی و تمام دبستان‌های واقع در منطقه ۵ و ٦ لیست شدند و سپس به صورت تصادفی از میان آن‌ها چهار مرکز نگهداری و سه دبستان به طور تصادفی انتخاب شدند. مطالعات نشان می‌دهند که وضعیت اجتماعی-اقتصادی در وضعیت سلامت مادران کودکان دارای ناتوانایی ذهنی تأثیر گذر است (برای مثال، انگل هارت، بروبکر، لوتزر، ۱۹۸۸؛ سلتزر و کراوس، ۱۹۸۹؛ ایمرسون، ۲۰۰٤؛ چن، ریان-هنری، هلر و چن، ۲۰۰۱). به همین دلیل ما قصد داشتیم نمونه‌ای انتخاب کنیم که از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی تا حدی شبیه به هم باشند. به دلیل این‌که بر اساس فرهنگ جامعه ایرانی افراد در پاسخ گویی به سئوال مستقیم دربارهٔ وضعیت اقتصادیشان اکراه دارند، با فرض این‌که محل سکونت نشان دهندهٔ سطح اقتصادی افراد است، نمونهٔ پژوهش تنها از دو منطقه سکونت انتخاب شد. با توجه به برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی اثر گذار بر روی وضعیت سلامت مادران کودکان دارای ناتوانایی ذهنی (سلتزر و کراوس، ۱۹۸۹؛گرینبرگ، سلتزر و گرینلی، ۱۹۹۳؛ السون و هوانگ، ۲۰۰۱؛ اسمیت، توبین و فولمر، ۲۰۰۵)، مادرانی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند که متأهل بودند، دامنهٔ سنی آن‌ها بین ۵۰-۲۵ سال بود، و کودکان آن‌ها دارای ضریب هوشی ۵۰-۲۵ بودند و در دامنهٔ سنی ۱۳-٦ سال قرار داشتند. مادران دارای کودکان طبیعی نیز از بین افراد ۵۰-۲۵ ساله‌ای انتخاب شدند که کودک آن‌ها نیز در محدوده سنی ۱۳-٦ قرار داشت. با این توصیف عملاً اثرات سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها به دلیل شباهت منطقهٔ زندگی و نیز سن کودک به دلیل محدود کردن دامنهٔ انتخاب، کنترل گردید.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ابزار سنجش

مقیاس مذهب گرایی اسلامی (IRS): مقیاس مذهب گرایی[1] اسلامی توسط بهرامی احسان (۱۳۸٤) در ایران ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ٦٤ آیتم است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس از چهار عامل مذهب‌گرایی[2]، سازمان نایافتگی مذهبی[3]، ارزنده سازی مذهبی[4]، و کام‌جویی[5] تشکیل شده است (بهرامی احسان، ۱۳۸٤). عامل جهت‌گیری مذهبی از گویه‌هایی تشکیل شده است که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم رابطهٔ عمیق و قلبی با خدا، رابطه با مردم بر اساس آموزه‌ای دینی، اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی، و عاقبت گرایی و توجه به آخرت را در بر می‌گیرد. عامل سازمان نایافتگی مذهبی از گویه‌ها و ماده‌هایی تشکیل شده است که ویژگی عمومی آن تردید، دودلی، ناخوشنودی از زندگی و حیات و پریشانی خاطر است. معنای عمومی مواد موجود در گویه‌های عامل ارزنده سازی مذهبی یا مناسک گرایی غالبا با ارزیابی مثبت و همراه با قیدهای جدی در مناسک مذهبی و ارزنده سازی مذهبی است. معنای عمومی و غالب عامل کام‌جویی شامل مضامینی نظیر لذت طلبی و ترجیح آن، عدم اعتقاد عمومی به مذهب، تفسیر شخصی از دستورات مذهبی و لذت جویی است (بهرامی احسان، ۱۳۸٤). در پژوهشی روایی محتوایی[6] و سازه[7] این مقیاس بررسی و تأیید شد و ضریب پایایی[8] آن ۰/۸۹ به دست آمد (بهرامی احسان، ۱۳۸٤). در پژوهشی دیگر میزان همگرایی این مقیاس با مقیاس عمل به باورهای مذهبی[9] (گلزاری، ۱۳۸۱) بررسی شد، نتایج حکایت از همبستگی بسیار بالای این دو آزمون در تمام زمینه‌ها داشت (بهرامی احسان، ۱۳۸٤). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸٤ محاسبه شد.

1. Islamic Religiosity Scale
2. religiosity
3. religious disorganization
4. religious pretentiousness
5. hedonism
6. content validity
7. construct validity
8. reliability
9. religious practice scale

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

پرسش‌نامه سبک‌های مقابلـه[1] (WOCQ): ایـن پرسـش‌نامـه کـه توسـط فـولکمن و لازاروس[2] (۱۹۸۵) طراحی شده و شامل ٦٦ ماده است که بـر پایـهٔ مقیـاس چهـار رتبـه‌ای لیکـرت تنظـیم شـده اسـت (لازاروس، ۱۹۹۳). ایـن پرسـش‌نامـه هـشت روش مقابلـه را ارزش‌یابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلـی مـسئله محـور و هیجـان محـور تقـسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله مسئله محور شـامل جـستجوی حمایـت اجتمـاعی[3]، مـسئولیت پذیری[4]، حل مدبرانهٔ مسئله و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های مقابله هیجان محـور شـامل رویارویی[5]، دوری‌گزینی[6]، خویشتن‌داری[7] و گریز ـ اجتناب[8] می‌شود که در زیر تعریف هر یک از آن‌ها می‌آید: جستجوی حمایت اجتماعی تلاش‌هـایی را توصـیف مـی‌کنـد کـه در جستجوی حمایت اطلاعاتی و هیجانی از اطرافیان هستند. مسئولیت پذیری، پذیرش نقـش خویش در مشکل است که با تلاش در جهت قرار دادن هر چیز در جـای درسـت همـراه است. حل مدبرانه مسئله توصیف کنندهٔ تلاش‌های اندیشمندانهٔ مشکل مدار، جهـت تغییـر موقعیت است که با روی‌آوری به تحلیل مسئله همراه است. ارزیابی مجدد مثبت توصـیف کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی معنـای مثبـت مـی‌آفرینـد. رویـارویی توصیف کننده تلاش‌های پرخاش‌گرانه جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطر طلبی را ارائه می‌دهد. دوری گزینی توصیف کنندهٔ تـلاش‌هـای شـناختی بـرای جـدا کردن خویش و به حداقل رساندن اهمیت موقعیت اسـت. خویـشتن داری تـلاش‌هـایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کنند. گریز- اجتناب توصیف کننده تفکر آرزویی و تلاش‌های رفتاری جهت گریز یا اجتناب از مشکل است. ایـن مقیـاس بـا مقیاس دوری‌گزینی که بیان‌گـر گـسیختگی مـی‌باشـد متفـاوت اسـت (لازاروس، ۱۹۹۳). لازاروس (۱۹۹۳) ثبـات درونـی مقیـاس‌هـا را از ۰/۷۹ تـا ۰/٦٦ =α را بـرای هـر یـک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده اسـت. زیـن العابـدینی (۱۳۸۳) و هاشـم‌زاده (۱۳۸۵) آلفـای

1. ways of coping questionnaire
2. Folkman & Lazarus
3. seeking social support
4. accepting responsibility
5. confrontive
6. distancing
7. self-controlling
8. escape-avoidance

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

کرونباخ آزمون را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۹ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی (GHQ-28): پرسش‌نامهٔ ۲۸ سئوالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلیر[1] (۱۹۷۹) طراحی نمودند (استوارا، ۱۳۷۷). تحلیل عاملی این پرسش‌نامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس علایم بدنی، اضطرابی، اختلال در عمل‌کردهای اجتماعی و افسردگی است که هر خرده مقیاس هفت پرسش را در بر می‌گیرد. این آزمون علایم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایهٔ مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمرهٔ بالا در این مقیاس نشان دهندهٔ علایم مرضی بیش‌تر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. بالاترین نمره ۸٤ است و نمره برش آن که افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد ۲۳ است (استورا، ۱۳۷۷). علوی (۱۳۸٦) در پژوهشی که روی هنجاریابی و بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی انجام داد، ضریب آلفای آن را ۰/۹۳ و همبستگی آن ر با چهار خرده مقیاس آزمون SCL-90، ۰/٦۹ به دست آورد که در سطح ۰/۰۱ =α معنادار بود. همچنین اعتبار بازآزمایی آن را ۰/٦۲ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۲ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی با مسئولان و مربیان مراکز نگهداری کودکان عقب ماندهٔ ذهنی و مدیر دبستان‌های انتخاب شده، مادران کودکانی که شرایط شرکت در پژوهش را درا بودند، شناسایی شدند. ملاک انتخاب مادران کودکان دارای ناتوان هوشی در سطح تربیت پذیر، ارزیابی‌هایی بود که در هنگام ثبت نام در مراکز نگهداری از کودک آن‌ها شده بود. ابتدا توضیحاتی را دربارهٔ تحقیق، اهداف، مزیت‌های آن و نحوهٔ کامل کردن پرسش‌نامه‌ها به

1 . Goldberg & Hillier

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مادران ارائه شد و به آن‌ها نسبت به محرمانه ماندن مشخصات آن‌ها اطمینان داده شد. سپس از مادران خواسته شد به پرسش‌نامه‌های ارائه شده به دقت پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌های به دست آمده به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در هر دو گروه مادران با و بدون کودک دارای ناتوانی ذهنی در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون t نشان می‌دهد که میانگین اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی از مادران کودکان طبیعی بیش‌تر است (p<۰/۰۰۱).

جدول۱: مقایسهٔ میانگین‌های زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بامادران دارای کودک عادی

متغیرها	مادران دارای کودک ناتوان ذهنی M SD	مادران دارای کودک عادی M ± SD	t	df	P
اختلال در عمل‌کرد اجتماعی	۷/٦۸ ± ۳/٦۳	٦/۱۰ ± ۲/٤٦	٥/۸۹	۲٤٦	۰/۰۰۰
علائم جسمانی	۷/۰٦ ± ٤/۰۸	٤/٤۰ ± ۲/۹٥	٤/۷۹	۲٤٦	۰/۰۰۰
اضطراب	۷/۸۸ ± ٤/٦۲	٥/٥٦ ± ۲/۷۹	۳/۹۲	۲٤٦	۰/۰۰۰
افسردگی شدید	٤/٥۲ ± ٤/۹۸	۱/٤۳ ± ۱/۹۸	٦/٤۲	۲٤٦	۰/۰۰۰
نمرهٔ کل سلامت عمومی	۲۷/۲۹ ± ۱٤/۷۳	۱۷/٤۹ ± ۷/۰۷	٦/٦۸	۲٤٦	۰/۰۰۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

به منظور پاسخ به سئوال اول پژوهش حاضر، نتایج آزمون همبستگی میان گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله با استرس با زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در جدول ۲، و در مادران کودکان عادی در جدول ۳ آورده شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد مذهب‌گرایی و ارزنده سازی مذهبی رابطهٔ معنی‌دار منفی با نمرهٔ کلی سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علائم جسمانی و افسردگی در هر دو گروه مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی دارد ($p<۰/۰۵$). ضرایب همبستگی به دست آمده نشان می‌دهد که مذهب گرایی و ارزنده سازی مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی، نقش مهم‌تری در پیش بینی زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، خصوصاً اختلال در کارکرد اجتماعی دارد. بین سازمان نایافتگی مذهبی و تمام زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در هر دو گروه ماردان نیز همبستگی معنی‌دار مثبت به دست آمد ($p<۰/۰۱$)، اما همبستگی بین کام‌جویی و زیر مقیاس‌های سلامت عمومی (به غیر از علائم جسمانی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی) در هیچ یک از دو گروه مادران معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$). (لازم به ذکر است که نمرهٔ بالا در پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی نشان دهندهٔ سلامت عمومی پایین است).

جدول ۲: ضرایب همبستگی گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله با زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی

متغیرهای وابسته	متغیرهای مستقل	اختلال در عمل‌کرد اجتماعی	علائم جسمانی	اضطراب	افسردگی شدید	نمره کل سلامت عمومی
گرایش‌های مذهبی	مذهب گرایی	$-۰/۳۱^{***}$	$-۰/۲۸^{***}$	$-۰/۲۱^{*}$	$-۰/۳۲^{***}$	$-۰/۳۲^{***}$
	ارزنده سازی مذهبی	$-۰/۲۶^{**}$	$-۰/۲۲^{**}$	$-۰/۱۷^{*}$	$-۰/۲۹^{***}$	$-۰/۲۷^{***}$
	سازمان نایافتگی مذهبی	$۰/۴۱^{***}$	$۰/۵۰^{***}$	$۰/۴۳^{***}$	$-۰/۵۹^{***}$	$۰/۵۸^{***}$
	کام‌جویی	۰/۰۵	$۰/۲۶^{**}$	۰/۰۱	۰/۰۵	/۱۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

متغیرهای وابسته / متغیرهای مستقل		اختلال در عمل‌کرد اجتماعی	علائم جسمانی	اضطراب	افسردگی شدید	نمره کل سلامت عمومی
سبک‌های مقابله	رویارویی	-۰/۰۷	-۰/۱۱	-۰/۱۶*	۰/۰۹	-۰/۰۹
	دوری گزینی	-۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۰۲	-۰/۰۱	-۰/۰۲
	خویشتن داری	-۰/۱۵*	-۰/۰۸	-۰/۰۳	-۰/۱۳	-۰/۱۳
	جستجوی حمایت اجتماعی	-۰/۱٤	-۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۱۰	-۰/۰۳
	مسئولیت پذیری	-۰/۳۱***	-/۲۰*	-۰/۱۹*	-۰/۱۰	-۰/۲٤**
	اجتناب	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۱۸*	۰/۳۳***	-۰/۲۳**
	مشکل گشایی	-۰/۱۰	-۰/۱۵*	۰/۰٦	۰/۰۷	-۰/۱۲
	ارزیابی مثبت	-۰/٤٦***	-۰/۳۷***	-۰/۲۷***	-۰/۳۹***	-۰/٤٤***
	سبک‌های مسئله محور	-۰/۳٦***	-۰/۲۸***	-۰/۱۸*	-۰/۱۷*	-۰/۲۹***
	سبک‌های هیجان محور	-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۰۱

*p<۰/۰۵ **p <۰/۰۱ ***p<۰/۰۰۱

همبستگی میان سبک‌های مقابله با استرس و زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در هر دو گروه مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان عادی نشان می‌دهد که سبک مقابلهٔ ارزیابی مثبت که جزء سبک‌های مقابلهٔ مسئله محور طبقه‌بندی می‌شود با تمام زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی (p<۰/۰۰۱)، و با زیر مقیاس‌های اختلال در عمل‌کرد اجتماعی و افسردگی در مادران کودکان طبیعی (p<۰/۰۵) همبستگی معنی‌دار منفی دارد (p<۰/۰۵). نتایج نشان می‌دهد که به طور کلی، از بین سبک‌های مقابله، سبک مقابله ارزیابی مثبت نقش بیش‌تری در پیش بینی زیر مقیاس‌های

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سلامت عمومی، خصوصاً کارکرد اجتماعی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی دارد. اما سبک مقابلهٔ اجتناب که جزء سبک‌های مقابلهٔ هیجان محور طبقه‌بندی می‌شود با زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی و نمرهٔ کلی سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی همبستگی معنی‌دار منفی (p<۰/۰۵) و با زیر مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی و نمره کلی سلامت عمومی در مادران کودکان طبیعی همبستگی معنی‌دار مثبت دارد (p<۰/۰۵). سبک مقابلهٔ مسئولیت‌پذیری با تمام زیر مقیاس‌های سلامت عمومی به غیر از افسردگی در مادران دارای کودکان ناتوان ذهنی همبستگی معنی‌دار منفی (p<۰/۰۵) و فقط با اختلال در عمل‌کرد اجتماعی و اضطراب در مادران کودکان طبیعی همبستگی معنی‌دار منفی دارد (p<۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که سبک مقابلهٔ مسئولیت‌پذیری نقش بیش‌تری در سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی دارد. در نهایت، همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهند در هر دو گروه مادران، بین نمرهٔ کلی سبک‌های مقابلهٔ مسئله محور و نمرهٔ کلی سلامت عمومی همبستگی معنی‌دار منفی به دست آمد (p<۰/۰۵)، اما بین نمرهٔ کلی سبک‌های مقابلهٔ هیجان محور و نمرهٔ کلی سلامت عمومی همبستگی معنی داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). همچنین ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مسئله محور نقش مهم‌تری در پیش بینی سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ۳: ضرایب همبستگی گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله با زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در مادران کودکان عادی

متغیرهای مستقل / متغیرهای وابسته		اختلال در عمل‌کرد اجتماعی	علائم جسمانی	اضطراب	افسردگی شدید	نمرهٔ کل سلامت عمومی
گرایش‌های مذهبی	مذهب گرایی	-۰/۱۵*	-۰/۱۱	۰/۰٤	-۰/۳۹***	-۰/۲۳**
	ارزنده سازی مذهبی	-۰/۰۸	-۰/۱۸*	-۰/۰۹	-۰/۱۵*	-۰/۱۸*
	سازمان نایافتگی مذهبی	۰/۳۰***	۰/۳٦***	۰/۵۳***	۰/٤۳***	۰/۵۹***
	کام‌جویی	۰/۱۵*	۰/۰٤	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱٤
سبک‌های مقابله	رویارویی	-۰/۳۱***	۰/۰۱	۰/۱۷*	۰/۰۷	-۰/۰۳
	دوری گزینی	-۰/۲۲**	-۰/۰۲	۰/۰۱	-۰/۰٦	-۰/۱۰
	خویشتن داری	۰/۲۰*	-۰/۰۷	-۰/۱۲	-۰/۰۹	-۰/۱۸*
	جستجوی حمایت اجتماعی	-۰/۲۰*	-۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۱۳	-۰/۰٦
	مسئولیت پذیری	-۰/۱۵*	۰/۱۰	-۰/۱٦*	-۰/۰۲	۰/۰۵
	اجتناب	۰/۰۷	۰/۳۹***	۰/۱۸*	۰/۳۰***	۰/۳٤***
	حل مدبرانهٔ مسئله	-۰/۳۸***	-۰/۱۷*	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۲۷***
	ارزیابی مثبت	-۰/۳۹***	-۰/۰۷	۰/۰۳	-۰/۱۹*	-۰/۲٤**
	سبک‌های مسئله محور	-۰/۳۷***	-۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۰٦	-۰/۱۸*
	سبک‌های هیجان محور	-۰/۲٤**	۰/۱۰	-۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۱

*p<۰/۰۵ **p <۰/۰۱ ***p<۰/۰۰۱

برای پاسخ به سئوال دوم پژوهش، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد که نتایج آن برای مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در جدول ٤ و برای مادران کودکان طبیعی در جدول ۵ آورده شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ٤: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانهٔ گام به گام برای پیش بینی نمرات کلی سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی

گام	پیش بین	B	Std.Error	Beta	t	P	R	R^2	ΔR^2
۱	سازمان نایافتگی مذهبی	۰/٦٦	۰/۰۸	۰/۵۸	۷/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۰/۳٤	۰/۳٤
۲	سازمان نایافتگی مذهبی مذهب گرایی	۰/٦۰ -۰/۱۵	۰/۰۸ ۰/۰٦	۰/۵۳ -۰/۱۹	۷/۱۷ -۲/٦۰	۰/۰۰۰ ۰/۰۱۰	۰/٦۱	۰/۳۷	۰/۰۳
۳	سازمان نایافتگی مذهبی مذهب گرایی سبک مقابله ارزیابی مثبت	۰/۵۳ -/۱۰ -۱/۹	۰/۰۸ ۰/۰٦ ۰/۳۱	۰/٤۷ -۰/۱۳ -۰/۲٦	٦/٤۰ -۱/۷۵ -۳/۵۳	۰/۰۰۰ ۰/۰۸۳ ۰/۰۰۱	۰/٦٦	۰/٤۳	۰/۰٦
٤	سازمان نایافتگی مذهبی مذهب گرایی سبک مقابله ارزیابی مثبت سبک مقابله خویشتن داری	۰/۵۸ -۰/۰۷ -۱/۵۲ ۱/۱۱	۰/۰۸ ۰/۰٦ ۰/۳٤ ۰/٤۲	۰/۵۱ -۰/۱۰ -۰/۳۷ ۰/۲۱	٦/۹۸ -۱/۳۳ -٤/٤۵ ۲/٦۵	۰/۰۰۰ ۰/۱۸۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۹	۰/٦۸	۰/٤٦	۰/۰۳

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد از بین تمام متغیرهای گرایش‌های مذهبی و سبک‌های مقابله، سازمان نایافتگی مذهبی در هر دو گروه مادران، بیش‌ترین نقش را در پیش بینی نمرات سلامت عمومی دارد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین از بین سبک‌های مقابله، به ترتیب ارزیابی مثبت و خویشتن داری در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی ($p<۰/۰۱$)، و اجتناب، حل مدبرانه مسئله و مسئولیت‌پذیری در مادران کودکان طبیعی ($p<۰/۰۱$)، نقش بیش‌تری در پیش بینی سلامت عمومی دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش بینی نمرات کلی سلامت عمومی در مادران کودکان طبیعی

گام	پیش بین	B	Std.Error	Beta	t	P	R	R^2	ΔR^2
۱	سازمان نایافتگی مذهبی	۰/۳۹	۰/۰۵	۰/۵۹	۸/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۳۵
۲	سازمان نایافتگی مذهبی سبک مقابله اجتناب	۰/۳۷ ۰/۶۲	۰/۰۵ ۰/۱۶	۰/۵۵ ۰/۲۶	۷/۹۳ ۳/۷۸	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۰۷
۳	سازمان نایافتگی مذهبی سبک مقابله اجتناب سبک مقابله حل مدبرانهٔ مسئله	۰/۳۴ ۰/۶۹ -۰/۵۵	۰/۰۵ ۰/۱۶ ۰/۱۷	۰/۵۱ ۰/۲۹ -۰/۲۱	۷/۴۸ ۴/۳۰ -۳/۱۴	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۲	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۰۴
۴	سازمان نایافتگی مذهبی سبک مقابله اجتناب سبک مقابله حل مدبرانهٔ مسئله سبک مقابلهٔ مسئولیت پذیری	۰/۳۴ ۰/۶۴ -۰/۷۳ ۰/۵۳	۰/۰۴ ۰/۱۶ ۰/۱۹ ۰/۲۴	۰/۵۲ ۰/۲۷ -۰/۲۹ ۰/۱۶	۷/۶۲ ۴/۰۱ -۳/۸۲ ۲/۱۹	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۳۱	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسهٔ نمرات زیر مقیاس‌های سلامت عمومی مادران دارای کودک ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی (جدول ۱) نشان می‌دهد که نمرات اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی مادران کودکان ناتوانی ذهنی به طور معنی داری از نمرات

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مادران کودکان طبیعی بیش‌تر است. به عبارت دیگر، سلامت عمومی مادران کودکان ناتوانی ذهنی از سلامت عمومی مادران کودکان طبیعی پایین‌تر است. این یافته با نتایج مطالعات کومینگز، بایلی و ری (۱۹٦٦)، فلوید و کالاگر (۱۹۹۷)، السون و هوانگ (۲۰۰۱)، ایمرسون (۲۰۰۳) همسو است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات سلامت عمومی در مادران دارای کودک ناتوان ذهنی با مذهب‌گرایی و ارزنده‌سازی مذهبی همبستگی منفی معنی‌دار و با سازمان نایافتگی مذهبی همبستگی مثبت معنی‌دار دارد. به عبارت دیگر مادرانی از اعتقادات مذهبی بیش‌تری برخوردار بودند و با مشکلات ناشی از نگهداری کودک خود بر اساس آموزه‌های دینی، و باورهای معنوی برخورد می‌کردند، به طوری‌که می‌توانستند معنایی برای مراقبت کودک خود بیابند، از سلامت عمومی بیش‌تری برخوردار بودند (نمره بالا در پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان دهندهٔ سلامت عمومی پایین است). از سویی دیگر، مادرانی که از زندگی ناخشنود بودند و نسبت به حیات و معنای زندگی تردید و دودلی داشتند از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعه رز، دیوید و جونز (۲۰۰۳) همسو است. نتایج آزمون همبستگی (جداول ۲ و۳) نشان می‌دهد که به طور کلی، مذهب گرایی و ارزنده سازی مذهبی نقش بیش‌تری در پیش بینی نمرات اختلال در عمل‌کرد اجتماعی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی دارد. این یافته بدین معنی است که وجود کودک دارای ناتوانی ذهنی موجب شده است که مادران آن‌ها از مذهب به عنوان شیوه‌ای برای یافتن معنی در زندگی خویش استفاده کنند و بدین طریق وضعیت سلامت خود را حفظ کنند. این یافته با نتایج چنگ، نونان وتنستت (۱۹۹۸)، پیرس (۲۰۰۱)، اکتن و میلر (۲۰۰۳)، موری- سونک و همکاران (۲۰۰٦) و پیرس، استینر، هونس و تورموهلن (۲۰۰۸) همسو است. راجرز-دولان (۱۹۹۸) دریافتند که مادران کودکان عقب ماندهٔ ذهنی که سطح بالای گرایش‌های مذهبی را گزارش می‌کردند، تجربهٔ استرس مراقبت کم‌تری داشتند. نتایج مطالعه راوری و همکارانش (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که در جامعهٔ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

اسلامی ایران، افراد، مراقبت از بیماران را فرصتی برای عبادت با خدا می‌نگرند و بدین طریق به عمل خود معنی می‌دهند. با توجه به فرهنگ مذهبی جامعهٔ ایرانی به نظر می‌رسد مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی که از باورهای مذهبی برای یافتن معنایی در مراقبت از فرزند خود استفاده می‌کنند و بدین طریق بر مشکلات ناشی از مراقبت فائق می‌آیند، از کارکرداجتماعی، جسمانی و روانی بهتری برخوردارند.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این بود که به طور کلی، بین سبک‌های مقابله مسئله محور با سلامت عمومی مادران در هر دو گروه، همبستگی منفی معنی داری وجود داشت. به عبارت دیگر، مادرانی که سعی می‌کردند با عوامل استرس زای ناشی از مراقبت از کودک خود روبرو شوند و آن‌ها را حل و فصل کنند نسبت به آن‌هایی که با هیجان رویدادهای استرس زایی که با آن‌ها روبرو می‌شدند برانگیخته می‌شدند، از سلامت عمومی بیش‌تری برخوردار بودند. این یافته با تنایج مطالعات کیم، گرینبرگ، سلتزر و کروس (۲۰۰۳)، فکتور، پری و فریمن، (۱۹۹۰) و میلر، گوردون، دنیل و دیلر، (۱۹۹۲) همسو است. همچنین نتایج نشان‌گر این بود که سبک‌های مقابلهٔ مسئله محور نقش بیش‌تری در پیش بینی سلامت عمومی مادران دارای کودک ناتوان ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی دارد. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که والدین کودکان ID به علت این که مدت زیادی درگیر مشکلات ثابت[1] کودکشان هستند، انتظار می‌رود بعد از مدتی در کنترل کردن کردن نیازهای مراقبتی کودکشان خبره[2] می‌شوند (سلتزر، گرینبرگ و کراوس، ۱۹۹۵) و بنابراین بیش‌تر از سبک‌های مقابلهٔ مسئله محور برای مقابله با مشکلات مراقبت از کودک خود استفاده کنند و در نتیجه کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی آنها بسته به برخورد آنها به صورت مسئله محور با مشکلاتشان باشد، مشکلاتی که مادران کودکان طبیعی، با داشتن فرزند با هوش طبیعی با آن مواجه نیستند. همچنین نتایج نشان داد که سبک مقابلهٔ اجتناب در مادران دارای کودک ناتوان ذهنی با نمرات سلامت عمومی رابطهٔ

1. stabele 2. mastery

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منفی و در مادران کودکان طبیعی با نمرات سلامت عمومی رابطهٔ مثبت دارد. به عبارت دیگر، مادران دارای کودک ناتوان ذهنی که از بیش‌تر سبک مقابلهٔ اجتناب استفاده می‌کردند از سلامت عمومی کم‌تری برخوردار بودند و مادران دارای کودک طبیعی که از بیش‌تر سبک مقابلهٔ اجتناب استفاده می‌کردند، از سلامت عمومی بیش‌تری برخوردار بودند. به طور کلی مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از سبک مقابلهٔ اجتناب با کاهش سطح سلامت عمومی همراه است (آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷؛ مولر و ریچاردز، ۱۹۹۹؛ کلینگ و سلتزر و ریف، ۱۹۹۷؛ ایسکس، سلتزر و کروس، ۱۹۹۹) یعنی نتیجه‌ای که در مورد مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی به دست آمده است. این نتیجه دور از انتظار نیست. همان طور که ذکر شد، برخورد طولانی مدت با مشکلات کودک دارای ناتوانی ذهنی موجب می‌شود، مادران به جای اجتناب از مشکلات خود با آن‌ها روبرو شوند (سلتزر، گرینبرگ و کراوس، ۱۹۹۵). اما به دست آمدن رابطهٔ مثبت بین سبک مقابلهٔ اجتناب با سلامت عمومی در مادران دارای کودک طبیعی ناهمسو با مطالعات گذشته است. این نتیجه ممکن است به دلیل موقعیت‌های پرتنش خاص و غیر قابل کنترلی باشد که مادران با آن‌ها روبرو بوده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که به طور کلی استفاده از شیوهٔ مقابلهٔ مناسب بسته به موقعیت پرتنشی دارد که فرد با آن روبرو است. هنگامی که موقعیت قابل کنترل باشد، فرد در پی حل مسئله بر می‌آید، در حالی که استفاده از سبک‌های مقابلهٔ هیجان محور در این گونه موقعیت‌ها با افزایش فشار روانی همراه است. اما زمانی که موقعیت غیر قابل کنترل باشد مانند یک حمله قلبی یا منتظر ماندن برای عمل جراحی، استفاده از سبک‌های مقابلهٔ هیجان محور به طور موقتی می‌تواند مفید باشد ولی استفادهٔ طولانی مدت از آن و به عنوان سبک مقابلهٔ خاص، مفید نیست (لازاروس، ۱۹۹۳).

نتایج تحلیل رگرسیون (جداول ٤ و ٥) نشان داد که سازمان نایافتگی مذهبی بیش‌ترین نقش را در پیش بینی سلامت عمومی هر دو گروه مادران دارای کودک ناتوان ذهنی و مادران دارای کودک طبیعی دارد. این یافته خصوصاً در مورد مادران کودکان دارای ناتوانی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ذهنی معنای به خصوصی دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد کـه برخـی از مـادران جوامـع مذهبی که از ثبات مذهبی مناسبی برخوردار نیستند، ممکن است تولد کودک ناتوان ذهنـی خود را نشانهٔ عذاب و یا قطع رحمت خداوند بدانند و در نتیجه دچـار سـازمان نایـافتگی مذهبی شوند و موجب شود سطح عمل‌کرد جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها پـایین بیایـد (لایتسی، اُوون و سوینی، ۲۰۰۸؛ لالوانی، ۲۰۰۸). بنابراین پذیرش کودک دارای ناتوانی بـا استفاده از الگوهای مذهبی می‌تواند در ارتقاء سطح عمل‌کرد جسمانی، روانـی و اجتمـاعی مادران دارای کودک ناتوان ذهنی مؤثر باشد (تـاجری و بحیرایـی، ۱۳۸۷). در نهایـت، هـم نتایج آزمون همبستگی (جداول ۲ و ۳) و هم نتایج آزمون تحلیل رگرسـیون (جـداول ٤ و ٥) نشان داد که سبک مقابلهٔ ارزیابی مثبت نقش بـه خـصوصی را در پـیش بینـی سـلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه هـستینگ و همکارانش (۲۰۰۲) هم سو است. آن‌ها در مطالعهٔ خود نشان دادند که مادران دارای کودک ناتوان ذهنی که بیش‌تر از سبک مقابله ارزیابی مثبت استفاده می‌کردند، بدین صورت که بـه جای این که داشتن کودک دارای ناتوانی ذهنی را فاجعه‌ای در نظر بگیرند، آن را به عنـوان منبع رشد، شادکامی و نزدیکی خانوادگی در نظر می‌گرفتند از کارکرد جـسمانی، روانـی و اجتماعی بیش‌تری برخوردار بودند.

با توجه به سطوح پایین عمل‌کرد جسمانی، روانی و اجتمـاعی مـادران کودکـان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی، لزوم برنامه‌ریزی بـرای برداشـتن مـشکلات فراروی آن‌ها و ارتقاء وضعیت سلامتشان بیش از پیش احساس می‌شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که باورهای مذهبی می‌تواند به مادران کودکـان دارای ناتوانی ذهنی در مقابله با مشکلات مراقبتی کودک خود و بهبـود وضـعیت سـلامت آن‌هـا کمک کند و یکی از مؤثرترین شیوه‌های ارتقـاء عمـل‌کـرد جـسمانی، روانـی و اجتمـاعی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و کمک به آن‌ها در پذیرش کودک ناتوان خود و یافتن معنا در زندگی، ارائهٔ آموزه‌های مذهبی به آن‌ها است. همچنین باتوجه به نقش به خصوص

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سبک مقابلهٔ ارزیابی مثبت در سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی، آموزش به مادران در پذیرش کودک ناتوان خود به عنوان منبعی برای رشد، شادکامی و نزدیکی خانوادگی می‌تواند در ارتقاء عمل‌کردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها نقش قابل توجهی داشته باشد.

در پژوهش حاضر نمونهٔ مورد بررسی فقط مادران کودکان عقب ماندهٔ ذهنی بودند، و لازم است که بررسی‌های مشابهی روی دیگر اعضای خانوادهٔ این کودکان و مقایسهٔ آن با اعضای خانوادهٔ دارای کودکان عادی نیز صورت گیرد. همچنین سطح عقب ماندگی (۵۰-۲۵) و محدودهٔ سنی (۱۳-۶ سال) نیز ثابت نگه داشته شده بود، که برای تعمیم یافته‌های به دست آمده، انجام بررسی‌های مشابه با سطوح دیگر عقب ماندگی ذهنی و گروه‌های سنی دیگر ضروری است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- قمری، محمد (۱۳۸۲). **مقایسهٔ شیوه‌های مقابله با استرس و سلامت روانی مادران داری دانش آموزان عقب مانده ذهنی با مادران دانش آموزان عادی در شهر تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوهسالی، م، میرزمانی، م.، کریملو، م.& میرزمانی، م. (۱۳۸۷). **مقایسهٔ سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب مانده آموزش پذیر**. مجله علوم رفتاری، سال دوم، شماره دوم، صفحه ۱۷۲-۱٦٥.
- آرین، خدیجه (۱۳۷۸).**بررسی رابطهٔ بین نگرش مذهبی و روان درستی در ایرانیان مقیم کانادا**. رساله دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا(۱۳۸۳).ابعاد رابطهٔ میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. **مجله روانشناسی و علوم تربیتی**، سال سی و چهارم، شماره ۲، صفحه ٦۳-٤۱.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸٤). **روایی و اعتبار آزمون جهت‌گیری مذهبی**. معاونت پژوهشی دانشگاه تهران.
- گلزاری، محمود، (۱۳۷۹) «**ساخت مقیاس سنجش ویژگی‌های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روان**»، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زین العابدینی، زهرا (۱۳۸۳). **رابطه سخت رویی با شیوه‌های مقابله دانش آموزان دختر و پسر بخش کهک قم**.پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور قم.
- استورا، بنجامین(۱۳۷۷). **تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن**. ترجمه: پریرخ دادستان .تهران: انتشارات رشد.
- هاشم‌زاده، رقیه (۱۳۸۵). **بررسی و مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و باورهای غیر منطقی د ر طلاب و دانشجویان پسر شهرستان قم در سال ۸٤**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علوی، طاهره (۱۳۸۲). **هنجاریابی و بررسی خصوصیات روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان مرکز تربیت معلم شهر تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ

References

- تاجری، بیوک؛ بحیرایی، احمـد (۱۳۸۷). **بررسی رابطهٔ استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم تـوان ذهنـی در مـادران. پـژوهش در حیطهٔ کودکان استثنایی**، سال هشتم، شماره ۲، صفحه ۲۲٤-۲۰۵.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. **Journal of Health and Social Behaviour**, 43, 207–222.
- Murdoch, J. C., & Ogston, S. A.(1984). Down's syndrome children and parental psychological upset. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 34, 87-90.
- Romans-Clarkson, S. E. et al.(1986). Impact of a handicapped child on mental health of parents. **British medical journal volume**, 293, 1395-1397.
- Emerson. E., Robertson, J, & Wood, J. (2004). Levels of psychological distress experienced by family carers of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 17 (2), 77-84.
- Boon, A. R.(1986). Family building in parents with Down's syndrome Children. **Journal of Epidemiology and Community Health,** 40 , 154-160.
- Laurvick, C. L., & et al. (2006). **Physical and Mental Health of Mothers Caring for a Child with Rett Syndrome**. Pediatrics, 118 (4), 1152-1164.
- Cummings, S. T., bayley, H. C., & Rie, H. (1966**). Effects of the child's deficiency on the mother**: a study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. **American Journal of Orthopsychiatry**, 36 (4), 595-608.
- Floyd F. J., & Gallagher, E. M. (1997). **parental stress ,care demands and use of support service for school-age children with disabilities and behavior problem**. Family Relations, 46, 359-371.
- 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 (4-5), 385-399.
- Breslau, N., Salkever, D., & Staruch, K. S. (1982). Women's labor force activity and responsibilities for disabled dependents: A study of families with disabled children**. Journal of Health and Social Behavior**, 23 (2), 169-183.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I., & Barrat, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in childcare. **American Journal on Mental Retardation**, 104 (2), 422-436.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

References

منابع و مآخذ

- Zahr, L. K., & Hattar-Pollara, M. (1998). Nursing care of Arab children: Consideration of cultural factors**. Journal of Podiatric Nursing**, 13 (6), 349-355.
- Heller, T., Markwardt, R., Rowitz, L., & Farber, B. (1994). Adaptation of Hispanic families to a member with mental retardation. **American Journal on Mental Retardation**, 99, 289–300.
- Miltiades, H. B., & Pruchno, R. (2002). **The effect of religious coping on caregiving appraisals of mothers of adults with developmental disabilities**. Gerontologist, 42(1), 82–91.
- Nightingale, M. C. (2003**). with Alzheimer's Disease and Related Disorders Religion, Spirituality, and Ethnicity: What it Means for Caregivers of Persons. Dementia**, 2 (3), 379-391.
- Murray-Swank, A. B., et al (2006). **Religiosity, Psychosocial Adjustment, and Subjective Burden of Persons Who Care for Those With Mental Illness.** Psychiatric Services, 57 (3), 361-365.
- Chang, B. H. , Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1998). **The Role of Religion/Spirituality in Coping With Caregiving for Disabled Elders**. The Gerontologist, 38 (4), 463-470.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Havens, H., & Tormoehlen, K. (2008). Spirituality Expressed by Caregivers of Stroke Survivors. **Western Journal of Nursing Research**, 30 (5), 606-619.
- Hebert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M., & Schulz, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. **Aging & Mental Health**, 10 (5), 497–520
- Rew, L., & Wong, Y. J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviours. **Journal of Adolescent Health**, 38 (4), 433-442.
- Koenig, H. G., McCullogh, M. E., & Larson, D. B. (2001). **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press.
- Ravari, A., Vanaki, Z., Houmann, H., & Kazemnejad, A. (2009). **Spiritual Job Satisfaction in an Iranian Nursing Context.** Nursing Ehichs, 16(1), 19-30.
- Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N., & Culligan, A. (1991). **Parenting stress, child behaviour problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behaviour disorders, and normal development.** Exceptionality, 2, 97-110.
- Dyson L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress. family functioning, and social support. **American Journal on Mental Retardation**, 102 (3), 267-279.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism and Down syndrome:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

implications for intervention. **Child and Family Behavior Therapy**, 19 (4), 15-32.
- Browne, G., & Bramston, P. (1998). Stress and the quality of life in the parents of young people with intellectual disabilities. **Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing**, 5 (5), 415-21.
- Hoare, P., Harris, M., Jackson, P., & Kerley, S. (1998). A community survey of children with severe intellectual disability and their families: psychological adjustment, carer distress and the effect of respite care. **Journal of Intellectual Disability Research**, 42, 218-227.
- Ray, L. D. (2005). Categorical service allocation and barriers to care for children with chronic conditions. Canadian **Journal of Nursing Research**, 37, 86-103.
- Costigan, C. L., Floyd, F. J., Harter, K. S. M., & McClintock, J. C. (1997). Family process and adaptation to children with mental retardation: Disruption and resilience in family problem-solving interactions. **Journal of Family Psychology**, 11 (4), 515-529.
- Kim, H. W., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. & Krauss, M. W. (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. **Journal of Intellectual Disability Research**, 47 (4-5), 313-327.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) Stress, **Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia care givers. **Psychology and Aging**, 2 (4), 323-30
- Seltzer, M., Greenberg, J., & Krauss, M. M. (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. **Psychology and Aging**, 10, 64-75.
- Patrick, J. H., & Hayden, J. M. (1999). Neuroticism, coping strategies, and negative well-being among caregivers. **Psychology and Aging**, 14 (2), 273-283.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? Re-examination of the relation between coping and mental health. **Journal of Personality and Social Psychology**, 53 (2), 337-348.
- Moeller, D. M., & Richards, C. S. (1992). Gender differences in the effectiveness of coping with dysphoria: **a longitudinal study. Counselling Psychology Quarterly**, 5 (4), 349-357.
- Kling, K., Seltzer, M. M., & Ryff, C. D. (1997). Distinctive late-life challenges: implications for coping and well-being. **Psychology and Aging**, 12 (2), 288-295.
- Essex, E., Seltzer, M. M., & Krauss, M. W. (1999). Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

of adults with mental retardation. **American Journal on Mental Retardation**, 104 (6), 545–563.
- Byrne, E. A., & Cunningham, C. C. (1985). The Effects of Mentally Handicapped Children on Families: A Conceptual Review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 26 (6), 847-64.
- Hastings, R. P., Allen, R., Mcdermott, K. & Still, D. (2002). Factors Related to Positive Perceptions in Parents of Children with Intellectual Disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 15 (3), 269-275.
- Engelhardt, J. L., Brubaker, T. H., & Lutzer, V. D. (1988). Older caregivers of adults with mental retardation: Service utilization. **Mental Retardation**, 26 (4), 191-195.
- Seltzer, M. M., & Krauss, M.W. (1989). Aging parents with adult mentally retarded children: family risk factors and sources of support. **American Journal on Mental Retardation**, 94 (3), 302–312.
- Emerson, E. (2004) Poverty and children with intellectual disabilities in the world's richer countries. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, 29, 319–337.
- Chen, S. C., Ryan-Henry, S., Heller, T. &. Chen E. H. (2001). Health status of mothers of adults with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, 45 (5), 439-449.
- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Greenley, J. R. (1993). Aging parents of adults with disabilities: the gratification and frustrations of later-life caregiving. Gerontologist, 33 (4), 542–550.
- Olsson, M. B,. & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, 45, 535-543.
- Smith, G. C., Tobin S. S., & Fullmer, E. (1995). Elderly mothers caring at home for offspring with mental retardation: a model of permanency planning. American **Journal of Mental Retardation**, 99 (5), 478-499.
- Lazarus R. S. (1993). **Coping Theory and Research: past, present and future**. Psychosomatic Medicine, 55, 243-247.
- Rose, J., David, G., Jones, C. (2003). Staff who work with people who have intellectual disabilities: the importance of personality. **Journal of Research in Intellectual Disabilities**, 16 (4), 267-277.
- Pierce, L. L. (2001**).Caring and Expressions of Spirituality by Urban Caregivers of People With Stroke in African American Families**. Qualitative Health Research, 11 (3), 309-352**.**
- Acton, G. J., & Miller, E. w. (2003). **Spirituality in Caregivers of Family Members With Dementia, Journal of Holistic Nursing**, 21 (2), 117-130.
- Murray-Swank, A. B., et al (2006). **Religiosity, Psychosocial Adjustment, and Subjective Burden of Persons Who Care for Those With Mental Illness**. Psychiatric Services, 57 (3), 361-365.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

References

منابع و مآخذ

- Rogers-Dulan, J. (1998). **Religious connectedness among urban African American families who have a child with disabilities.** Mental Retardation, 36 (2), 91–103.
- Factor, D. C., Perry, A., & Freeman, N. (1990). Stress, social support, and respite care use in families with autistic children**. Journal of Autism and Developmental Disorders**, 20 (1), 139–146.
- Miller, A. C., Gordon, R. M., Daniele, R. J., & Diller, L. (1992). Stress, appraisal, and coping in mothers of disabled and nondisabled children. **Journal of Pediatric Psychology**, 17 (5), 587–605.
- Seltzer, M., Greenberg, J., & Krauss, M. M. (1995). **A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation**. Psychology and Aging, 10, 64-75.
- Lightsey, J. R., Owen, R., Sweeney, J. (2008). Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities. **Family Journal**, 16 (3), 212-221.
- Lalvani, P. (2008). Mothers **of children with Down syndrome: constructing the sociocultural meaning of disability**. Intellectual and Developmental Disability, 46(6), 436-445.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]