

## پیش‌بینی سطح تحمل مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی بر اساس نگرش‌های مذهبی آنها<sup>۱</sup>

مهدی گرمابی<sup>\*</sup>، معصومه پورمحمدرضای تجربینی<sup>\*\*</sup>

**مقدمه:** در سه دهه گذشته، تحقیق در مورد اثر متقابل معنویت و مذهب و متغیرهای روان‌شناختی، به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سطح تحمل مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی، براساس نگرش‌های مذهبی آنان انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع هم‌بستگی است. بدین منظور، ۱۲۳ نفر از مادران کودکان با نارسایی هوشی تحولی مراجعه‌کننده به ادارهٔ بهداشتی شهرستان فیروزه، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس پرسش‌نامهٔ اندازه‌های مذهبی (محمدی، ۱۳۸۵) و پرسش‌نامهٔ تحمل مراقبت‌کننده از بیمار (نوواک<sup>۲</sup> و گست<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹) را تکمیل نمودند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین نگرش‌های مذهبی و سطح تحمل، هم‌بستگی بالا ( $r=0.78$ ) وجود دارد و با توجه به ضریب تعیین می‌توان بیان کرد که حدود ۶۰ درصد از تغییرات سطح تحمل مادران، با توجه به نگرش‌های مذهبی قابل تبیین است؛ درواقع، متغیرهای پیش‌بین‌کننده سطح تحمل مادران را به‌طور معنی‌دار ( $p < 0.001$ ) تبیین کنند ( $F=271.34$ ). بحث: می‌توان با برگزاری کارگاه‌های آموزشی مرتبط با نگرش‌های مذهبی، ضمن افزایش سطح آگاهی مادران و ارتقای نگرش مذهبی، میزان تحمل آنان را ارتقا بخشید و از مشکلات آتی پیشگیری نمود.

**کلیدواژه‌ها:** سطح تحمل مادران، کودکان آموزش‌پذیر، نارسایی هوشی تحولی، نگرش‌های مذهبی.

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۶/۲۱

۱. مقاله حاضر، برگرفته از طرح پژوهشی است که توسط کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران تأمین اعتبار شده است.

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.

\*\* دکتر روان‌شناس، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران. <mpmrtajrishi@gmail.com> (نویسندهٔ مسئول)

2. Novak

3. Guest

## مقدمه

در سال‌های اخیر، رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۱</sup>، با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان، مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های گوناگون روان‌شناسی قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را فراهم می‌کند (جوکار، ۱۳۸۶). روان‌شناسان گام‌های مؤثری در جهت بهبود ناامیدی و افسردگی برداشته‌اند، ولی پس از ظهور روان‌شناسی مثبت‌نگر، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تجارب یا ادراک‌های منفی، به بررسی سازه‌هایی چون خویشتن‌داری<sup>۲</sup>، معنوی<sup>۳</sup>، شادی، تاب‌آوری<sup>۴</sup>، خوش‌بینی و امید پرداخته‌اند. آثار مثبت این سازه‌ها بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (سلیگمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

در سه دهه گذشته، تحقیق بر تأثیر متقابل معنویت و مذهب و متغیرهای روان‌شناختی، به‌طور چشم‌گیر افزایش یافته است (رزمارین<sup>۶</sup> و روب<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰)، به‌گونه‌ای که در دهه اخیر، متخصصان بالینی علاقه بسیار به کاربرد مذهب در روان‌درمانگری (آتن<sup>۸</sup> و ایچ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹) و حتی یکپارچه‌سازی این دو حوزه داشته‌اند (گریفیت<sup>۱۰</sup> و گریفیت، ۲۰۰۲؛ به نقل از: بلانتون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵) این افزایش علاقه، افزون بر پژوهش‌های بنیادی، در حوزه پژوهش‌های کاربردی نیز مشهود بوده است و اغلب به بررسی آثار مستقیم یا غیرمستقیم و مثبت یا منفی مذهب، بر سلامت روانی پرداخته‌اند (دزوتر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ جیمز<sup>۱۳</sup> و ولز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳).

کیم<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۴) به این نتیجه دست یافت که عمل به باورهای دینی با هیجان‌ها و عواطف مثبت، مانند خوش‌خلقی<sup>۱۶</sup>، شادکامی<sup>۱۷</sup>، مهربانی، حرمت خود، توجه و آرامش، رابطه مثبت دارد. باور به وجود و حضور خداوند ناظر بر امور، به‌هنگام گرفتاری، انسان را

- |                        |                 |                 |               |
|------------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 1. positive psychology | 2. self-control | 3. spirituality | 4. resiliency |
| 5. Seligman            | 6. Rosmarin     | 7. Roob         | 8. Aten       |
| 9. leach               | 10. Griefft     | 11. Blanton     | 12. Dezutter  |
| 13. James              | 14. Wells       | 15. Kim         | 16. humor     |
| 17. happiness          |                 |                 |               |

یاری می‌کند و اضطراب و نگرانی او را کاهش می‌دهد. افراد مؤمن، باور دارند که اتکا و توکل به خداوند، به‌عنوان یک شیوهٔ مقابله‌ای مؤثر، در رویدادهای ناگوار به آنان یاری می‌رساند. منظور از توکل، اعتماد به خداوند و واگذاری امور به ایشان، به‌گونه‌ای است که فعالیت شخصی و تعادل روانی را افزایش و اضطراب ناشی از عدم دستیابی به هدف را کاهش می‌دهد. در همین زمینه، خداوند در سورهٔ فتح (آیهٔ ۴) می‌فرماید: «خداست که آرامش را در دل‌های افراد با ایمان برقرار ساخت تا از رهگذر آن بر مراتب ایمان خود بیفزایند.»

تجارب مادران کودکان با نارسایی هوشی تحولی<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که آنان، کودکان را نعمت و امانت الهی می‌دانند و برای پذیرش و سازگاری با وجودشان، تنها به خدا توکل می‌کنند و از منابع حمایتی مناسب و اثربخش برخوردار نیستند. این گروه از مادران به‌دلیل پذیرش مسئولیت بیش‌ازاندازه در طول زندگی، از جان مایه می‌گذارند و در نتیجه استرس فراوان را تجربه می‌کنند. احساس ناامیدی، غم، اندوه و درک ابهام‌آمیز از آیندهٔ کودک و خود دارند. ایفای نقش اول در حمایت همه‌جانبه از کودک موجب غفلت آن‌ها از خود در تمامی ابعاد جسمی، معنوی، روانی و اجتماعی شده است (محمدخان کرمانشاهی و همکاران، ۱۳۸۵). داشتن کودکی با نیازهای ویژه، خانواده را با مسائل بسیار در زمینهٔ اجتماعی و آموزشی و خودیاری مواجه می‌سازد (رصافیانی و همکاران، ۱۳۹۱) و موجب تحمیل تنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی بر والدین می‌گردد؛ تا اندازه‌ای که پدر و مادر، روند طبیعی زندگی خود را از دست می‌دهند (امرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). نارسایی هوشی تحولی علاوه بر شیوع قابل توجه ۳/۲ درصدی (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۸)، با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تحولی، اجتماعی و تربیتی همراه است و می‌تواند آثار نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده داشته باشد (امرسون، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که خانواده‌های کودکان با نارسایی هوشی تحولی، استرس فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند که از آن جمله می‌توان به عدم سلامت جسمی، کندی

1. developmental intellectually disability

2. Emerson

رشد، نیاز به امکانات ویژه اعم از مراقبت جسمی، درمانی و آموزشی، مشکلات خانوادگی، شامل ناکامی‌ها و آرزوها و رؤیاهای بربادرفته، تحمل سرزنش‌های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت‌های خانواده، مسائل مالی و... اشاره کرد که تمامی این عوامل، استرس بسیاری بر خانواده، به‌ویژه مادر، تحمیل می‌کند (روچ<sup>۱</sup> و اورسماند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

پژوهش‌های انجام شده در حوزه معنویت نشان داده‌اند که مذهب یک منبع حمایتی برای افراد به‌شمار می‌رود و موجب می‌شود افراد در مواجهه با مشکلات، کمتر دچار آسیب شوند. یک فرد مؤمن، روش‌های مقابله‌ای متعددی در اختیار دارد که در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا یاری‌رسان هستند. داشتن هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن و برخورداری از حمایت‌های فراوان و امیدوار بودن به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، حمایت و کمک روحانی و کشیش، همگی از منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند، در مواجهه با استرسورها، آسیب کمتری را متحمل شوند (دولت‌شاهی و پهلوانی، ۱۳۸۶).

کلی<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) معتقد است معنویت تجربه ذهنی از ماهیت متعالی هستی است و مذهب، تجلی نهادی و مذهبی معنویت به‌شمار می‌رود. به‌سختی دیگر، وی معنویت را گوهر مطلوب مذهب می‌داند که می‌توان آن را در مذهب یا خارج از آن، به‌دست آورد. مذهب ستون و اساس و چارچوبی به‌شمار می‌رود که معنویت از طریق آن به دیگران، به‌ویژه نسل‌های بعدی منتقل می‌شود؛ درحالی‌که معنویت به‌تنهایی فاقد چنین ویژگی است. بنابر آنچه بدان اشاره شد، اکثر پژوهش‌ها در خارج و داخل کشور درباره خانواده‌های کودکان با نارسایی هوشی تحولی مربوط به شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان خانواده‌های این افراد می‌باشد و کمتر به راهکارهای متمرکز بر کاهش مشکلات از طریق نگرش‌های مذهبی پرداخته‌اند. در این زمینه، می‌توان به برخی از پژوهش‌ها اشاره کرد که

1. Roach

2. Orsmand

3. Kelly

بر اهمیت نقش عوامل مذهبی و دینی در کاهش تنش‌ها و استرس‌ها در افراد بیمار و مراقبین آن‌ها تأکید کرده است؛ اما با توجه به جست‌وجوی محقق، مطالعه‌ای که نقش عوامل مذهبی را به‌طور مستقیم، در ارتباط با مادران دارای فرزند با نارسایی هوشی تحولی، به‌ویژه در داخل کشور مورد پژوهش قرار داده باشد، یافت نشد. در همین راستا، پژوهش حاضر به دنبال آزمون فرضیه‌های زیر می‌باشد:

- ۱- دین‌داری با سطح تحمل مادران دارای کودک آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی، رابطه دارد؛
- ۲- نگرش‌های مذهبی، پیش‌بینی‌کننده سطح تحمل مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی است.

## روش

روش اجرا: ابتدا با دریافت مجوز از دانشگاه، برای اداره بهزیستی شهرستان فیروزه و حضور در اداره، هدف پژوهش برای مسئولین بیان و رضایت آنان برای همکاری اخذ شد. پس از نمونه‌گیری و توصیف اهداف پژوهش برای مادران و به‌منظور جلب همکاری ایشان برای شرکت در پژوهش، اهمیت پژوهش به‌طور مبسوط برایشان توضیح داده شد. سپس رضایت‌نامه کتبی از مادران اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی‌شان، محرمانه خواهد ماند. در مرحله بعد، مادران به‌طور متوالی پرسش‌نامه اندازه‌های مذهبی<sup>۱</sup> اسلام شیعی (محمدی، ۱۳۸۵) و پرسش‌نامه تحمل مراقبت‌کننده از بیمار<sup>۲</sup> (نوواک و گست، ۱۹۸۹) را تکمیل کردند.

جمعیت آماری و روش نمونه‌گیری: مطالعه حاضر از نوع هم‌بستگی است. جامعه آماری را تمامی مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی در شهرستان فیروزه تشکیل می‌دادند که بهره هوشی آن‌ها در دامنه ۵۰ تا ۷۰ (براساس درج در پرونده تحصیلی) بود.

1. religion assessment questionnaire

2. caregiver burden inventory

تعداد ۱۲۳ نفر از مادران کودکان واجد ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن، یعنی داشتن فرزند آموزش‌پذیر با بهره هوشی ۵۰ تا ۷۰، فاقد مشکلات حسی و جسمی حرکتی در کودک بر مبنای پرونده پزشکی که برای دریافت انواع خدمات درمانی در تابستان ۱۳۹۱ به اداره بهزیستی شهرستان فیروزه مراجعه کرده بودند، به‌طور در دسترس انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: به‌منظور اندازه‌گیری نگرش‌های مذهبی، از پرسش‌نامه اندازه‌های مذهبی اسلام شیعی (محمدی، ۱۳۸۵) استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۶ عبارت و ۴ بُعد باورهای<sup>۱</sup> دینی، عواطف دینی، پیامدهای<sup>۲</sup> دینی و آیین‌های<sup>۳</sup> دینی است که دین‌داری را می‌سنجد. تمامی عبارت‌های پرسش‌نامه در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۰) تا کاملاً موافق (۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه، افزون‌بر نمره جداگانه در هر یک از ابعاد، نمره کلی از دین‌داری فرد ارائه می‌دهد. دامنه نمره‌های کل آزمون از ۰ تا ۱۰۶ متغیر است.

پایایی کل آزمون به شیوه تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و روایی آن ۰/۴۵ برآورد شد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). پایایی و روایی همه ابعاد نیز معنی‌دار ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و در سطح رضایت‌بخش گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۵).

به‌منظور ارزیابی تحمل مادران دارای کودک با نارسایی هوشی تحولی، پرسش‌نامه تحمل مراقبت‌کننده از بیمار که در سال ۱۹۸۹ توسط نوواک و گست ساخته شده است، مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ عبارت است که پاسخ‌دهنده می‌بایست در یک مقیاس ۴ درجه‌ای مشخص کند هر یک از موقعیت‌ها را تا چه اندازه تجربه کرده است. این عبارت‌ها دربرگیرنده ۵ سطح تحمل (تحمل وابسته به زمان،<sup>۴</sup> تحمل تحولی،<sup>۵</sup> تحمل جسمانی،<sup>۶</sup> تحمل اجتماعی<sup>۷</sup> و تحمل هیجانی<sup>۸</sup>) می‌باشد. همسانی درونی سطح تحمل وابسته به زمان ۰/۸۵، تحمل تحولی ۰/۸۵، تحمل جسمانی ۰/۸۶، تحمل اجتماعی ۰/۷۳ و

1. belief  
5. developmental

2. consequential  
6. physical

3. ritual  
7. social burden

4. time dependent  
8. emotional burden

تحمل هیجانی ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی هر پنج سطح، ۰/۶۶ واریانس را تبیین می‌کند، دامنه نمره‌های کل آزمون بین ۰ تا ۹۶ متغیر است (نوواک و گست، ۱۹۸۹). در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ با بازآزمایی، ۰/۷۳ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های به دست آمده از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها، توسط نرم‌افزار SPSS20 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آنجاکه هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی سطح تحمل مادران براساس نگرش‌های مذهبی و بررسی ابعاد مختلف نگرش‌های مذهبی و دین‌داری بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شده است.

#### یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نمایش می‌دهد:

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی سطوح دین‌داری با سطح تحمل.

ابعاد	شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
پیامدهای دینی	۹۴/۱۲	۶۰/۵	۱	۲۳	
عواطف دینی	۳۶/۱۹	۶۳/۳	۱۱	۲۴	
باورهای دینی	۹۲/۲۳	۱۸/۴	۱۱	۲۸	
آیین‌های دینی	۰۶/۱۳	۹۶/۴	۱	۲۲	
دین‌داری (مجموع ۴ بعد)	۵۲/۶۹	۸۵/۱۴	۳۵	۹۲	
سطح تحمل	۷۲/۵۷	۷۹/۱۵	۲۸	۸۸	

همچنان‌که در جدول ۱ قابل مشاهده است، از بین ابعاد چهارگانه دین‌داری، باورهای دینی، عواطف دینی، آیین‌های دینی و پیامدهای دینی به ترتیب بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند.

نخستین فرضیه پژوهش رابطه بین دین‌داری و سطح تحمل مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی را مورد توجه قرار داده است. بر مبنای هم‌بستگی گزارش شده در جدول ۲، می‌توان نتیجه گرفت که از بین سطوح تحمل، میزان هم‌بستگی تحمل اجتماعی، تحمل تحولی، تحمل وابسته به زمان، تحمل جسمانی و تحمل عاطفی، به ترتیب، بیشترین رابطه مثبت و معنی‌دار را با متغیر دین‌داری داشته‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دین‌داری سطح تحمل مادران نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۲. ماتریس هم‌بستگی دین‌داری با سطوح تحمل.

سطح معنی‌داری	ضریب هم‌بستگی	شاخص‌ها	
		متغیرها	
۰/۰۱۴	۰/۲۲۰	دین‌داری	تحمل هیجانی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳		تحمل اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۰		تحمل جسمانی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۶		تحمل تحولی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۸		تحمل وابسته به زمان

دومین فرضیه پژوهش نگرش‌های مذهبی را به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده سطح تحمل مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی مورد توجه قرار داده و برای آزمون این فرضیه، از تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شده است. در جدول ۳، خطی بودن رابطه بین نگرش‌های مذهبی و سطح تحمل بیانگر آن است که بین متغیر ملاک (سطح تحمل مادران) و متغیرهای پیش‌بین (ابعاد چهارگانه دین‌داری) هم‌بستگی نسبتاً قوی وجود دارد و مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ( $R^2$ ) نشان می‌دهد که بیش از نیمی از کل تغییرات سطح تحمل مادران، با توجه به نگرش‌های مذهبی قابل تبیین است.



جدول ۳. رابطه خطی بین نگرش‌های مذهبی و سطح تحمل مادران.

مدل	R	R <sup>2</sup>	خطای استاندارد
۱	۷۷۸/۰	۶۰۵/۰	۳۷/۱۰

نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون چند متغیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تبیین متغیر ملاک (سطح تحمل) از روی متغیر پیش‌بین.

منبع تغییر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۳۰۲/۱۷۴۹۰	۵	۰۶۰۳۴۹۸	۲۷۱/۳۴	۰۰۰۱/۰
باقی‌مانده	۲۶۰/۱۱۷۳۸	۱۱۵	۰۷۲/۱۰۲		
کل	۵۶۲/۲۹۲۲۸	۱۲۰			

با توجه به معنی‌داری مقدار F در سطح ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق، مرکب از پنج سطح متغیر پیش‌بین و یک متغیر ملاک (سطح تحمل) مدل خوبی است و مجموعه سطوح متغیر پیش‌بین قادرند تغییرات سطح تحمل را پیش‌بینی کنند. در جدول ۵، ضرایب رگرسیون هر یک از سطوح دین‌داری بر سطح تحمل مادران به‌طور جداگانه ارائه شده است.

جدول ۵. ضرایب تأثیر رگرسیونی استاندارد شده و استاندارد نشده.

متغیرها	B	خطای استاندارد	بتا (β)	تی	سطح معنی‌داری
باورهای دینی	۰/۹۹۱	۰/۶۶۰	۰/۲۴۹	۱/۵۰۲	۰/۱۳۶
عواطف دینی	۰/۳۸۳	۰/۴۰۱	۰/۰۹۱	۰/۹۶۲	۰/۳۳۸
پیامدهای دینی	۰/۴۴۵	۰/۳۸۸	۰/۱۵۹	۱/۱۴۷	۰/۲۵۴
آیین‌های دینی	۰/۷۳۷	۰/۳۴۸	۰/۲۳۳	۲/۱۱۷	۰/۰۳۶
دین‌داری (مجموع ۴ بعد)	۰/۷۸۵	۰/۳۳۱	۰/۷۲۱	۲/۳۳۷	۰/۰۱۹

همچنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، متغیر دین‌داری (مجموع ابعاد چهارگانه نگرش‌های مذهبی) و متغیر آیین‌های دینی با ضرایب رگرسیونی مطلوب، نشان دهنده معنی‌داری متغیر سطح تحمل مادران می‌باشد؛ اما متغیرهای عواطف دینی، پیامدهای دینی و باورهای دینی با خطای تی بالا معنی‌دار نمی‌باشد. دین‌داری و آیین‌های دینی، به ترتیب، بیشترین تأثیر رگرسیونی را بر روی متغیر سطح تحمل دارند، و به ازای ۱ انحراف استاندارد در متغیر دین‌داری، سطح تحمل فرد، به میزان ۰/۷۲۱ افزایش خواهد یافت. همچنین، با افزایش ۱ انحراف استاندارد در آیین‌های دینی، میزان ۰/۲۳۳ سطح تحمل مادران افزایش خواهد یافت.

### بحث

در سال‌های اخیر، رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های گوناگون روان‌شناسی قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را فراهم می‌کند. از این رو، عواملی که موجب انطباق هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌شوند، مورد توجه قرار گرفته‌اند (جوکار، ۱۳۸۶). مذهب و معنویت از جمله سازه‌هایی هستند که آثار روان‌شناختی آن‌ها مکرراً مورد پژوهش واقع شده است. در سه دهه گذشته، تحقیق بر تأثیر متقابل معنویت و مذهب و متغیرهای روان‌شناختی، به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است. نتایج پژوهش حاضر نیز، در این راستا نشان داد که نگرش‌های مذهبی مادران کودکان با نارسایی هوشی تحولی در سطح نسبتاً بالایی است. همچنین، میزان تحمل آن‌ها با میانگین نسبتاً بالا بیانگر مطلوب بودن سطح تحمل می‌باشد. احتمالاً وجود هم‌بستگی بالای بین نگرش‌های مذهبی و سطح تحمل، این‌گونه تبیین می‌شود که میزان بالای سطح تحمل مادران کودکان با نارسایی هوشی تحولی، مربوط به سطوح بالای نگرش‌های مذهبی آنان می‌باشد. با توجه به ضریب تعیین، می‌توان گفت که ۶۰ درصد از تغییرات سطح تحمل مادران به‌وسیله متغیر نگرش‌های

مذهبی قابل تبیین است. داشتن ایمان، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش و آن‌ها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات در زندگی یاری می‌دهد. متغیرهای دین‌داری و آیین‌های دینی با ضرایب رگرسیونی مطلوب، نشان دهنده معنی‌داری متغیر سطح تحمل مادران می‌باشد؛ اما متغیرهای عواطف دینی و پیامدهای دینی و باورهای دینی با مقدار خطای بالا، معنی‌دار نمی‌باشد. نگرش‌های دینی و آیین‌های دینی به ترتیب بالاترین تأثیر رگرسیونی را بر روی متغیر سطح تحمل دارند و به‌ازای افزایش متغیر نگرش‌های مذهبی، سطح تحمل فرد نیز افزایش خواهد یافت. همچنین با افزایش متغیر آیین‌های دینی، سطح تحمل مادران افزایش می‌یابد؛ بنابراین با برنامه‌ریزی‌های مدون و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه تقویت نگرش‌های مذهبی و معنوی می‌توان سطح تحمل مادران را تا حد زیادی بهبود بخشید، تا بتوانند نگرش‌های مثبت‌تر و بهتری را نسبت به فلسفه هستی و وجودی کودکی با نیازهای ویژه اتخاذ نمایند، در پذیرش هرچه بهتر کودکان و درخواست مداخله بهنگام و پیشگیری در سطح دوم موفق شوند، کیفیت زندگی خود و فرزندشان را ارتقا دهند و موجب دمیده شدن روح زندگی در شریان روابط خانوادگی گردند؛ به‌ویژه اینکه مادران بیشتر وقت خود را صرف مراقبت از کودکان می‌نمایند و در معرض استرس‌های بیشتری قرار دارند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو می‌باشد. ازجمله، شجاعی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به اهمیت نقش تاب‌آوری بر سلامت روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان با نارسایی هوشی تحولی اشاره کرده‌اند. در پژوهشی با کنترل متغیرهای سن، جنس، نژاد و آموزش در مراقبت‌کنندگان از بیماران روانی که طی سه ماه اخیر، حمایت‌های مذهبی دریافت کرده بودند، این نتیجه به‌دست آمد که مذهب با افسردگی، حرمت خود‌پایین و خودحمایتگری پایین، ارتباط منفی دارد و مذهب مراقبت‌کنندگان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای سازگاری بیشتر به‌شمار می‌رود (آرون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

بر مبنای یافته‌های اخیر، مذهب و معنویت یکی از منابع بسیار مهم برای مراقبت است. ۷۳ درصد از افرادی که دعا و نیایش می‌کنند، بهتر می‌توانند از عهده مسئولیت‌های مراقبتی برآیند. معنویت تأثیر استرس مراقبتی را بر سلامت جسمانی و روانی تعدیل می‌کند. در پژوهشی دیگر، مشخص شد مراقبانی که از فعالیت‌های مذهبی و معنوی سود می‌جویند، استرس‌های مربوط به مشکلات مراقبتی کمتری را تجربه می‌کنند و دسترسی به منابع حمایت مذهبی، مانند کلیسا، هم‌بستگی منفی با مشکلات مراقبتی و استرسورها و افسردگی دارد (هربرت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

در پژوهشی نشان داده شد که بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری مادران کودکان بیمار، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). فرانسمیلز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند مراقبانی که دارای باورهای مذهبی هستند و در آیین‌های مذهبی شرکت می‌کنند، در مقایسه با افرادی که از این منابع بی‌بهره‌اند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند.

دومامانی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، براساس نتایج پژوهش خود معتقدند که مذهب و معنویت، در صورتی که با ارزش‌های مراجع درهم بییوندند، اغلب می‌تواند با درمان ترکیب شود و پیامدهای مثبت درمانی را افزایش دهد. در پژوهشی گزارش شده است که ۸۴ درصد از بیماران مبتلا به سرطان برای انطباق با بیماری، به فعالیت‌های مذهبی می‌پرداختند. در مطالعه‌ای دیگر در ۵۹ مرکز سرطانی نشان داده شد که از ارتباط با خداوند می‌توان به‌عنوان ابزاری مهم و مؤثر در ایجاد سازگاری جسمی و روانی بیمار با بیماری خودش استفاده نمود و باورهای معنوی یا مذهبی به‌عنوان شکلی از سازگاری فعال در بیماران مبتلا به سرطان شناخته شده است (نقل از مصطفی‌زاده و رستم‌نژاد، ۱۳۸۹). نکته جالب توجه پژوهش حاضر آن است که با توجه به تأثیر رگرسیونی بالای آیین‌ها و رفتارهای دینی همچون نماز و روزه، تحمل و استقامت هنگامی با متغیرهای دینی پیوند می‌خورد که پایه

1. Hebert

2. Francesmills

3. Demamani

اعتقادی و رفتاری قوی داشته باشد نه مبنای احساسی و هیجانی صرف؛ اما بُعد عواطف مذهبی می‌تواند زمینه‌ساز و تقویت‌کننده مبانی اعتقادی و رفتاری باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افراد مذهبی و دین‌دار از سطح تحمل بیشتری برخوردارند و در غلبه بر مشکلات ناشی از مسئولیت‌های مراقبتی کودکان خود، از راهکارهای حمایتی دینی و مذهبی سود می‌جویند. خداوند نیز در قرآن کریم، درباره تحمل و امیدواری می‌فرماید: «به‌یقین، کسانی که گفتند پروردگار ما خداوند یگانه است، سپس استقامت کردند، فرشتگان بر آن‌ها نازل می‌شوند که ترسید و غمگین مباشید و بشارت باد بر شما به آن بهشتی که به شما وعده داده شده است. ما یاران و مددکاران شما در دنیا و آخرت هستیم و برای شما هر چه دلتان بخواهد، در بهشت فراهم است و هر چه طلب کنید به شما داده می‌شود. این‌ها وسیله پذیرایی از سوی خداوند آمرزنده مهربان است» (فصلت، ۳۳ و ۴۴).

پژوهش حاضر به مادران کودکان آموزش‌پذیر با نارسایی هوشی تحولی محدود می‌شود و در تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها، بایستی جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای بهنگام در خصوص آموزش مذهبی، در ارتقای آگاهی والدین دارای کودکان با نیازهای ویژه، گام‌های مؤثری بردارند. از یافته‌های کاربردی این پژوهش می‌توان برای کمک به متخصصانی بهره جست که در ارتباط نزدیک با خانواده کودکان با نیازهای ویژه هستند، تا با ارائه راهکارهای مؤثر و مفید در راستای ارتقای نگرش‌های مذهبی فرهنگ ایرانی، والدین را در جهت تقویت باورهای دینی و متعاقب آن سازگاری بهتر و تحمل بیشتر مشکلات و تلاش در جهت تقلیل آن‌ها آموزش دهند.

- قرآن کریم، ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای (۱۳۸۶)، ج ۳، تهران: قیام.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶)، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی، فصلنامه روان‌شناسی معاصر، س ۴، ش ۲.
- حسینی قمی، ط. و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۰)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری، روان‌شناسی و دین، س ۴، ش ۳.
- دولتشاهی، پ. و پهلوانی، ه. (۱۳۸۶)، مقابله مذهبی و بهداشت روانی، فصلنامه معنا، س ۱.
- رصافیانی، م. و همکاران (۱۳۹۱)، آموزش خانواده به خانواده: مبانی نظری و نمونه کاربردی خانواده‌داری کودکان سندرم داون، فصلنامه خانواده‌پژوهی، س ۸، ش ۳۰.
- سیف نراقی، م. و نادری، ع. (۱۳۸۸)، روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، چ ۸، تهران: ارسباران.
- شجاعی، س. و همکاران (۱۳۹۱)، پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روان براساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز، در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰، فصلنامه افراد استثنایی، س ۲، ش ۶.
- محمدخان کرمانشاهی و همکاران، (۱۳۸۵)، تجربیات مادران از داشتن کودک عقب‌مانده ذهنی، توان‌بخشی، دوره هفتم، ش ۳.
- محمدی، س. د. (۱۳۸۵)، پرسش‌نامه سنجش نگرش‌های مذهبی، تهران: مؤسسه آزمون یار پویا.
- مصطفی‌زاده، ف. و رستم‌نژاد، م. (۱۳۸۹)، معنویت و سرطان، نشریه تخصصی زنان و مامایی ایران، دوره پنجم، ش ۳.
- Aron, B., Alisia, L., Yang, Y., Karen, W., Lisa, B. (2006), Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness, *Psychiatric Services*, 57.
- Aten, D., Leach, M. M. (2009), Spirituality and the therapeutic process: comprehensive resource from intake through termination. Washington DC: *American Psychological Association*.
- Blanton, P. G. (2005), Narrative family therapy and spiritual direction: do they it, *Journal of Psychology and Christianity*, 24.
- DeMamani, A. G., Tuchman, N., Duarte, E. O. (2010), Incorporating

- religion/spirituality into treatment for serious mental illness, *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17.
- Dezutter, J., Soenens, B., Hutsebaut, D. (2006), Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes, *Journal of Personality and Individual Differences*, 40.
  - 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.
  - Francesmills, M. S. W., Terry, T., Gil, C. (2008), Caregiver's spirituality and disabled in a home environment, *Journal of Chronological Social Work*, 51.
  - Hebert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M., Schulz, R. (2006), Religion, spirituality and the well-being of informal caregiver: A Review, critique, and research prospectus. *Mental Health*, 10.
  - James, A. & Wells, A. (2003), Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8.
  - Kelly, E. W. (1995), Spirituality and religion in counseling and psychotherapy: diversity in theory and practice, Alexandria: VA. *American Psychological Association*.
  - Kim, Y. M. (2004), Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation, *Journal of Family Psychology*, 13.
  - Novak, M., Guest, C. (1989), Application of a multidimensional caregiver burden inventory, *Gerontologist*, 29.
  - Roach, M. A., Orsmand, G. I. (1999), Mothers and father of children with Down syndrome: parental stress and involvement in child care, *American Journal of Mental Retardation*, 104.
  - Rosmarin, D. & Roob, H. B. (2010), Spiritual and religious issues in behavior change, *Journal and Behavioral Practice*, 17.
  - Seligman, M. E. P. (2000), *Authentic happiness using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*, New York: Free press.