MEJDS. 2016 April; 6: 288-293
Published online 2017 March 07. **Research Article**

Religious Coping and general health in mothers of normal children and those with mentally retarded children

∗Zahra Nikmanesh[1], Hadi Oshtorak[2]

Author Address
1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan;
2. MA in clinical Psychology.
*Corresponding Author Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
*Email: nikmanesh@ped.usb.ac.ir

Received: 2015 Feb 21; **Accepted:** 2015 Aug 13

Abstract

Background and Objective: The birth of an exceptional child in a family can be considered as an undesirable challenging event that is associated with stress, frustration and despair. Recognition and understanding religious beliefs system has a significant influence on coping with behaviors and interpretation of events. The purpose of this study was to compare the religious coping and general health of mothers of normal children and those with mentally retarded children.

Methods: The research method is causal-comparative. The study sample consisted of 68 mothers with mentally retarded children and 57 mothers with normal children who were selected and homogenized through convenience sampling method. The questionnaire of Religious Coping of Aflaksier and Goldman (2011), and General Health of Goldberg (1979) were used for data collection. T test analysis was used for analyzing the data.

Results: The results of t-test showed that there is a significant difference between the two groups of mothers, with mentally retarded children and with normal children, in religious coping dimensions ($P \leq 0.001$). Descriptive data indicated that means of benevolent appraisal and active religious activity in mothers with normal children is more than the means of mothers with mentally retarded ones. Also, the results of t-test show that there is a significant difference between the two groups of mothers in means of public health ($P \leq 0.001$).

Conclusion: The results showed that mothers of normal children have more benevolent appraisal, active religious activity and mental health. But mothers of mentally retarded children have a negative religious coping and less mental health. Therefore the instruction of benevolent and active religious coping skills is recommended for the improvement of mental health in mothers of mentally retarded children.

Keywords: Mental health, Mental retardation, Mothers, Religious coping.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۵؛ (۶):۲۹۳-۲۸۸

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۵ مقاله پژوهشی اصیل

سبک‌های مقابلهٔ مذهبی و سلامت عمومی در مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی

*زهرا نیک‌منش[۱]، هادی اشترک[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشیار دانشگاه سیستان‌وبلوچستان، گروه روان‌شناسی؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی.

* **آدرس نویسندهٔ مسئول:** زاهدان دانشگاه سیستان‌وبلوچستان، دانشکدهٔ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

* **رایانامه:** nikmanesh@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲اسفند۱۳۹۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲مرداد۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: تولد و داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، از عوامل اثرگذار بر سلامت روان والدین بوده و باعث تنیدگی و سرخوردگی و غمگینی می‌شود. مذهب و ادراک‌های عقاید مذهبی، تأثیر مهمی بر رفتارهای مقابله‌ای و نحوهٔ تفسیر رویدادها دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ سبک‌های مقابلهٔ مذهبی و سلامت عمومی در مادران دارای فرزند عادی و دارای فرزند کم‌توان ذهنی است.

روش‌بررسی: روش پژوهش توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. نمونهٔ مطالعه‌شده را ۶۸ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ۵۷ مادر دارای فرزند عادی تشکیل دادند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و همتا شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های مقابلهٔ مذهبی افلاک سیر و گلمن ۲۰۱۱ و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر ۱۹۷۹ بود. داده‌ها بااستفاده از آزمون tمستقل تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت معناداری ($p\leq$۰/۰۰۱) بین دو گروه از مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی، در متغیرهای ابعاد مقابلهٔ مذهبی وجود دارد. باتوجه به اطلاعات توصیفی در این مقایسه میانگین ابعاد فعالیت‌های مذهبی و ارزیابی خیرخواهانه و فعالیت‌های مذهبی فعال در مادران دارای فرزند عادی بیشتر از گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود؛ همچنین نتایج آزمون t مشخص کرد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی در متغیر سلامت عمومی (ابعاد سلامت عمومی) مشاهده می‌شود ($p\leq$۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج بیان کرد که مادران دارای فرزند عادی دارای مقابلهٔ مذهبی فعال و خیرخواهانه و سلامت روان بیشتری هستند و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، مقابلهٔ مذهبی منفی و منفعل و سلامت روان کمتری دارند؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود با آموزش مهارت‌های مقابلهٔ مذهبی فعال و خیرخواهانه، درجهت بهبود سلامت روان مادران فرزند کم‌توان ذهنی اقدام شود.

کلیدواژه‌ها: مقابلهٔ مذهبی، سلامت عمومی، کم‌توان ذهنی، مادران.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

۱ مقدمه

مذهب ارزش‌های عاطفی و شناختی مشخصی داشته و نظام خودمهارگر مدیریتی است. شناخت‌ها و ادراک‌های نظام عقاید مذهبی تأثیر مهمی بر رفتارهای مقابله‌ای و نحوهٔ تفسیر رویدادها دارد (۱،۲). به‌طورکلی مقابلهٔ مذهبی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی بوده و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی و احساس تعلق‌داشتن به سرچشمه‌ای والا و امیدواری، منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۳،۴). اگرچه مفهوم مقابلهٔ مذهبی معنای ضمنی مثبتی دارد، مقابلهٔ مذهبی در بحران، می‌تواند مقابلهٔ مذهبی مؤثر (ادراک بحران به‌عنوان آزمایش الهی یا فرصتی درجهت رشد معنوی) یا بی‌اثر (ارزیابی منفی از خدا به‌عنوان تنبیه‌کننده و همچنین تردید در قدرت و مهربانی خدا) باشد (۵). پارگامنت، لویس، مالتبی و دی (۶) و پارگامنت (۷) بر این باورند که الگوی مقابلهٔ مذهبی[1] بهتر می‌تواند ارتباط بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند. این فرایند پیچیده و مستمر که به‌واسطهٔ آن مذهب با زندگی افراد پیوند خورده، به افراد فرصت می‌دهد تا با فشارهای روانی مقابله کنند.

تولد و داشتن فرزند کم‌توان ذهنی از عواملی است که سلامت روان والدین را تحت‌تأثیر قرارداده و باعث تنیدگی، سرخوردگی، احساس غمگینی و ناامیدی می‌شود (۸). سلامت روان ازجمله مفاهیم بسیار کلیدی در روان‌شناختی بوده که ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی) است؛ بنابراین سلامت روانی باوجود کامیابی و نبودن سستی و ضعف رابطه دارد (۹). حوادث نامطبوع زندگی قادرند سلامت روان‌شناختی را تحت‌تأثیر قرارداده و آن را مختل کنند؛ همچنین منجر به مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب شوند (۱۰). بر این اساس تولد فرزند کم‌توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند باایجاد تنیدگی سبب کاهش بهزیستی و سلامتی شود (۱۱).

تاکنون پژوهش‌های گوناگونی دربارهٔ بحث معنوی و سلامت روان انجام شده است. کزدی و همکاران[2] در بررسی خود بیان کردند: داشتن شک مذهبی همبستگی مثبت با اضطراب و افسردگی دارد؛ درحالی‌که داشتن اعتقاد مذهبی رابطهٔ منفی با اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد (۱۲). باتوجه به نتایج تحقیق نانماکر، مک نلی و بلوم (۱۳): مذهبی‌بودن نقش محافظتی برای سلامت روان نوجوانان دارد. در بررسی اباتس، ویلیامز، اسویتنگ و وست (۱۴) مشخص شد حضور در مراسم مذهبی با پرخاشگری کمتر، عزت‌نفس بیشتر و اضطراب و افسردگی کمتر مرتبط است. پژوهش آکلین، برواون و ماگر (۱۵) نشان داد: بین مذهب درونی و معنای زندگی رابطهٔ مثبت و بین یأس، خصومت، انزوای اجتماعی و مذهب رابطهٔ منفی وجود دارد. اولسون و هانگ (۱۶) بیان کردند مقابلهٔ مذهبی مثبت ارتباط معناداری با سلامت روان بهتر داشته و برعکس مقابلهٔ مذهبی منفی ارتباط معناداری با سلامت روانی کمتر دارد. نتایج تحقیق اسمایل، دسماخ (۱۷) هم نشان داد که همبستگی منفی معناداری بین دینداری و احساس تنهایی و بین دینداری و اضطراب مشاهده می‌شود. علاوه‌بر این ارتباطی مثبت و معنادار بین دینداری و رضایت از زندگی یافت شد. در تحقیقی که هبرت (۱۸) روی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد مشخص شد زنانی که مقابلهٔ مذهبی منفی داشتند، تاحد نسبتاً کمی دارای احساس عصبانیت به پروردگار بودند. و سلامت روان ضعیف و افسردگی و رضایت کمتر از زندگی را تجربه می‌کردند.

نتایج پژوهش رجبی، صارمی و بیاضی (۱۹) نشان داد بین الگوی مقابلهٔ دینی منفی با نبودن سلامت روانی و شادکامی، همبستگی مثبت معناداری دیده می‌شود. در مطالعهٔ قدرتی میرکوهی و خرمایی (۲۰)مشاهده شد بین دینداری و سلامت‌نبودن روان، رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد. یافته‌های فرعی بیانگر آن بود که بین مؤلفه‌های التزام دینی و باور دینی و عواطف دینی با مؤلفه‌های سلامت عمومی (شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) رابطهٔ منفی و معناداری به‌چشم می‌خورد. شریفی، مهرابی‌زاده و شکرکن (۲۱) گزارش کردند که بین نگرش دینی با افسردگی اضطراب و پرخاشگری رابطهٔ منفی و معناداری یافت می‌شود؛ همین‌طور نتایج تحقیق قرایی، اکبری دهقی، احمدوند و زنوریان (۲۲) نشان داد: بین مذهب درونی با سلامت روان رابطهٔ معنادار وجود دارد، ولی این ارتباط در مذهب بیرونی مشاهده نشد. بین دو جنس ازلحاظ نوع مذهب تفاوت معناداری وجود نداشت؛ همچنین کاهش مذهب درونی با افزایش نمره‌ها در زیرمقیاس‌های سلامت روان همراه بود.

براساس یافته‌های تحقیقاتی استنباط می‌شود که نه‌تنها معنوی‌بودن و اعمال مذهبی با سلامت روان مرتبط بوده بلکه سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت و منفی اثرات معکوسی بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارد؛ بنابراین، پیش‌بینی می‌شود از عوامل مرتبط با سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، سبک‌های مقابلهٔ مذهبی مثبت یا منفی مادران است؛ همچنین چون سلامت روان فرزند درگرو سلامت روان مادر بوده، پس بررسی سبک مقابلهٔ مذهبی و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی درمقایسه با مادران عادی ضروری به‌نظر می‌رسد. باتوجه به اینکه، تحقیقی به مقایسه و بررسی سبک مقابلهٔ مذهبی مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی نپرداخته است، هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ سبک‌های مقابلهٔ مذهبی و سلامت عمومی مادران دارای فرزند عادی وکم‌توان ذهنی است.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش را مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی تشکیل دادند که فرزندان آن‌ها در سال تحصیلی ۹۲ـ۱۳۹۱ در مدارس استثنایی و عادی شهرستان زابل مشغول به تحصیل بودند. نمونهٔ مطالعه‌شده شامل ۶۸ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ۵۷ مادر دارای فرزند عادی بود. تمامی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی، مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان زابل، به‌روش سرشماری انتخاب شدند؛ همچنین تعداد ۵۷ مادر با فرزند عادی از بین افراد با ویژگی‌های تقریباً

[1]. Coping style model

[2]. Kézdy, Martos, Boland, Horváth-Szabó

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

یکسان با مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، از مدارس عادی به‌شیوهٔ دردسترس انتخاب شدند. سپس بعد از کسب اجازه و جلب رضایت، پرسشنامه‌های تحقیق را به‌تنهایی یا به کمک محقق تکمیل کردند.
جهت رعایت ضوابط اخلاقی پژوهش، تکمیل پرسشنامه‌ها باآگاهی از اهداف تحقیق و جلب رضایت مادران انجام شد و مادرانی که تمایل به همکاری نداشتند در جریان تحقیق شرکت داده نشدند.
برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شد.
۱. پرسشنامهٔ مقابلهٔ مذهبی[1]: پرسشنامهٔ مقابلهٔ مذهبی راگلمن در سال ۲۰۱۱ تهیه کرد. این پرسشنامه دارای ۲۲ عبارت بوده که در آن ۱۱ آیتم از پرسشنامهٔ مقابلهٔ مذهبی پارگامنت، با توانایی کاربرد برای مسلمانان، اقتباس شده است (۲۴). هریک از ابعاد فعالیت‌های مذهبی را در شش عبارت، احساسات منفی به خدا را در چهار عبارت، ارزیابی‌های خیرخواهانه را در شش عبارت، مقابلهٔ مذهبی منفعل را در سه عبارت و مقابلهٔ مذهبی فعال را در سه عبارت، ارزیابی می‌کند. نحوهٔ پاسخ‌دهی به پرسشنامه به‌صورت پنج‌گزینه‌ای بوده و دامنهٔ پاسخ‌ها از اصلاً تا خیلی زیاد متغیر است. در نمونه‌ای ۱۸۵ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز، همبستگی زیادی بین پرسشنامهٔ مقابلهٔ معنوی استرانگ[2] با مقیاس مقابلهٔ مذهبی ایرانی به‌دست آمد. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ برای فعالیت مذهبی ۰/۸۹، ارزیابی‌های خیرخواهانه ۰/۷۹، احساسات منفی به خدا ۰/۷۹، مقابلهٔ منفعل ۰/۷۲ و مقابلهٔ فعال ۰/۷۹ گزارش شده است (۲۳). در پژوهش شریفی (۲۴)، در نمونه‌ای ۲۸۳ نفری از زنان مراقبت‌کننده از عضو بیمار خانواده، آلفای کرونباخ برای پرسشنامهٔ مقابلهٔ مذهبی ۰/۷۹ بیان شد. در پژوهش حاضر الفای کرونباخ پرسشنامهٔ مقابلهٔ مذهبی ۷۱/۵ به‌دست آمد.
۲. پرسشنامهٔ سلامت عمومی[3]: پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلر[4] در سال ۱۹۷۹ طراحی کردند. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان‌دهندهٔ چهار خرده‌مقیاس علائم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی است و هر خرده‌مقیاس هفت پرسش را دربرمی‌گیرد. آتش‌افروز به نقل از حمید و گلستانی‌پور و کریمی (۲۵) ضریب پایایی کل این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی را به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۹۳ و ۰/۷۳ گزارش کرد؛ همچنین روایی همگرایی این آزمون با مقیاس SCL–۹۰ برابر با ۰/۸۷ بیان شد (۲۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامهٔ سلامت عمومی ۰/۸۱ به‌دست آمد.
جهت تجزیه‌وتحلیل اطلاعات درحیطهٔ سبک‌های مقابلهٔ مذهبی و سلامت عمومی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی، از آمار توصیفی و آزمون تی‌مستقل استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در بیان نتایج ابتدا داده‌های توصیفی و سپس تحلیل و استنباط آماری ارائه می‌شود. در جدول ۱ فراوانی و درصد سن و تحصیلات و میانگین و انحراف استاندارد سن در دو گروه از مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی آمده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها برحسب متغیرهای سن و تحصیلات

		مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی		مادران دارای فرزند عادی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۲۰تا۲۸	۱۲	۱۷/۶	۱۳	۲۲/۸
	۲۹تا۳۷	۳۵	۵۱/۵	۲۸	۴۹/۱
	۳۸تا۴۶	۲۱	۳۰/۹	۱۶	۲۸/۱
تحصیلات	بی‌سواد	۱۳	۱۹/۱	۸	۱۴/۶
	ابتدایی	۱۷	۲۵	۱۲	۲۰/۷
	راهنمایی	۱۷	۲۵	۱۶	۲۸/۰۹
	دیپلم	۱۴	۲۹/۹	۱۴	۲۴/۵۸
	بیشتر از دیپلم	۷	۱۰/۳	۷	۱۲/۳

جدول بالا نشان می‌دهد که بیشترین درصد مادران هر دو گروه در طبقهٔ سنی ۲۹تا۳۷ قرار دارند. تحصیلات مادران کودکان فرزندان کم‌توان ذهنی عموماً زیردیپلم بوده، اما تحصیلات مادران کودکان عادی اندکی بیشتر است.
در بررسی مقایسهٔ ابعاد مقابلهٔ مذهبی و سلامت عمومی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی و مادران با فرزند عادی، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد.

جدول ۲. مقایسهٔ تفاوت ابعاد مقابلهٔ مذهبی در بین دو گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی

متغیرها	مادران کودکان کم‌توان ذهنی		مادران کودکان عادی			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	T	مقدار *p*
فعالیت‌های مذهبی	۴/۳۱	۳/۳۶	۱۷/۷۷	۳/۹۲	۲۰/۳۸	<۰/۰۰۱

[1]. Religious Coping Scale
[2]. Strang
[3]. General Health Questionnaire
[4]. Goldberg, Hilier

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

احساسات منفی	۱۴/۰۷	۱/۱۴	۵/۸۲	۱/۸۹	ـ۲۸/۷۵	<۰/۰۰۱
ارزیابی خیرخواهانه	۶/۵۰	۲/۳۹	۱۵/۴۴	۴/۱۵	۱۴/۳۴	<۰/۰۰۱
مقابلهٔ منفعل	۱۰/۷۸	۰/۹۷	۴/۲۳	۲/۰۲	ـ۲۲/۳۶	<۰/۰۰۱
مقابلهٔ فعال	۰/۰۵۳	۰/۰۲۸	۸/۸۰	۲/۱۳	۱۴/۵۸	<۰/۰۰۱

براساس یافته‌های جدول ۲ تفاوت معنادار و مثبتی بین میانگین‌های نمرات دو گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی در همهٔ ابعاد متغیر مقابلهٔ مذهبی وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۳. مقایسهٔ تفاوت سلامت عمومی در بین دو گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی

متغیرها	مادران کودکان کم‌توان ذهنی		مادران کودکان عادی			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	t	مقدار p
نشانه‌های جسمی	۸/۶۴	۳/۵۹	۳/۴۹	۲/۲۷	۹/۳۶	<۰/۰۰۱
نشانه‌های اضطرابی	۸/۲۲	۳/۹۷	۳/۵۹	۲/۶۵	۷/۴۸	<۰/۰۰۱
اختلال در کارکردهای اجتماعی	۷/۸۶	۲/۹۶	۵/۶۶	۱/۳۶	۵/۱۵	<۰/۰۰۱
افسردگی	۳/۳۸	۲/۸۲	۱/۲۴	۱/۳۴	۵/۲۳	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۳ تفاوت معنادار و مثبتی بین میانگین‌های نمرات دو گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی در همهٔ ابعاد متغیر سلامت عمومی دیده می‌شود ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

بر پایهٔ یافته‌های این تحقیق تفاوت معناداری بین دو گروه از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی، در متغیرهای ابعاد مقابلهٔ مذهبی مشاهده شد. باتوجه به اطلاعات توصیفی در این مقایسه، رتبهٔ میانگین نمرات در ابعاد فعالیت‌های مذهبی و ارزیابی خیرخواهانه و فعالیت‌های مذهبی فعال در مادران دارای فرزند عادی بیشتر از گروه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است؛ همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات دو گروه از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و عادی در متغیر سلامت عمومی (ابعاد سلامت عمومی) وجود دارد.

نتایج به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات کیز (۹)، اولسون و هانگ (۱۶)، هبرت و همکاران (۱۸) و رجبی و همکاران (۱۹) هم‌خوانی دارد. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که مقابلهٔ مذهبی منفی با سلامت روان‌شناختی کمتر، نبودن احساس شادکامی، علائم افسردگی و رضایت کمتر از زندگی رابطه دارد؛ همچنین پژوهش‌ها بیان می‌کند مادرانی که دارای اعتقادات مذهبی بیشتری بوده و با مردم و موقعیت‌ها، براساس آموزه‌های دینی و اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه‌شدهٔ دینی و عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت برخورد می‌کردند و همچنین مناسک مذهبی و ارزنده‌سازی مذهبی را به‌جا می‌آوردند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. ازسوی‌دیگر، مادرانی که از زندگی ناخشنود بوده و دربارهٔ حیات و معنای زندگی و زندگی پس از مرگ دارای تردید و دودلی بودند، سلامت روانی کمتری داشتند (۹).

یافته‌های این پژوهش، با نتایج تحقیقات نانی‌میکر و مک‌نیلی و بلوم (۱۳)، اکلین و براون و موگر (۱۵)، شریفی و همکاران (۲۱)، قرائی، اکبری دهقی، احمدوند و زنوریان (۲۲) هم‌خوانی دارد. نتایج این پژوهش‌ها بیان کرد که مذهب و معنوی‌بودن با عزت‌نفس بیشتر، اضطراب و افسردگی کمتر، شادکامی و سلامت روان بهتر رابطه دارد؛ همچنین پژوهش‌ها نشان داد شرکت در مراسم دینی و به‌طورکلی التزام عملی به احکام و دستورات دینی و مذهبی سبب امنیت و اطمینان اساسی شده که به نجات و رهایی فرد کمک می‌کند (۲۲) به‌عنوان مثال، در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی خود فرد، فعالیت‌های مقابله‌ای، منابع حمایتی و اینکه این نوع روی‌آوری می‌تواند نقش کاهش‌دهندهٔ فشار روانی را ایفا کند (۲۶). بدین‌ترتیب، مذهب و معنویت می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامت روانی افراد فراهم کند. افرادی که خود را مذهبی‌تر می‌دانند، حمایت و تأیید و تشویق بیشتری از طرف دوستان و خانواده دریافت‌کرده و این پیوندهای اجتماعی‌معنوی، می‌تواند با افزایش حس ایمنی و تعلق، بر سلامت و بهزیستی افراد مؤثر باشد (۲۳).

درراستای اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، می‌توان استنباط کرد حوادث نامطبوع زندگی قادرند سلامت روان‌شناختی را تحت‌تأثیر قرارداده و آن را مختل کنند؛ همچنین منجربه مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب شوند. بر این

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

اساس تولد فرزند کم‌توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند باایجاد تنیدگی سبب کاهش بهزیستی و سلامتی و احساس غمگینی و ناامیدی شود. اثرات منفی این امر وقتی تشدید می‌شود که والدین حضور فرزند کم‌توان ذهنی را به‌عنوان منبعی از تنبیه و طرد از سوی خدا تلقی کنند؛ همین‌طور، ارزیابی خیرخواهانه و فعال مبنی‌بر وجود حکمت و خیر و خوبی از طرف خداوند و تلاش برای رفع مشکلات، می‌تواند باعث ارتقای سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شود.

از محدودیت‌های پژوهش،می‌توان به نوع روش تحقیق علی‌مقایسه‌ای اشاره کرد که امکان استنباط رابطهٔ علت‌ومعلولی بین متغیرها را فراهم نمی‌کند؛ همچنین حجم محدود نمونه و روش نمونه‌گیری دردسترس است که این امر تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها را دشوار می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود مؤسسه‌ها و مراکز مرتبط با والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی، به سبک مقابلهٔ مذهبی والدین توجه‌کرده و با ارائهٔ آموزش‌ها و برنامه‌های فرهنگی درجهت ارتقای سبک مقابلهٔ مذهبی فعال و خیرخواهانه و بررسی تأثیر آن بر بهبود سلامت روان والدین، بپردازند؛ همین‌طور، پیشنهاد می‌شود جهت بررسی علی نقش سبک مقابلهٔ مذهبی بر سلامت روان از طرح‌های پژوهشی آزمایشی استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

از عوامل کاهندهٔ تأثیر فشارهای زندگی، باورهای مذهبی است. کسی که قرآن را هدایت‌گر و راهنمای زندگی خود می‌داند، انتظار وقوع مشکلات در زندگی را داشته و سختی‌ها و ناگواری‌ها را به‌عنوان خواست و صلاح‌دید الهی به‌شمار می‌آورد. چنین فردی دربرابر عوامل فشارزا، امید به گشایش و حل آن‌ها در وجودش باقی است و آینده را روشن می‌بیند. از این طریق، استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی را تحمل می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق‌داشتن به سرچشمه‌ای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های سخت زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و روحانی و نظایر آن، همگی ازجمله منابعی بوده که افراد با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. خانوادهٔ کودکان کم‌توان ذهنی به‌خصوص مادران آن‌ها، استرس منحصربه‌فردی را تجربه می‌کنند که بر سلامت روانی عملکرد خانوادگی‌شان تأثیرگذار است؛ بنابراین مقابلهٔ مثبت با موقعیت‌های استرس‌زا ممکن است بتواند باعث افزایش سلامت روانی و کاهش علائم بیماری و ناراحتی و آشفتگی شود.

۶ تشکروقدردانی

این مقاله مربوط به قسمتی از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد هادی اشترک و تحت‌نظر دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم‌وتحقیقات شهرستان زاهدان بوده است. از تمامی شرکت‌کنندگان در انجام پژوهش تشکروقدردانی می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]

References

1. Rogers MB, Loewenthal KM. Religion, identity and mental health: Perceived relationships within a multi-dimensional framework. Soc Psychol Rev. 2003;5:43–81.
2. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. Ann Intern Med. 1988;108(1):125–130.
3. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. J Consult Clin Psychol. 1998;66(2):411- 422.
4. Fathi M. Intimate talk with MS patients. Tehran: Shahidparvar Pub; 2006.
5. King PE, Roeser RW. Religion and Spirituality in Adolescent Development. In: Handbook of Adolescent Psychology. John Wiley & Sons, Inc.; 2009.
6. Lewis CA, Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. Personal Individ Differ. 2005;38(5):1193–1202.
7. Pargament KI. The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. Psychol Inq. 2002;13(3):168–181.
8. Bahrami Ahsan H, Pourmirsaleh YR. The Relationship between Coping Style, Religiosity and Personality with Mental Health Mothers of Children with Intellectual Disabilities. Journal of Exceptional Children. 2011; 3(37): 245-258. [Persian]
9. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav. 2002;207–222.
10. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychol Bull. 2004;130(4):601-630.
11. Baker BL, McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. J Intellect Disabil Res. 2003;47(4–5):217–230.
12. Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth-Szabó K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. J Adolesc. 2011;34(1):39–47.
13. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Soc Sci Med. 2003;57(11):2049–2054.
14. Abbotts JE, Williams RG, Sweeting HN, West PB. Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. Soc Sci Med. 2004;58(3):645–656.
15. Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. J Relig Health. 1983;22(4):322–333.
16. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2001;45(6):535–543.
17. Ismail Z, Desmukh S. Religiosity and psychological well-being. Int J Bus Soc Sci. 2012;3(11): 20-28.
18. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. J Palliat Med. 2009;12(6):537–545.
19. Rajabi M, Saremi AA, Bayazi MH. The relationship between religious coping patterns, mental health and happiness. 2012; 8(32); 363-371. [Persian]
20. Ghodrati M, Khormaie E. The relationship between religiosity and mental health in adolescents. 2010;2(5):115–31. [Persian]
21. Sharifi T. Examine the relationship between religious attitude and general health, depression, anxiety, aggression and tolerance in Islamic Azad University, Ahvaz Danjvyan. [Master Thesis in Psychology]. Islamic Azad University, Ahvaz; 2002. [Persian]
22. Gharaei B, Akbari Dehaghi A, Ahmadvand A, Zenoriyan S. Relationship between religion internally and externally and mental health in Kashan. University of Tabriz Journal of Psychology. 2008;3(10):59-83. [Persian]
23. Parandeh L. Study the relationship between religious coping with stress, anxiety, depression and quality of life of mothers of children with defective hearing. [MS Thesis]. Sistan and Baluchistan: University of Sistan and Baluchistan; 2012. [Persian]
24. Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping with deppression and caregiver burnout in family caregivers. Mod Care J. 2012;9(4):327–335. [Persian]
25. Hameed N, Golestanipoor M, Karimnejad F. Simple correlation and multiple religious identity, mental health and optimism. Psychology and Religion. 2013; 6(1): 77-90. [Persian]
26. Shoaa Kazemi M. The relationship between religious coping strategies and mental health in Multiple Sclerosis Patient (MS). Journal of Applied Psychology. 2009; 3(9): 57-66. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.20.1]