

## رابطه سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی

دکتر هادی بهرامی احسان<sup>۱\*</sup>، یاسر رضا پور میر صالح<sup>۲</sup>

پذیرش نهایی ۳/ ۸۹/۷

تجدیدنظر: ۸/ ۸۹/۲

تاریخ دریافت: ۴/ ۵/ ۸۸

### چکیده

**هدف:** با توجه به اهمیت سلامت روان در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد. روش: نمونه پژوهش شامل ۹۵ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای (WOCQ)، جهت‌گیری مذهبی، پنج عامل شخصیت (NEOPI\_R) و سلامت عمومی (GHQ) گردآوری و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت هر یک قادر به پیش‌بینی درصد معناداری از سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی هستند. در مجموع، نتایج تحلیل رگرسیون از ۱۷ زیر مقیاسی که برای پیش‌بینی تغییرات سلامت روان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی در این پژوهش به کار رفتند، نشان داد که تنها مذهب گرایی و روان رنجور خوبی به نحو معناداری میزان سلامت روانی مادران را تبیین می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که کمک به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در پذیرش کودک خود، یافتن معنا در زندگی و محکم‌تر کردن اعتقادات مذهبی خود می‌تواند تأثیر بسزایی در افزایش سطح سلامت روان آنها داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی، ابعاد شخصیت، سلامت روان، کم‌توانی ذهنی

### مقدمه

سلامت روان از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است که کیس (۲۰۰۲) آن را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی<sup>۱</sup>) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی<sup>۲</sup> و روان‌شناختی<sup>۳</sup>) تعریف می‌کند. بنا به نظر وی سلامت روانی با وجود کامیابی<sup>۴</sup> و عدم وجود سستی و ضعف<sup>۵</sup> رابطه دارد. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت روانی و سلامت جسمانی را نشان می‌دهند (موردچاچ و آگستون، ۱۹۸۴؛ رومنز-کلارسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ آربوم، ۱۹۸۶؛ ایسکس، ۱۹۹۸؛ لیم،

۲۰۰۲؛ هولاهان، ۲۰۰۳؛ لارویک و همکاران، ۲۰۰۶). تولد کودک کم‌توان ذهنی شوک بزرگی برای والدین او محسوب می‌شود (آربوم، ۱۹۸۶). به همین دلیل مادران کودکان کم‌توان ذهنی ممکن است احساس گناه<sup>۶</sup>، خشم<sup>۷</sup> و خجالت<sup>۸</sup> را تجربه کنند (لیم، ۲۰۰۲). کومینگز، بایلی و ری (۱۹۶۶) گزارش کردند که مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی احساس پریشانی<sup>۹</sup> و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی داشتند و نسبت به آنها در کنترل خشم کودک خود، مشکل بیشتری داشتند. آنها سطوح بالایی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی را نسبت

\* (Email: hbahrami@ut.ac.ir)

۱- نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی دانشگاه تهران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران

پژوهشهایی که در زمینه سبک‌های مقابله‌ای روی مراقبان<sup>۱۳</sup> افراد سالمند و مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است، نشان می‌دهد که در مجموع سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور<sup>۱۴</sup> برای آنها مفید نیست، اما سبک مقابله‌ای ارزشیابی مجدد مثبت<sup>۱۵</sup> (برای مثال نگاه به یک موقعیت با نگرشی مثبت‌تر از قبل) که لازاروس آن را جزء سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور طبقه‌بندی می‌کند، در مقابله آنها با موقعیتهای استرس‌زا مفید واقع می‌شود (لارویک و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای مسئله محور<sup>۱۶</sup> نیز برای مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی، در مقابله با موقعیتهای استرس‌زا مفید باشند (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ کارور، اسکیر و وینتراب، ۱۹۹۸؛ فری، گرینبرگ و فیول، ۱۹۸۹) رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای والدین و سازگاری خانوادگی را در خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنها نشان داد پدرانی که بیشتر از سبک مقابله‌ای حل مدبرانه مسئله<sup>۱۷</sup> استفاده می‌کردند، سازگاری<sup>۱۸</sup> خانوادگی بیشتری نسبت به پدرانی که کمتر از این سبک مقابله‌ای استفاده می‌کردند، داشتند. استفاده از سبک مقابله‌ای گریز-اجتناب<sup>۱۹</sup> با سازگاری خانوادگی ضعیفی در پدران همراه بود، اما این مسئله در مورد مادران صدق نمی‌کرد. در والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی، مادرانی که از سبک مقابله‌ای اجتنابی در موقعیتهای استرس‌زا استفاده می‌کردند، پیوستگی<sup>۲۰</sup> خانوادگی کمتری را نشان می‌دادند و پدرانی که از سبک مقابله‌ای اجتنابی در موقعیتهای استرس‌زا استفاده می‌کردند ابرازگری<sup>۲۱</sup> خانوادگی کمتری را نشان می‌دادند (هولاهان، ۲۰۰۳). به طور کلی پژوهشها نشان می‌دهند که استفاده از روشهای هیجان‌محور<sup>۲۲</sup> در مقابله با موقعیتهای استرس‌زا با سطح بالایی از علائم روان‌شناختی همراه است، در حالی‌که استفاده از روشهای مسئله‌محور<sup>۲۳</sup> با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه است (فلتون و رونسون، ۱۹۸۴؛

به مادران کودکان عادی تجربه می‌کردند و این استرس ناشی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی با سطح سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی پایین آنها رابطه داشت. زندگی پر استرس والدین کودکان دارای کم‌توانی ذهنی، منجر به افزایش سطح افسردگی آنها می‌شود (لیم به نقل از هامن، ۲۰۰۲). رومنز-کلارکسون و همکاران (۱۹۸۶) گزارش کردند که مادران کودکان معلول ذهنی نشانه‌های روان‌پزشکی بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی نشان می‌دهند و تعارضات<sup>۱۰</sup> موجود در روابط زناشویی آنها اغلب منجر به طلاق می‌شود. ایمرسون (۲۰۰۳) نیز نشان داد که داشتن یک کودک کم‌توان ذهنی، مثبت‌اندیشی<sup>۱۱</sup> و سلامت روانی مادر را کاهش می‌دهد. به طور کلی مرور مطالعاتی که روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده، نشان می‌دهد که زندگی پر استرس، فشارهای هیجانی، تعارضات خانوادگی، مشکلات کنترل و نگهداری کودک، و احساس گناه باعث پایین آمدن سطح سلامت روانی در آنها می‌شود (لیم، ۲۰۰۲). در ایران نتایج پژوهش قمری (۱۳۸۲) نشان داد که مادران دانش‌آموزان عادی نسبت به مادران دانش‌آموزان کم‌توان از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

عوامل مختلفی بر سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر می‌گذارد که یکی از آنها، سبک‌های مقابله‌ای<sup>۱۲</sup> است. همانگونه که ذکر شد خانواده کودکان کم‌توان ذهنی خصوصاً مادران آنها استرس منحصر به فردی را تجربه می‌کنند که روی سلامت روانی آنها و همچنین روی عملکرد خانوادگی آنها تأثیرگذار است (هولاهان، ۲۰۰۳). بنابراین مقابله مناسب با این موقعیتهای استرس‌زا می‌تواند باعث افزایش سطح سلامت روانی آنها شود (لارویک و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشهای زیادی در رابطه با سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان انجام شده‌اند، اما به دلیل اینکه هرکدام، از مقیاسهای مقابله‌ای متفاوتی استفاده کرده‌اند، ارزیابی آنها مشکل است. به طور کلی

گرفته است (مالتبی و دی، ۲۰۰۴). ویژگیهای شخصیتی در حوزه‌های وسیعی از جمله پیش‌بینی مشکلات رفتاری کاربرد دارند (مک‌کری، ۲۰۰۴). همچنین شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه ویژگیهای شخصیتی با ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد (جوشنلو، نصرت‌آبادی و جعفری‌کندوان، ۱۳۸۶). با استفاده از هر دو مدل ۵ عامل بزرگ شخصیت (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲) و سه عامل شخصیت آیزنگ نشان داده شده است که در درجه نخست روان رنجور خوبی<sup>۲۵</sup>، چه در نمونه‌های بالینی و چه در نمونه‌های غیربالینی، با سطح پایین سلامت روانی همبستگی دارد (مالتبی و دی، ۲۰۰۴). آرگیل و لو (۱۹۸۷) نشان دادند که بین ویژگیهای شخصیتی با سطح سلامت روانی که افراد گزارش می‌کنند، همبستگی وجود دارد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که سبک نگرش خوش‌بین<sup>۲۶</sup> و روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی<sup>۲۷</sup> قادر به پیش‌بینی سطح سلامت روان افراد هستند. پژوهشهای دیگری نیز عنوان کرده‌اند که روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی با سلامت روان واریانس مشترک دارند و قادر به پیش‌بینی آن هستند (برنر، دونالدسون، کربی و وارد، ۱۹۹۵، فرانسیس<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ فرنام و چنگ، ۱۹۹۷ و ۲۰۰۱). مالتبی و دی (۲۰۰۴) گزارش کردند که روان‌رنجورخویی با سلامت روان، همبستگی منفی و برون‌گرایی با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. اگر تعریف کیس از سلامت روانی را به عنوان ترکیبی از احساسات و عملکرد مثبت که شامل بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی می‌شود، در نظر بگیریم، پژوهش اسکیماک (۲۰۰۲) و اسکموت و ریف (۱۹۹۷) نشان می‌دهد که برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی با سلامت روانی همبستگی دارد. یافته‌های این پژوهشها مانند پژوهش مالتبی و دی نشان‌دهنده این است که روان‌رنجورخویی با سلامت روان، رابطه منفی و برون‌گرایی با سلامت روان رابطه مثبت دارد. جوشنلو، نصرت‌آبادی و جعفری‌کندوان

استنتون، تنن، افلک و مندونا، ۱۹۹۲؛ آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷). به هر حال فرایند حقیقی سبکهای مقابله‌ای، ماهیت تفاوت‌های فردی بین خانواده‌ها و تأثیر سبکهای مقابله‌ای والدین بر روی خانواده به عنوان یک واحد یکپارچه و نظام‌مند هنوز به خوبی مشخص نشده است (هولاهان، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از عواملی که پیش‌بینی می‌شود با سطح سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی رابطه داشته باشد، گرایشهای مذهبی<sup>۲۴</sup> آنهاست. سلامت افراد به شدت با رفتارهایی که در بافت اجتماعی - فرهنگی یاد گرفته می‌شود، ارتباط دارد. به درستی ثابت شده است که یادگیریهای اجتماعی و فرهنگی از جمله گرایشهای مذهبی روی سلامت روانی افراد، تأثیرگذار است (رو و ونگ، ۲۰۰۶). شواهد زیادی مبنی بر رابطه دین و معنویت با سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. رو و ونگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان دادند که از میان ۴۳ پژوهش انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت روانی، ۸۴ درصد آنها رابطه مثبتی را میان این دو پیدا کردند. کوینگ، مک کالو و لارسون (۲۰۰۱) گزارش کردند که از میان ۸۵۰ پژوهشی که رابطه بین مذهب و سلامت روانی را بررسی می‌کرد، دو سوم آنها رابطه مثبت و معنی‌داری را میان عمل به باورهای مذهبی و سلامت روانی پیدا کرده بودند. پژوهشهایی که در ایران انجام شده نشان می‌دهد که گرایشهای مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد (آرین، ۱۳۷۸)، و قادر است به صورت مثبت سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند. همچنین در پژوهشی که صالحی و همکاران (۱۳۸۶) انجام دادند، عملکرد مذهبی روی سلامت روان و منبع کنترل درونی، تأثیر مثبت و مستقیم داشت.

عامل سومی که پیش‌بینی می‌شود بر ارتقای سطح سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر می‌گذارد، ویژگیهای شخصیتی آنهاست. رابطه بین این متغیر و سلامت روان به خوبی مورد بررسی قرار

(۱۳۸۶) گزارش کردند که سطوح بالا و پایین بهزیستی اجتماعی به طور معناداری از طریق روان‌رنجورخویی در دختران و برون‌گرایی در پسران، قابل تشخیص است.

بر اساس تحقیقات روان پزشکی دانشگاه آکسفورد میزان شیوع کم‌توانی ذهنی ۱ درصد جمعیت عمومی است. در کشور ما نیز حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر کم‌توان ذهنی وجود دارد که اکثراً به علت بلوغ و مشکلات آن، از سوی خانواده پذیرفته نمی‌شوند. همان‌گونه که می‌دانیم خانواده واحدی یکپارچه و نظام‌مند است و به وجود آمدن هرگونه مشکل در یکی از اعضای آن، بقیه را نیز درگیر آن مشکل می‌کند. تعارضات خانوادگی در والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی، اغلب باعث افزایش طلاق در آنها می‌شود (رومنز-کلارکسون، ۱۹۸۶). حتی برخی از مادران این کودکان در دوران حاملگی هنگامی که از طریق آزمایش‌های این مقطع متوجه کم‌توان بودن کودک خود می‌شدند، آرزو می‌کردند که کودک آنها سقط شود (آربوم، ۱۹۸۶). از سویی دیگر، به علت اینکه مادران نسبت به پدران بیشتر درگیر مشکل کم‌توانی ذهنی کودک خود می‌شوند و نقش فرزندپروری بیشتری را نسبت به پدران ایفا می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات روان‌شناختی هستند (لیم، ۲۰۰۲). در کشور ما نیز وضع به همین ترتیب است؛ بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و برنامه‌ریزی برای افزایش آن می‌تواند از وقوع چنین مشکلاتی پیشگیری کند. به علاوه افزایش عملکرد روانی خانواده کودکان کم‌توان ذهنی خصوصاً مادران آنها، باعث همکاری بیشتر آنها در روند توانبخشی و در نتیجه پیشرفت کودک در این زمینه‌ها می‌شود. این مسئله از نظر متخصصان توانبخشی امری ثابت شده است.

هدف اصلی این پژوهش بررسی چگونگی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روانی مادران دارای

کودک کم‌توان ذهنی است. همچنین پرسش‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱- آیا سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی رابطه دارد؟ ۲-، از میان متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت، کدامیک قادر به تبیین سلامت روان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی هستند؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی ساکن مناطق ۵ و ۶ شهر تهران. به علت مشکلات نمونه‌گیری تصادفی و پراکندگی مراکز نگهداری کودکان کم‌توان ذهنی در سطح شهر تهران و هزینه‌های مالی و زمانی آن، ۹۵ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آنجا که سطح اجتماعی - اقتصادی نیز روی سلامت روانی خانواده کودکان کم‌توان ذهنی تأثیرگذار است (آربوم، ۱۹۸۶) به منظور کنترل سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده‌ها، اعضای نمونه تنها از مناطق ۵ و ۶ شهر تهران، با فرض اینکه محل سکونت نشان‌دهنده سطح اقتصادی افراد است، انتخاب شدند. همچنین به علت اینکه سن کودک و سطح عقب‌ماندگی ذهنی وی نیز در سلامت روان والدین آنها تأثیرگذار است (لیم، ۲۰۰۲)، تنها مادرانی که کودک آنها در محدوده سنی ۱۳-۵ و سطح عملکرد ذهنی تربیت‌پذیر (ضریب هوشی ۵۰-۲۵) بود، در گروه نمونه قرار گرفتند. با این توصیف عملاً تأثیرات سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها به علت شباهت منطقه زندگی و نیز سن کودک کم‌توان ذهنی به علت محدود کردن دامنه انتخاب، کنترل شد. از بین شرکت کنندگان، ۴۴ نفر دارای فرزند پسر و ۴۴ نفر دارای فرزند دختر بودند، ۷ نفر باقی مانده نیز جنسیت فرزند خود را گزارش نکردند. ۱۰ نفر از

تکرار شد. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس از چهار عامل مذهب‌گرایی<sup>۳۸</sup>، سازمان‌یافتگی مذهبی<sup>۳۹</sup>، ارزنده‌سازی مذهبی<sup>۴۰</sup>، و کام‌جویی<sup>۴۱</sup> اشباع شده است (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۴). ضریب پایایی<sup>۴۲</sup> این فرم بین ۰/۹۱ و ۰/۸۵ بود، همچنین روایی محتوایی<sup>۴۳</sup> و سازه<sup>۴۴</sup> آن نیز بررسی و تأیید شده است (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۴). به منظور ارزیابی روایی محتوایی مقیاس مواد آماده شده به ۵۰ روحانی عرضه شد که آنها مقیاس را واجد روایی محتوایی مطلوب ارزیابی کردند. در پژوهشی مقیاس معبد به مثابه ملاک انتخاب و میزان همگرایی مقیاس جهت‌گیری مذهبی با آن بررسی شد. نتایج حکایت از همبستگی بسیار بالای این دو آزمون در همه زمینه‌ها داشت (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

پنج عامل شخصیت (NEOPI\_R): این آزمون دارای ۲۴۰ عبارت است که پنج عامل بزرگ شخصیت شامل روان رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی، برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی، گشودگی<sup>۴۵</sup> به تجربه‌ها یا اندیشه‌ها، توافق<sup>۴۶</sup> در برابر تقابل و وجدانی بودن<sup>۴۷</sup> در برابر گرایش به کار را می‌سنجد. مشارکت‌کننده پاسخ‌مورد نظر خود را برای هر عبارت در مقیاسی ۵ گزینه‌ای (کاملاً قبول تا کاملاً رد) ارائه می‌دهد. این آزمون از ۵ مقیاس اصلی و ۳۰ شاخص یا زیر مجموعه تشکیل شده و امکان بررسی گسترده شخصیت بزرگسالان را فراهم می‌کند. مقیاسهای این آزمون از ترکیب برداشت منطقی روشهای آماری تحلیل عوامل به دست آمده اند که در ۲۰ سال گذشته در پژوهشهای گسترده پایایی و روایی خوبی را نشان داده‌اند (حق‌شناس، ۱۳۸۵). در پژوهشی طولی، برای هجده زیر مقیاس ابعاد روان‌نژندی، برون‌گرایی و گشودگی ضرایب پایایی ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ و برای پنج عامل اصلی در مردان و زنان ضرایب پایایی ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ به دست آمد (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲). در پژوهشی که حق‌شناس (۱۳۸۵) در مورد هنجاریابی ویژگیهای

مادران دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۸ نفر دارای سطح تحصیلات متوسطه و دیپلم، و ۲۸ نفر دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر بودند. ۹ نفر باقی مانده نیز سطح تحصیلات خود را گزارش نکردند. ۶۸ نفر از مادران خانه‌دار، ۸ نفر فرهنگی و ۵ نفر کارمند بودند. میانگین سن مادران نیز ۳۵/۶ سال بود.

## ابزار

آزمودنیها در این پژوهش به چهار پرسشنامه پاسخ

دادند:

پرسشنامه سبکهای مقابله‌ای<sup>۲۹</sup> (WOCQ): این پرسشنامه را فولکمن<sup>۳۰</sup> و لازاروس (۱۹۸۵) طراحی کرده و شامل ۶۶ گویه است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این پرسشنامه هشت روش مقابله را ارزشیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند. سبکهای مقابله‌ای مسئله‌محور شامل جست‌وجوی حمایت اجتماعی<sup>۳۱</sup>، مسئولیت‌پذیری<sup>۳۲</sup>، حل‌مدبرانه مسئله<sup>۳۳</sup> و ارزیابی مجدد مثبت و سبکهای مقابله‌ای هیجان‌محور شامل رویارویی<sup>۳۴</sup>، دوری‌گزینی<sup>۳۵</sup>، خویش‌تن‌داری<sup>۳۶</sup> و گریز-اجتناب<sup>۳۷</sup> می‌شود. لازاروس ثبات درونی مقیاسها را از ۰/۷۹ تا  $\alpha = 0/66$  را برای هر یک از روشهای مقابله‌ای ذکر کرده است (به نقل از هاشم‌زاده ۱۳۸۵). زین‌العابدینی (۱۳۸۳) و مروجی طبسی (۱۳۸۳) پایایی این آزمون را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۲ و هاشم‌زاده (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ به دست آوردند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی (IRS): این مقیاس را که بهرامی‌احسان در ایران تهیه و هنجاریابی کرده، دارای ۶۴ گویه است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. به منظور بررسی روایی سازه و نیز تحلیل ساختارهای عاملی آزمون، روش تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی و در چرخش با استفاده از روش مایل مستقیم، تحلیل

۱۳۷۷). کافی، بوالهروی و پیروی (۱۳۷۷) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۹ گزارش کردند. در بررسی حقیقتی، عطاری، سینارحیمی و سلیمانی نیا (۱۳۷۸) روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نود سؤالی بازنگری شده (SCL-90-R)، محاسبه شد و ضریب آلفا برای چهار خرده‌مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به‌دست آمده است. پژوهش‌های دیگری نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۸-۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۲-۰/۷۹ را برای این مقیاس گزارش کردند (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴، حسینی، ۱۳۷۴ و باقری‌یزدی و همکاران، ۱۳۸۲). علوی (۱۳۸۶) در پژوهشی که روی هنجاریابی و بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی انجام داد، ضریب آلفای آن را ۰/۹۳ و همبستگی آن با چهار خرده‌مقیاس آزمون SCL-90، ۰/۶۹ به‌دست آمد که در سطح  $P=0/01$  معنادار بود. همچنین اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۲ گزارش کرد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به‌دست آمد.

### روش اجرا

پس از هماهنگی با مسئولان و مربیان سه مرکز نگهداری کودکان کم‌توان ذهنی در منطقه ۵ و ۶، مادران کودکانی که با ارزیابی مسئولان مرکز در سطح تربیت پذیر تشخیص داده شده بودند و در محدوده سنی ۱۳-۵ قرار داشتند، شناسایی شدند. ابتدا توضیحاتی را درباره تحقیق، اهداف، مزیت‌های آن و نحوه کامل کردن پرسشنامه‌ها به مادران داده شد و آنها از محرمانه ماندن مشخصات خود اطمینان یافتند. سپس از مادران خواسته شد حین انتظار برای انجام مراحل درمانی کودک خود به پرسشنامه‌های داده شده، به دقت جواب دهند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌های به‌دست آمده به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تحلیل شد.

روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی انجام داد، بازآزمایی با میانگین ۶/۷ ماه بر روی ۲۶ مورد ضرایب همبستگی بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ را برای مقیاس‌های آزمون نشان داد. همچنین بررسی ثبات درونی مقیاسها و ضرایب همبستگی میان آنها نشان‌دهنده همبستگی بالای هر یک از شاخصها با مقیاس مربوطه و عدم وجود همبستگی مثبت قابل توجه با شاخص‌های مرتبط با مقیاس‌های دیگر بود. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این مقیاس (NEO-FFI\_R) که دارای ۶۰ عبارت است، استفاده شده است. این فرم در مورد دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران هنجاریابی شده است (کیامهر، ۱۳۸۱). خسروی الحسینی (۱۳۸۵) ضریب آلفای آن را ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ گزارش کرده است. پرسشنامه پنج عاملی نوین (NEO-FFI\_R) در جامعه دانشجویان علوم انسانی و ایران دارای پایایی و روایی قابل قبولی است و با اندکی تفاوت دارای همان ساختار عاملی است که در کشورهای اروپایی و آمریکایی به‌دست آمده است (کیامهر، ۱۳۸۱). ضریب پایایی با روش همسانی درونی برای عوامل N، E، C، O و A به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۵۴ و ۰/۶۱ به‌دست آمد (کیامهر، ۱۳۸۱). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۶۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلیر<sup>۴۸</sup> در سال ۱۹۷۹ طراحی کردند. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان‌دهنده چهار خرده‌مقیاس علائم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی است که هر خرده‌قیاس هفت پرسش را در بر می‌گیرد. این آزمون علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده علائم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. بالاترین نمره ۸۴ است و نمره برش آن که افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد ۲۳ است (استورا،

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در متغیرهای سبکهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی، ابعاد شخصیت و سلامت روان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های مادران در متغیرهای موجود در مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سبکهای مقابله‌ای	۶/۱۶	۳/۱۱	جهت‌گیری مذهبی	۹۵/۵۱	۱۸/۲۷
دوری‌گزینی	۶/۲۲	۲/۸۲	ارزنده‌سازی	۲۰/۳۱	۶/۷۴
خویش‌داری	۹/۸۳	۳/۳۶	سازمان‌ناپافتگی	۲۹/۹	۱۳/۶۳
جست‌وجوی حمایت اجتماعی	۸/۸۱	۳/۷۱	کامجویی	۴/۶۵	
مسئولیت‌پذیری	۴/۶۷	۳/۷۱	ابعادشخصیت	۲۲/۰۸	۷/۹۸
اجتناب	۸/۰۶	۳/۴۷	برون‌گرایی	۲۷/۴۴	۷/۰۱
مشکل‌گشایی	۶/۹۷	۲/۸۳	گشودگی	۲۴/۳	۴/۲۴
ارزیابی مثبت	۱۰/۸۸	۳/۸۸	توافق	۳۱/۰۵	۴/۹
سلامت روان	۲۷/۰۳	۱۵/۲۸	وجدانی بودن	۳۵/۷۷	۶/۹۱

ترتیب در سطح  $p < 0.01$  و  $p < 0.05$  همبستگی مثبت معنادار و میان سازمان‌ناپافتگی و سلامت روان همبستگی منفی معنادار ( $p < 0.01$ ) وجود دارد، و بالاخره جدول ۴ نشان می‌دهد که میان برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سلامت روان همبستگی مثبت معنادار ( $p < 0.01$ ) و میان روان‌رنجورخویی و سلامت روان همبستگی منفی معنادار ( $p < 0.01$ ) وجود دارد.

برای پاسخ به سؤال اول، همبستگی میان سبکهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان محاسبه شد. همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است میان سبک مقابله‌ای خویش‌داری و سلامت روان همبستگی مثبت معنادار ( $p < 0.05$ ) و میان سبک مقابله‌ای اجتناب و سلامت روان همبستگی منفی معنادار ( $p < 0.01$ ) وجود دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که میان مذهب‌گرایی و ارزنده‌سازی مذهبی با سلامت روان به

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین سبکهای مقابله‌ای و سلامت روان

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- رویارویی	۱								
۲- دوری‌گزینی	۰/۰۷	۱							
۳- خویش‌داری	۰/۱۳	۰/۴۱**	۱						
۴- جست‌وجوی حمایت اجتماعی	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۱۹	۱					
۵- مسئولیت‌پذیری	۰/۲۲	۰/۲۵*	۰/۱۸	۰/۳۸**	۱				
۶- اجتناب	۰/۲۵	۰/۲۵*	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۳۱**	۱			
۷- مشکل‌گشایی	۰/۴۷	۰/۲۶*	۰/۳۲**	۰/۳۴**	۰/۴۱**	۰/۲۳*	۱		
۸- ارزیابی مثبت	۰/۲۷	۰/۴۱**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۱۰	۰/۵۰**	۱	
۹- سلامت روان	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۲۱*	۰/۰۳	-۰/۰۴	-۰/۳۴**	۰/۰۴	۰/۱۹	۱

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین گرایشهای مذهبی و سلامت روان

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱	۱- مذهب گرایی
			۱	۰/۷۷**	۲- ارزش‌سازی
		۱	-۰/۱۶	-۰/۲۹**	۳- سازمان نیافتگی
	۱	۰/۱۸	-۰/۵۳**	-۰/۳۹**	۴- کامجویی
۱	-۰/۱۲	-۰/۵۲**	۰/۲۴*	۰/۳۸**	۵- سلامت روان
		**p<۰/۰۱		*p<۰/۰۵	

جدول ۴- ضرایب همبستگی بین ابعاد شخصیت و سلامت روان

۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	۱- روان رنجور خویی
				۱	-۰/۶۴**	۲- برون گرایی
			۱	۰/۱۲	-۰/۰۳	۳- گشودگی
		۱	۰/۰۸	۰/۵۴**	-۰/۴۷**	۴- توافق
	۱	۰/۵۹**	۰/۰۱	۰/۵۱**	-۰/۵۲**	۵- وجدانی بودن
۱	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۰۶	۰/۵۰**	-۰/۶۵**	۶- سلامت روان
		**p<۰/۰۱		*p<۰/۰۵		

نشان می‌دهد که در تحلیل سلسله‌مراتبی، هر سه دسته متغیر سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ویژگی‌های شخصیت دارای توان کافی برای پیش‌بینی تغییرات سلامت روانی است. اگر چه  $R^2$  به دست آمده برای سبک‌های مقابله‌ای معادل ۰/۲۲ است، افزودن جهت‌گیری مذهبی مقدار  $R^2$  را به ۰/۴۱ افزایش داده و افزودن ویژگی‌های شخصیت، توان تبیین را به ۰/۵۵ افزایش می‌دهد.

برای پاسخ به این سؤال که کدامیک از متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت قادرند تا سلامت روان مادران کودکان کم‌توان را پیش‌بینی کنند، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت به ترتیب ۲۲، ۴۱ و ۵۵ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند ( $p<۰/۰۱$ ). نتایج

جدول ۵- تحلیل رگرسیون چندگانه سلامت عمومی بر سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت

عاملها	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	$R^2$
سبک‌های مقابله‌ای	رگرسیون	۴۸۰۰/۷۳	۸	۶۰۰/۰۹	۳/۰۷	۰/۰۰۵ <sup>a</sup>	۰/۴۷	۰/۲۲
	باقی‌مانده (خطا)	۱۷۱۶۲/۱۶	۸۶	۱۹۹/۵۶				
	کل	۲۱۹۶۲/۹	۹۴					
جهت‌گیری مذهبی	رگرسیون	۹۰۳۰/۵۳	۴	۱۸۱۲/۳۵	۴۷۷	۰/۰۰۰ <sup>b</sup>	۰/۶۴	۰/۴۱
	باقی‌مانده (خطا)	۱۲۹۳۲/۹۰	۹۰	۱۶۳/۴۸				
	کل	۲۱۹۶۲/۹	۹۴					
ابعاد شخصیت	رگرسیون	۱۲۱۳۳/۵۴	۵	۱۹۵۰/۳۶	۵/۵۹	۰/۰۰۰ <sup>c</sup>	۰/۷۴	۰/۵۵
	باقی‌مانده (خطا)	۹۸۲۹/۰۶	۸۹	۱۳۷/۲				
	کل	۲۱۹۶۲/۹	۹۴					

(a) پیش‌بینی‌کننده: سبک‌های مقابله‌ای (b) پیش‌بینی‌کننده: جهت‌گیری مذهبی (c) پیش‌بینی‌کننده: ابعاد شخصیت



نشان دادند که مذهب‌گرایی ( $\beta=0/34$ ) و روان‌رنجورخویی ( $\beta=-0/52$ ) با توجه به آماره‌های  $t$  به ترتیب با اطمینان ۹۵ درصد و ۹۹ درصد می‌توانند تغییرات مربوط به سلامت روان را پیش‌بینی کنند؛ به عبارت دیگر، افزایش گرایش‌های مذهبی باعث افزایش سلامت روان و افزایش روان‌رنجورخویی باعث کاهش سلامت روان مادران می‌شود.

افزون بر آن ارزیابی ضرایب تأثیر، تحلیل رگرسیون نیز نتایج قابل تأملی را نشان می‌دهد. در مجموع از ۱۷ زیر مقیاس موجود در تحلیل که برای پیش‌بینی تغییرات سلامت روان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی در معادله وارد شدند، تنها مذهب‌گرایی و روان‌رنجورخویی قادرند تا به نحو معنا داری میزان سلامت روانی مادران را تبیین کنند (جدول ۶). نتایج

جدول ۶- ضرایب تأثیر متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت بر سلامت روان

متغیر	B	SEM	Beta	t	p-value
رویارویی	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۱۱	۱/۲۰	۰/۲۷
دوری گزینی	-۰/۴۴	۰/۵۰	-۰/۰۸	-۰/۸۸	۰/۳۸
خویشتن‌داری	۰/۵۸	۰/۴۳	۰/۱۳	۱/۳۶	۰/۱۸
جست‌وجوی حمایت اجتماعی	-۰/۵۸	۰/۴۳	-۰/۰۹	-۰/۹۲	۰/۳۶
مسئولیت‌پذیری	-۰/۵۳	۰/۶۴	-۰/۰۸	-۰/۸۳	۰/۴۱
اجتناب	۰/۲۹	۰/۴۷	۰/۰۶	۰/۶۰	۰/۵۵
مشکل‌گشایی	-۰/۹۲	۰/۸۶	-۰/۱۷	-۱/۶۴	۰/۱۰
ارزیابی مثبت	-۰/۰۹	۰/۴۵	-۰/۰۲	-۰/۲۱	۰/۸۴
مذهب‌گرایی	۰/۲۸	۰/۱۲	۰/۳۴	۲/۲۶	۰/۰۳
ارزنده‌سازی	-۰/۲۰	۰/۳۲	-۰/۰۸	-۰/۵۹	۰/۵۵
سازمان‌نیافتگی	-۰/۱۳	۰/۱۳	-۰/۱۱	-۱/۰۲	۰/۳۱
کامجویی	-۰/۰۵	۰/۳۵	-۰/۰۲	-۰/۱۵	۰/۸۸
روان‌رنجورخویی	-۰/۱۰	۰/۲۶	-۰/۵۲	-۳/۷۳	۰/۰۰۰۱
برون‌گرایی	۰/۲۷	۰/۲۶	۰/۱۲	۱/۰۳	۰/۳۱
گشودگی	-۰/۳۶	۰/۳۳۳	-۰/۱۰	-۱/۰۸	۰/۲۸
توافق	۰/۰۶	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۸۶
وجدانی بودن	-۰/۲۲	-۰/۲۸	۰/۱۰	-۰/۷۸	۰/۴۴

در اینجا وجود دارد، این است که سبک مقابله‌ای خویشتن‌داری جزء سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور طبقه‌بندی می‌شود، در حالی که نتایج اکثر پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور با سلامت روان رابطه‌ای ندارند و یا رابطه‌ای معکوس دارند. هولاهان (۲۰۰۳) اظهار می‌دارد که در زمینه رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان، نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از این بود که استفاده از روش‌های هیجان‌محور در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا با کاهش فشار و استرس روانی همراه است و استفاده از روش‌های مسئله‌محور با

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل آماری رابطه بین هر یک از متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت به طور جداگانه با سلامت روان به شرح زیر است.

مادرانی که از سبک مقابله‌ای اجتنابی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کردند، سلامت روانی کمتری برخوردار بودند و آنهایی که از سبک مقابله‌ای خویشتن‌داری استفاده می‌کردند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش هولاهان (۲۰۰۳) همخوان است. نکته‌ای که

افزایش استرس و فشار روانی همراه است. لازاروس (۱۹۹۳) گزارش می‌کند که در موقعیت‌های کنترل‌پذیر، استفاده از سبک مقابله‌ای مسئله محور با کاهش فشار روانی همراه است، در حالی که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور در این‌گونه موقعیتها با افزایش فشار روانی همراه است. به هر حال استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور به طور موقتی و در موقعیتهایی که کنترل‌پذیر نیستند مانند حمله قلبی یا منتظر ماندن برای عمل جراحی، با داشتن فرزند کم‌توان ذهنی می‌تواند مفید باشد ولی استفاده طولانی مدت از آن و به مثابه سبک مقابله‌ای خاص، مفید نیست.

بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی و ارزنده سازی مذهبی با سلامت روان رابطه مثبت و بین سازمان‌نا یافتگی مذهبی و سلامت روان رابطه منفی وجود دارد. این یافته‌ها همسو با یافته‌های بهرامی‌احسان (۱۳۸۱)، و بهرامی‌احسان و تاشک (۱۳۸۳) است؛ به بیانی دیگر، مادرانی که از اعتقادات مذهبی بیشتری برخوردار بودند، با مردم و موقعیتها بر اساس آموزه‌های دینی، اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی و عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت برخورد می‌کردند و مناسک مذهبی و ارزنده‌سازی مذهبی را به جا می‌آوردند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. از سویی دیگر، مادرانی که از زندگی ناخشنود بودند و نسبت به حیات، معنای زندگی و زندگی پس از مرگ تردید و دودلی داشتند، سلامت روانی کمتری داشتند. می‌توان گفت داشتن اعتقاد مذهبی به افراد این توانایی را می‌دهد که زندگی را با معنا تر ببینند و به تبع آن از سلامت روانی بیشتری برخوردار باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که از پنج بعد شخصیت مطرح شده از سوی کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲)، چهار بعد آن (روان رنجور خوبی، برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن) با سلامت روان

مادران رابطه دارند. برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سلامت روان رابطه مثبت، و روان رنجور خوبی با سلامت روان رابطه منفی داشت. این یافته‌ها به طور کلی با یافته‌های فرنام و چنگ (۱۹۹۷ و ۲۰۰۱)، اسکموت و ریف (۱۹۹۷)، اسکیماک (۲۰۰۲)، و جوشن لو، نصرت آبادی و جعفری کندوان (۱۳۸۶) همسویی دارد؛ به بیان دیگر، مادرانی که احساسات منفی چون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه و احساس کلافگی دائمی داشتند، سلامت روانی پایین‌تری نیز داشتند و از طرفی مادرانی که اجتماعی و فعال و اهل گفت‌وگو بودند و تمایل به شرکت در جشنها و مهمانیها داشتند، با دیگران احساس همدردی می‌کردند و برای کمک به آنها مشتاق بودند و همچنین آنهایی که توانایی کنترل تکانه‌های خود و سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی برای رفتارها و اجرای وظایف خود را داشتند، از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای در مجموع قادر به پیش‌بینی ۲۲ درصد از واریانس سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است، که این مقدار در سطح  $p < 0.01$  معنادار است؛ به عبارت دیگر، نحوه مقابله مادران با موقعیتهای استرس‌زای زندگیشان به طور معناداری قادر به تبیین تغییرات سلامت روان در آنهاست. این یافته با یافته‌های فلتون و رنسون (۱۹۸۴)، آلدوین و رنسون (۱۹۸۷)، استنتون و همکاران (۱۹۹۲)، هولاهان (۲۰۰۳) و لارویک و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است. از سویی دیگر، با وارد شدن متغیر جهت‌گیری مذهبی به پژوهش، ضریب تبیین به ۴۱ درصد افزایش یافت؛ به بیانی دیگر، گرایش به مذهب مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی علاوه بر سبک‌های مقابله‌ای قادر به پیش‌بینی ۱۹ درصد از واریانس سلامت روان آنهاست که این مقدار در سطح  $p = 0.001$  معنادار است؛ بنابراین نقش این مؤلفه در سطوح مختلف سلامت و رفتارهای سالم آشکارا قابل ملاحظه است. این یافته

قرار می‌گیرند؛ به بیان دیگر، می‌توان گفت احتمالاً مذهب در مادران کودکان کم‌توان ذهنی به عنوان نوعی سبک مقابله‌ای عمل می‌کند و سازمان‌یافتگی مذهبی نیز به مثابه جزئی از شخصیت روان‌رنجور خوبی محسوب می‌شود.

با توجه به مشکلات عدیده‌ای که مادران کودکان کم‌توان ذهنی با آنها مواجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای برداشتن مشکلات فراروی آنها و ارتقای سلامت روانیشان بیش از پیش احساس می‌شود. یکی از عمده‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های ارتقای وضعیت روانی مادران و کمک به آنها در پذیرش کودک کم‌توان خود و یافتن معنا در زندگی، محکم‌تر کردن پایه‌های اعتقادی و مذهبی آنهاست؛ بنابراین انجام پژوهشهای بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. این نکته به ویژه زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود که ایجاد تغییرات در سطوح شخصیتی بسیار دشوار و امکان ایجاد نگرشهای مذهبی ساده‌تر، امکان‌پذیر است. در پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی فقط مادران کودک کم‌توان ذهنی بودند و لازم است که بررسیهای مشابهی روی دیگر اعضای خانواده این کودکان نیز صورت گیرد. همچنین سطح کم‌توانی (تربیت پذیر) و محدوده سنی (۱۳-۵ سال) نیز ثابت نگه داشته شده بود، که برای تعمیم یافته‌های به‌دست آمده، انجام بررسیهای مشابه با سطوح دیگر کم‌توانی ذهنی و گروه‌های سنی دیگر، ضروری است.

#### یادداشتها

- 1) emotional well-being
- 2) social wellbeing
- 3) psychological well-being
- 4) flourishing
- 5) languishing
- 6) guilt
- 7) anger
- 8) embarrassment
- 9) preoccupied
- 10) conflicts
- 11) screeninig positive
- 12) coping styles
- 13) caregivers
- 14) emotional-focused
- 15) positive reappraisal

با یافته‌های ریپنتروپ و همکاران (۲۰۰۵)، نونمیکر، مک‌نیللی و بلام (۲۰۰۶)، وایالانت و همکاران (۲۰۰۸)، و صالحی و همکاران (۱۳۸۶) همخوان است.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، جهت‌گیری مذهبی نسبت به سبکهای مقابله‌ای نقش بیشتری در تبیین سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد. پس می‌توان گفت به این علت که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی فشارهای روانی خاصی را تجربه می‌کنند، در مواجهه با موقعیتهای استرس‌زای زندگی خود و همچنین یافتن معنا در زندگی، از مذهب به عنوان یکی از شیوه‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند و نقش دیگر سبکهای مقابله‌ای در برابر مذهب، به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با سختیهای زندگی، کم‌رنگ می‌شود.

از سویی دیگر، یافته‌ها نشان دادند که ابعاد شخصیت علاوه بر سبکهای مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی، قادر به پیش‌بینی ۱۴ درصد از واریانس سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است، که این مقدار در سطح  $p < 0.01$  معنادار است. به بیانی دیگر، ابعاد شخصیت قادر است به طور معناداری میزان سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی کند که نشان از نقش مهم این مؤلفه در سطوح سلامت روان می‌دهد. این یافته‌ها با یافته‌های آگریل و لو (۱۹۸۷)، بربنر و همکاران (۱۹۹۵)، فرانسیس و همکاران (۱۹۹۸)، فرنام و چنگ (۱۹۹۷) و (۲۰۰۱)، اسکموت و ریف (۱۹۹۷)، اسکیماک (۲۰۰۲)، جوشن‌لو، نصرت آبادی و جعفری کندوان (۱۳۸۶) همسویی دارد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه و بررسی جدول ضرایب تأثیر زیر مجموعه‌های سه دسته متغیر به منظور پیش‌بینی تغییرات سلامت روان در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان داد که تنها مذهب‌گرایی و روان‌رنجورخویی به طور معناداری قادر به پیش‌بینی سلامت روان مادران هستند و نقش دیگر متغیرها در زیر مجموعه‌ای از تأثیر این دو زیر مقیاس

جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان نامه تخصصی روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
 حق شناس، حسن (۱۳۸۵). طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت، راهنمای تفسیر و هنجاریابی آزمون‌های NEO-FFI و NEOPI-R، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.  
 حقیقتی، جمال؛ عطاری، یوسفعلی؛ سینارحیمی، سیدعلی؛ سلیمانی نیا، لیلا (۱۳۷۸). "رابطه سرسختی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز". مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، سال ششم، ۳ و ۴، ۱۸-۱.

خسروی الحسینی، سید مهدی (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت، هوش (گاردنر) و سبک‌های یادگیری و مقایسه آن میان دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد، 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.

صالحی لیلا و همکاران (۱۳۸۶). "ابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان" مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، ۱.

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.

غلامی جلیسه، سمیه (۱۳۸۶). نقش جهت‌گیری مذهبی والدین در سبک‌های فرزند پروری و خشونت خانوادگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

قمری، محمد (۱۳۸۲). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس و سلامت روانی مادران داری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با مادران دانش‌آموزان عادی در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

کافی، سیدموسی؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۷). "بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان" فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ۴، ۶۶-۵۹.

- 16) problem-focused
- 17) planful problem-solving
- 18) family adjustment
- 19) escape-avoidance
- 20) cohesion
- 21) expressiveness
- 22) emotional-focused
- 23) problem-focused
- 24) religiosity
- 25) neuroticism
- 26) optimistic
- 27) extraversion
- 28) Francis
- 29) ways of coping questionnaire
- 30) Folkman
- 31) seeking social support
- 32) accepting responsibility
- 33) planful problem-solving
- 34) confrontive
- 35) distancing
- 36) self-controlling
- 37) escape-avoidance
- 38) religiosity
- 39) religious disorganization
- 40) religious pretentiousness
- 41) hedonism
- 42) reliability
- 43) content validity
- 44) construct validity
- 45) openness
- 46) agreeableness
- 47) conscientiousness
- 48) Goldberg & Hillier

#### منابع

آرین، خدیجه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و روان‌درستی در ایرانیان مقیم کانادا. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.  
 استورا، بنجامین (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه: پریرخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.  
 باقری یزدی، سید عباس؛ بولهری، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۴). "بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۳-۷۴ دانشگاه تهران" فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، ۴، ۳۹-۳۹.  
 بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۴). روایی و اعتبار آزمون جهت‌گیری مذهبی. معاونت پژوهشی دانشگاه تهران.  
 جوشنلو، محسن؛ نصرت آبادی، مسعود؛ و جعفری کندوان، غلامرضا (۱۳۸۶). "پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی در پرتو یافته‌های پنج عامل بزرگ شخصیت و حرمت خود" مجله علوم روان‌شناختی. ۲۱، ۸۸-۶۶.  
 حسینی، رشید (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلال‌های روانی

- American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 246-255.
- Emerson, E. (2003). "Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties". *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 385-399.
- Essex, E. A. (1998). *Parental caregivers of adults with mental retardation: the experience of older mother and father*. "PHD thesis in philosophy, Raduate school, university of Wisconsin-madison.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-353.
- 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.
- Francis, L. J., & et al. (2004). "Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O\_Connor, Cobb, and O\_Connor". *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Frey, K. S., Greenberg, M. T., & Fewell, R. R. (1989). "Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach". *American Journal on Mental Retardation*, 93(3). 240-249.
- Furnham, A., & Cheng, H. (1997). "Personality and happiness". *Psychological Reports*, 83, 761-762.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2001). "Attributional style and personality as predictors of happing and mental health". *Journal of Happiness Studies*, 2, 307-327.
- Hollahan, N.C. (2003). *Parental coping and family function in family with children with mental retardation and chronic illness*. PHD thesis in philosophy, college of art and science, Georgia state university.
- Keyes, C. L. M. (2002). "The mental health continuum: From languishing to flourishing in life". *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Koenig, H. G., McCullogh, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York:Springer.
- Laurvick, C. L. Msallme, Silburn, S., Bower, C., Deklerk, N., Leonard, H. (2006). "Physical and Mental Health of Mothers Caring for a Child With Rett Syndrome". *official journal of the American Academy of Pediatrics*, vol 118, 1152-1164.
- کیامهر، جواد. (۱۳۸۱). *هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی NEO-FFI\_R و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تاییدی)* در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مروجی طبسی، الهام (۱۳۸۳). *بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی در دانشجویان دختر قم*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور قم.
- هاشم زاده، رقیه (۱۳۸۵). *بررسی و مقایسه سبکهای مقابله ای و باورهای غیر منطقی در طلاب و دانشجویان پسر شهرستان قم در سال ۸۴*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- یعقوبی، نور الله، اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). "بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان -۱۳۷۴". *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول ۴، ۶۳-۵۶.
- Aldwin, C. M., & Revanson, T. A. (1987). "Dose coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health". *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 348-377.
- Arboon, A. (1986). "Family building in parents with Down's syndrome Children". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40, 154-160.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11, 1011-1017.
- Billings, A. G., & moos, R. H. (1981). "The role of Coping responses and social resources in attenuating the stress of life events". *Journal of Behavioral of Medicine*, 4, 139-157.
- Brebner, J., Donaldson, J., Kirby, N., & Ward, L. (1995). "Relationships between personality and happiness". *Personality and Individual Differences*, 19, 251-258.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO-FFI Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cummings, S. T., bayley, H. T., & Rie, H. (1996). "Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally ill children".

- Lazarus, R. S. (1993). "Coping theory and research: past, present, and future". *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lim, H. s. (2002). "The impact of parent stress and social support on psychological well-being of Korean mothers of children with mental retardation. PHD thesis in philosophy, college of social work", *University of south Carolina*
- Maltby, J., & Day, L. (2004). "Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health". *Personality and Individual Differences*, 36, 1275-1290.
- McCrae, R. R. (2004). "Human nature and culture: A trait perspective". *Journal of Research in Personality*, 38, 3-14.
- 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.
- Nonnemaker, J., McNeely, A., & Blum, R. W. M. (2006). "Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions". *Social Science & Medicine*, 62, 3084-3095.
- Rew, L., & Wong, J. (2006). "A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors". *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
- Romans-Clarkson, S. E. & et al. (1986). "Impact of a handicapped child on mental health of parents". *British medical journal volume*, 293, 1395-1397.
- Rippentrop, A. E. & et al. (2005). "The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population". *Pain*, 116, 311-321.
- Schimmack, U. & et al. (2002). "Culture, personality, and subjective well-being. Integrating process model of life satisfaction". *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 582-593.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). "Personality and well-being: What is the connection?". *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549-559.
- Stanton, A. L., Tennen, & H., Affleck, G., & Mendola, R. (1992). "Coping and adjustment to infertility". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(1), 1-13.
- Vaillant, G., & et al. (2008). "The natural history of male mental health: Health and religious involvement". *Journal of Social Science & Medicine*, 66, 221-231