

بررسی تأثیر باورهای مذهبی در سلامت عمومی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

علیرضا بخشایش*

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود. در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده به ویژه مادران در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت عمومی قرار می‌گیرند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر باورهای مذهبی در سلامت عمومی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بود. نمونه پژوهش شامل ۱۳۱ مادر کودک کم‌توان ذهنی بود که به روش تمام‌شماری انتخاب شدند و ۱۳۱ مادر کودک عادی که از طریق همتاسازی با گروه نمونه انتخاب شدند و در نهایت، پرسشنامه‌های سلامت عمومی، شادکامی آکسفورد و باورهای اساسی مذهبی برای استخراج داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت و داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های رگرسیون و همبستگی تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد بین باورهای مذهبی و سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی به ترتیب $(F=0/817)$ و $(F=0/932)$ همبستگی معناداری وجود دارد و نمرات باورهای مذهبی مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی بود $(p<0/01)$. همچنین بین باورهای مذهبی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت $(F=9/07)$. مادران دو گروه در میزان باورهای مذهبی، شادکامی و سلامت عمومی با هم تفاوت معنادار داشتند $(p<0/01)$.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که، مادران کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در یافتن معنای شادکامی در زندگی، سلامت عمومی و تحکیم اعتقادات مذهبی خود دچار مشکلات بیشتری هستند.

کلیدواژه‌ها: باورهای مذهبی، سلامت عمومی، شادکامی، کودکان کم‌توان ذهنی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی

ارجاع: بررسی تأثیر باورهای مذهبی در سلامت عمومی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی. پژوهش در

علوم توانبخشی ۱۳۹۳؛ ۱۰(۴): ۵۸۰-۵۶۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲

* دانشیار گروه روانشناسی - دانشکده علوم انسانی - عضو هیئت علمی دانشگاه یزد، یزد، ایران (نویسنده مسؤول).

Email: abakhshayesh@yazduni.ac.ir

مقدمه

یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند، نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضاء با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک، مبتلا به نابینایی، ناشنوایی و یا کم‌توانی ذهنی باشد. کم‌توانی ذهنی با محدودیت چشمگیری در عملکرد ذهنی و رفتارهای انطباقی تعریف می‌شود که قبل از ۱۸ سالگی شروع شده و مهارت‌های اجتماعی و مفهومی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، از هنگامی که متوجه معلولیت و نقص فرزندان‌شان می‌شوند، واکنش‌های متفاوتی را از خودشان نشان می‌دهند که از ناامیدی و یأس و انکار گرفته تا مواجهه منطقی با مسئله و تصمیم گرفتن برای کمک و یاری رساندن به فرزندان‌شان در ادامه مسیر زندگی و موفقیت در آن را شامل می‌شود. والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی، نسبت به والدین کودکان عادی، باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودکان خود کنند و این امر کیفیت زندگی و سلامت عمومی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در واقع انطباق خانواده تحت تأثیر کودک کم‌توان ذهنی قرار می‌گیرد. داشتن کودک معلول بر بهداشت روانی خانواده اثر گذاشته و علاوه بر نگرانی، اضطراب و مشکلات روانی، تقسیم نقش‌ها و فرآیندهای ارتباطی صریح و آگاهی از مسائل سایر اعضای خانواده را با مشکل روبرو می‌سازد. این گونه استرس و تنش‌ها ارتباط مستقیمی با کودک کم‌توان ذهنی دارند (۲). زیرا کم‌توانی ذهنی به همراه خود برای این والدین درخواست‌های جدیدی مانند زمان اضافی برای مراقبت و پرستاری از کودک کم‌توان ذهنی و تأمین منابع مالی مورد نیاز برای مخارج این کودکان را به دنبال دارد. والدین و افراد حاضر در خانواده به صورت جدی تحت تأثیر آگاهی از کم‌توانی ذهنی کودک خود قرار گرفته و در مدت زمان کوتاهی بعد از این آگاهی، والدین باید برای این عضو تازه وارد، تغییرات ذاتی و واقعی در ساختار خانواده به وجود آورند (۱).

سلامت عمومی از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است که Corey و Keyes آن را ترکیبی از احساسات مثبت (بهبودی عاطفی) و عملکرد مثبت (بهبودی اجتماعی و روان‌شناختی) تعریف می‌کند. بنا به نظر وی سلامت عمومی با وجود کامیابی و عدم وجود سستی و ضعف رابطه دارد (۳). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت عمومی و سلامت جسمانی را نشان می‌دهند (۳، ۴، ۵). تولد کودک کم‌توان ذهنی شوک بزرگی برای والدین او محسوب می‌شود. به همین دلیل مادران کودکان کم‌توانی ذهنی ممکن است احساس گناه، خشم و خجالت را تجربه کنند. هرچه معلولیت ذهنی بیشتر باشد تأثیرات آن در خانواده بیشتر و عینی‌تر است. گزارش شده است که مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی احساس پریشانی و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی می‌کنند، همچنین نسبت به مادران کودکان عادی در کنترل خشم کودک خود، مشکل بیشتری دارند. آن‌ها سطوح بالایی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند و این استرس ناشی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی با سطح سلامت عمومی و بهبودی روان‌شناختی پایین آن‌ها رابطه دارد (۴، ۵). زندگی پر استرس والدین کودکان دارای کم‌توانی ذهنی، منجر به افزایش سطح افسردگی آن‌ها می‌شود. مادران کودکان معلول ذهنی نشانه‌های روان‌پزشکی بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی نشان می‌دهند و تعارضات موجود در روابط زناشویی آن‌ها اغلب منجر به طلاق می‌شود (۵). از جمله عوامل دیگری که سلامت عمومی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، شادکامی است. بر اساس تئوری‌های معاصر، شادکامی در موقعیت‌های خاص مانند پذیرفته شدن فرد، تسلط داشتن بر محیط، رشد شخصی و تجربه رابطه بهینه حاصل می‌شود و عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است (۶). Hatton و Emerson نیز نشان دادند که داشتن یک کودک

رابطه مثبتی را میان دو متغیر معنویت و سلامت عمومی پیدا کردند (۱۱). پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده نشان می‌دهد، گرایش‌های مذهبی با افزایش سلامت عمومی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و این گرایش‌ها قادر است به صورت مثبت، سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند (۴). بهرامی احسان و رضاپور در پژوهشی نشان دادند جهت‌گیری مذهبی نسبت به سبک‌های مقابله‌ای نقش مهمی در تبیین سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد (۱۲). پس می‌توان گفت به این علت که مادران کودکان 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. یک خانواده معتقد به خداوند فرزند معلول را امتحان و آزمایش از طرف خداوند می‌داند و خود را مسئول توجه و مراقبت و کم کردن ناتوانی‌های این کودک می‌داند (۷). فلاح و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند سبک مقابله اسلامی موجب افزایش شادکامی والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود (۱۳). براساس تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه آکسفورد (Oxford) میزان شیوع کم‌توانی ذهنی یک درصد جمعیت عمومی است (۹). در کشور ما نیز حدود یک میلیون و دویست هزار نفر کم‌توان ذهنی وجود دارد که اکثراً به علت بلوغ و مشکلات آن، از سوی خانواده پذیرفته نمی‌شوند (۵). همان گونه که می‌دانیم خانواده واحدی یکپارچه و نظام‌مند است و به وجود آمدن هر گونه 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. به علت اینکه مادران نسبت به پدران بیشتر درگیر مشکل کم‌توانی ذهنی کودک خود می‌شوند و نقش فرزند پروری بیشتری را نسبت به پدران ایفا می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات روان‌شناختی هستند (۱۳). در کشور ما نیز وضع به همین ترتیب است؛ بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی ی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و برنامه‌ریزی برای

کم‌توان ذهنی، شادکامی و سلامت عمومی مادر را کاهش می‌دهد (۷).

در ایران نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، که مادران دانش‌آموزان عادی نسبت به مادران دانش‌آموزان کم‌توان از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند (۸). Olson و همکاران بعد از مطالعه والدین کودکان عادی و استثنایی به این نتیجه رسیدند که وجود یک کودک معلول تأثیر منفی بر خانواده می‌گذارد. در واقع والدین کودکان کم‌توان ذهنی در معرض استرس و افسردگی قرار دارند و شادکامی کمتری تجربه می‌کنند و بین سلامت عمومی مادران کودکان عادی و استثنایی تفاوت معناداری وجود دارد. والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی مشکلات روان‌شناختی بیشتری را در زمینه شکایات جسمانی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب تجربه می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارند (۹). کودک مبتلا به ناتوانی ذهنی همیشه بهزیستی خانواده را تهدید نمی‌کند، واکنش‌های اعضای خانواده نسبت به فرد مبتلا به ناتوانی می‌تواند از طرد کامل تا حمایت مضاعف را شامل گردد. در واقع برخی از والدین و خواهران و برادران ادعا می‌کنند که وجود یک عضو مبتلا به معلولیت ذهنی بر انسجام درونی خانواده افزوده است. با وجود این، کنار آمدن با استرس ناشی از نگهداری یک کودک ناتوان امری آسان نیست (۱۰).

یکی دیگر از عواملی که پیش‌بینی می‌شود با سطح سلامت عمومی ی مادران کودکان کم‌توان ذهنی رابطه داشته باشد، گرایش‌های مذهبی آن‌هاست. سلامت افراد، به شدت با رفتارهایی که در بافت اجتماعی - فرهنگی یاد گرفته می‌شود، ارتباط دارد. به درستی ثابت شده است که یادگیری - های اجتماعی و فرهنگی از جمله گرایش‌های مذهبی روی سلامت عمومی ی افراد، تأثیر گذار است (۵). شواهد زیادی مبنی بر رابطه دین و معنویت با سلامت عمومی ی و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. Wong و Rew در پژوهش خود نشان دادند که از میان ۴۳ تحقیق انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت عمومی، ۸۴ درصد آن‌ها

۳) باورهای مذهبی در شادکامی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد.

۴) بین سلامت عمومی، شادکامی و باورهای مذهبی در والدین کودکان عادی و کم‌توان ذهنی تفاوت وجود دارد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. همچنین این پژوهش از لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی است و داده‌ها نیز به صورت میدانی گردآوری شده‌اند. جامعه مورد پژوهش ۱۳۱ مادر دانش‌آموز ۸-۱۲ ساله کم‌توان ذهنی آموزش پذیر بودند که همگی از تنها مرکز آموزش کودکان کم‌توان ذهنی شهر یزد (مرکز آموزش رسولیان) به روش تمام شماری انتخاب شدند و به همان نسبت تعداد ۱۳۱ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی از طریق هم‌تاسازی با سن کودک، میزان تحصیلات مادر، تعداد فرزندان و میزان درآمد خانواده انتخاب شدند. از جمله ملاک‌های ورود به این مطالعه مادران کودکان کم‌توان ذهنی بودند که فرزندان آن‌ها بین ۸-۱۲ سال سن داشتند و همگی ساکن یزد بودند. کودکان آن‌ها حتماً دچار ناتوانی ذهنی (آموزش‌پذیر) بودند. هر گونه معلولیت دیگر مانند نابینایی، ناشنوایی و ناتوانی حرکتی (معلولیت‌های جسمی) باعث خروج فرد مورد نظر از نمونه این پژوهش بود. لازم به ذکر است که تمامی پرسشنامه‌ها با رضایت کتبی از نمونه‌های پژوهش جواب داده شدند.

در مجموع از بین ۲۶۲ پرسشنامه ۲۰۰ پرسشنامه به تحلیل وارد شد و داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند.

در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire) و پرسشنامه باورهای اساسی مذهبی (Basic Religious Beliefs Questionnaire) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. این

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 (۷). تجربیات مادران از داشتن کودک کم‌توان ذهنی نشان می‌دهد که آنان کودکان را نعمت و امانت الهی می‌دانند آن‌ها به علت تقبل مسوولیت بیش از اندازه در طول زندگی از جان مایه می‌گذارند که نتیجه آن تحمل استرس زیاد، احساس ناامیدی، غم و اندوه و درک ابهام آمیز از آینده کودک و خود است و برای پذیرش و سازگاری با وجود او تنها به خدا توکل دارند و از منابع حمایتی مناسب و اثربخشی برخوردار نیستند. با توجه به این که حضور کودکان با ناتوانی ذهنی درگیری عمیق ذهنی و عاطفی برای والدین به خصوص مادران به وجود می‌آورد، تعمق بر روی جنبه‌های روانی این دسته از افراد و شناسایی راه‌هایی برای افزایش سلامت عمومی و شادکامی این مادران گامی مهم و ارزنده به شمار می‌رود. وجه تمایز پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های قبلی این است که این پژوهش به طور اختصاصی بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفته است و علاوه بر این به بررسی تأثیر باورهای مذهبی در سلامت عمومی و شادکامی این مادران پرداخته است تا با استفاده از نتایج آن بتوان اقدام مؤثرتری در جهت کمک به آنان برداشت. بدین ترتیب با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر باورهای مذهبی در سلامت عمومی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی انجام شد. بر این اساس، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱) باورهای مذهبی در سلامت عمومی والدین کودکان عادی تأثیر دارد.

۲) باورهای مذهبی در سلامت عمومی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد.

معرفی این مقیاس به عنوان یک ابزار نیرومند و معتبر در سنجش شادی بوده است (۱۵). پرسشنامه شادکامی متشکل از ۲۹ سؤال است و سازه‌های روان‌شناختی مانند: پاداش-دهندگی زندگی، آمادگی روانی، رضایت از خود، احساس زیبایی شناختی، رضایت از زندگی، سازمان‌دهی زمانی، جستجوی جذابیت و خاطرات شاد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن از چهار عبارت به ترتیب ۰ تا ۳ می‌باشد. نمره بهنجار این آزمون ۴۰ تا ۴۲ است. (نمره‌های کمتر از ۴۰ تا ۴۲ از لحاظ میزان شادکامی در وضعیت پایین قرار دارند و نمره‌های ۴۰ تا ۴۲ به بالا نشان دهنده شادکامی بیشتر است بنابراین هر چه نمره کسب شده به بالاترین میزان (۸۷) نزدیک‌تر باشد نشان دهنده شادکامی بیشتر می‌باشد (۱۵). علی‌پور و آگاه هریس در پژوهشی ۱۰۲۱ دانش‌آموز دختر و پسر سال اول و دوم دبیرستان را مورد آزمون قرار دادند (۱۶). اعتبار پرسشنامه از طریق روش باز آزمایی بعد از چهار هفته ۰/۷۸ و از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود. همچنین برای سنجش روایی از تحلیل عاملی استفاده شد و نتایج نشان دهنده استخراج ۷ عامل از پرسشنامه بود که در مجموع ۳۳ درصد از واریانس کل پرسش‌ها را تبیین می‌کند، در ضمن بالاترین نمره در این مقیاس ۸۷ می‌باشد (۱۷). پرسشنامه باورهای مذهبی، یک پرسشنامه ۵۰ سؤالی است و در کل، ۳ باور اساسی افراد را در مورد خداوند، انسان و هستی مورد محاسبه قرار می‌دهد. پرسشنامه باورهای مذهبی توسط رجایی، بیاضی و حبیبی پور ساخته شده است. روایی این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۶ است. محاسبه شده که بیانگر همسانی درونی بالای این آزمون است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد). همچنین تعدادی از سؤالات پرسشنامه با توجه به مضمون آن بر عکس نمره گذاری می‌شود. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۲۵۰ می‌باشد (۱۸).

پرسشنامه از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام دارای ۷ سؤال می‌باشد. سؤالات (۷-۱) مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، (۱۴-۸) مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی‌خوابی، (۲۱-۱۵) اختلال در کارکرد اجتماعی و (۲۸-۲۲) مربوط به خرده آزمون افسردگی می‌باشد. در این پرسشنامه به هر پاسخ از راست به چپ نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد و بعد نمرات چهار زیر مقیاس با هم جمع شده و نمره کل به دست آورده می‌شود. تقوی در پژوهشی به بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی پرداخت. برای این منظور در یک مطالعه ۷۵ نفر از دانشجویان برای بررسی اعتبار پرسشنامه و در مطالعه‌ای دیگر ۹۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز جهت بررسی روایی آن شرکت نمودند. اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (Middlesex) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند. بنابراین، بر اساس نتایج این تحقیق، فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته شد (۱۴). پرسشنامه شادکامی آکسفورد برای اولین بار توسط Martin, Argyle و Crossland به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری شادی شخصی طرح‌ریزی شد. مطالعات مختلفی به منظور هنجاریابی آن در کشورهای مختلف انجام شد که نتیجه آن‌ها

یافته‌ها

با توجه به این که کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات فراوانی برای والدینشان ایجاد می‌کنند نتایج این پژوهش می‌تواند به شناخت مشکلات والدین این دسته از کودکان کمک کند.

در این پژوهش در مجموع، ۲۰۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت که از این تعداد، ۱۰۷ نفر از مادران کودکان عادی و ۹۳ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی بودند که همگی حداقل دارای یک فرزند بین ۱۲-۸ سال بودند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه

میزان درآمد (هزار تومان)	تعداد فرزندان			سطح تحصیلات				گروهها	
	زیر ۶۰۰	بین ۶۰۰ تا ۱/۲۰۰	۱/۲۰۰ به بالا	۲	بین ۲-۴	۴ به بالا	لیسانس		لیسانس به بالا
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
۲۹	۴۶	۳۲	۱۰	۴۵	۵۲	۱۱	۴۳	۳۹	۱۴
(۲۷/۱)	(۴۲/۹۸)	(۲۹/۹۱)	(۹/۳۴)	(۴۲/۰۶)	(۴۸/۶)	(۱۰/۲۸)	(۴۰/۱۹)	(۳۶/۴۴)	(۱۳/۰۸)
۱۱	۴۹	۳۳	۱۳	۳۲	۴۸	۵	۳۱	۳۹	۱۸
(۱۱/۸۳)	(۵۲/۶۹)	(۳۵/۴۸)	(۱۳/۹۸)	(۳۴/۴۱)	(۵۱/۶۱)	(۵/۳۸)	(۳۳/۳۳)	(۴۱/۹۳)	(۱۹/۳۵)

جدول ۲: همبستگی میان باورهای مذهبی و سلامت عمومی مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی

R ²	R	Sig	F	گروهها
۰/۸۶۸	۰/۹۳۲	**۰/۰۰۰	۶۴۵/۰۴۶۱	والد کودک عادی
۰/۶۶۷	۰/۸۱۷	**۰/۰۰۰	۱۹۶/۱۴۷	والد کودک کم‌توان ذهنی

**در سطح $\alpha > 0.1$ معنی دار است.

گفت مدل‌های ارائه شده نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌تواند سلامت عمومی این دو گروه را پیش‌بینی کند. در جدول ۳ میزان همبستگی میان باورهای مذهبی و شادکامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی ارائه شده است که میزان ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۹۰۷ می‌باشد. با توجه به آزمون ANOVA به کار گرفته شده از آنجائی که مقدار معناداری حاصل شده کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد آزمون معنادار بوده و در نتیجه استفاده از رگرسیون خطی قابل قبول می‌باشد و مدل مطرح شده می‌تواند متغیر مورد نظر را پیش‌بینی کند. با توجه به جدول، مقدار معناداری حاصل شده مربوط به باورهای مذهبی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

در جدول ۲ میزان همبستگی میان باورهای مذهبی و سلامت عمومی والدین کودکان عادی ارائه شده است که میزان ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۹۳۲ می‌باشد و نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار بین این دو متغیر است. همچنین همبستگی میان باورهای مذهبی و سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی ارائه شده است و میزان ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۸۱۷ می‌باشد که نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار بین این دو متغیر است. مقدار معناداری حاصل شده مربوط به باورهای مذهبی والدین کودکان عادی و کم‌توان ذهنی کمتر از ۰/۰۵ و مربوط به مقدار ثابت بزرگتر از ۰/۵۰ می‌باشد. در نتیجه معادلات رگرسیونی را می‌توان به صورت زیر پیش‌بینی کرد و می‌توان

معنادار بوده و شادکامی در مادران کودکان عادی بیشتر است. از طرف دیگر همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود مقدار معناداری حاصل شده در مقایسه باورهای مذهبی بین دو گروه ۰/۰۰۰ می‌باشد، بنابراین تفاوت معناداری میان باورهای مذهبی در مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی وجود دارد و با توجه به جدول فوق این موضوع در مورد مادران کودکان عادی بیشتر است.

۰/۰۰۰ است. در نتیجه معادله رگرسیونی را می‌توان به صورت زیر پیش‌بینی کرد. با توجه به جدول ۴ مقدار معناداری حاصل شده در مقایسه سلامت عمومی بین دو گروه کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت تفاوت معناداری میان سلامت عمومی در مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی وجود دارد و این متغیر در مادران کودکان عادی بیشتر است. همچنین با توجه به جدول فوق و آزمون t مستقل انجام گرفته از آنجائیکه مقدار معناداری حاصل شده ۰/۰۰۰ می‌باشد، آزمون

جدول ۳: همبستگی میان باورهای مذهبی و شادکامی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

R2	R	sig	F
۰/۸۲۳	۰/۹۰۷	***۰/۰۰۰	۴۵۶/۰۱۸

**در سطح $\alpha > 0.1/0$ معنی دار است.

جدول ۴: مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و باورهای مذهبی در مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی (N=۲۰۰)

متغیرها	M±SD	sig	t	df
مادران کودکان عادی	۴۲/۱۳±۱۷/۰۴			
سلامت عمومی		***۰/۰۰۰	۱۵/۳۷	۱۹۸
مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۱۲/۷۶±۸/۶۲			
مادران کودکان عادی	۶۹/۱۵±۱۵/۰۲			
شادکامی		***۰/۰۰۰	۹/۷۲	۱۹۸
مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۴۶/۵۷±۱۹/۸۴			
مادران کودکان عادی	۱۸/۷۵±۴/۸۷			
باورهای مذهبی		***۰/۰۰۰	۹/۹۵	۱۹۸
مادران کودکان کم‌توان ذهنی	۱۰/۸۳±۶/۲۹			

**در سطح $\alpha < 0.01$ معنی دار است.

بحث

آگاه شدن از وجود هرگونه مشکل یا متفاوت بودن کودک ضربه‌ای سخت به والدین به خصوص مادر وارد می‌کند. آن‌ها ویژگی‌های کودک دلخواه خود را در حد بسیار مطلوب و مطابق میل خویش تصور می‌کنند اما تمام این رؤیاها با به دنیا آمدن یک کودک معلول فرو می‌ریزد در این وضعیت شادکامی و برخورداری از باورهای مذهبی می‌تواند افکار و رفتارهایی را در پی داشته باشد که تا حدودی سازگار و کمک‌کننده باشد. در این قسمت به بحث و نتیجه‌گیری فرضیات موجود در زمینه سلامت عمومی، شادکامی و باورهای مذهبی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن‌ها با مادران کودکان استثنایی می‌پردازیم. در پاسخگویی به فرضیه اول می‌توان گفت باورهای مذهبی می‌تواند سلامت عمومی را در مادران کودکان عادی پیش‌بینی کند و بین باورهای مذهبی و سلامت عمومی در این گروه همبستگی معنادار وجود دارد. یافته حاضر با پژوهش صدری و جعفری تحت عنوان بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت عمومی همسو است (۱۹). نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد رابطه معناداری میان باورهای مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان دختر با مقدار آزمون پیرسون $0/17$ وجود دارد. شاید دلیل همسو بودن نتایج استفاده از پرسشنامه یکسان در امر پژوهش بوده است. در ارتباط با فرضیه دوم می‌توان گفت باورهای مذهبی می‌تواند سلامت عمومی را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی پیش‌بینی کند. یافته‌های این پژوهش با تحقیق گراوند و همکاران و بهرامی احسان و رضاپور نیز همسو است. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی قادر به پیش‌بینی درصد معناداری از سلامت عمومی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی است (۸، ۲۰). شاید یکی از دلایل همسو بودن نتایج، استفاده از آزمون‌های آماری یکسان بوده است. در این زمینه همچنین می‌توان گفت، رفتارهای مذهبی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی ارزش مثبتی دارند. رفتارهایی از قبیل عبادت و توکل به خدا می‌توانند با ایجاد امید و تشویق افراد به نگرش مثبت به موقعیت‌های

فشارزای روانی باعث آرامش درونی آن‌ها می‌شود. در واقع مذهب می‌تواند به شیوه‌های فعالی در فرآیندهای مقابله موثر باشد. نتایج در پاسخگویی به فرضیه سوم نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌تواند شادکامی را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی پیش‌بینی کند. و بین این دو متغیر در مادران کودکان کم‌توان ذهنی همبستگی معنادار وجود دارد. فلاح و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند مقابله اسلامی (برخورداری از اعتقادات و باورهای مذهبی محکم و استفاده از آن در مقابله با فشارهای زندگی) می‌تواند باعث افزایش شادکامی شود (۱۳). آن‌ها در جلسات آموزشی سبک‌های مقابله اسلامی به والدین کودکان از سه محور شناختی، عاطفی و رفتاری استفاده کردند. در پایان والدین توانستند انواع خطاهای شناختی خود را در قبال داشتن فرزند استثنایی شناسایی کنند و در جهت استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مناسب اقدام نمایند. به طوری که استفاده از این راهکارها با بالا بردن سطح عواطف مثبت از جهت جایگزین کردن شادی به جای عواطف نامطلوب و تسلیم شدن در برابر مشکلات باعث افزایش شادکامی آن‌ها شد. به نظر می‌رسد، از دست دادن توکل و مقابله مذهبی منفی با سلامت عمومی پایین‌تر در این گروه افراد رابطه دارد (۱۳). همچنین صدیقی نژاد و محمدی به یافته‌های مطابق با پژوهش حاضر رسیدند ولی حسن‌پور و همکاران به نتیجه‌ای مخالف رسیدند. حسن‌پور و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شدت رابطه بین دو متغیر دلبستگی به خدا و سلامت عمومی در والدین کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به همین رابطه در والدین کودکان عادی بیشتر است (۲۱، ۲۲). شاید دلیل این امر تفاوت در ابزار اندازه‌گیری بوده است. بدین معنی که صدیقی نژاد و محمدی در پژوهش خود از پرسشنامه باورهای مذهبی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، کمک گرفتند، در حالی که حسن‌پور و همکاران از پرسشنامه دلبستگی به خدا استفاده کردند. بررسی فرضیه چهارم نشان می‌دهد بین سلامت عمومی مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی تفاوت معنادار وجود دارد و سلامت عمومی در مادران کودکان عادی

افراد جامعه، بالا بردن حس اعتماد به نفس آنها است تا به آنها در شناخت مهارت‌های خود و استقلال طلبی کمک کند. جامعه نیز با همکاری خانواده، کارشناسان و مدیران سطوح مختلف می‌توانند جایگاه این افراد را در جامعه سامان بخشد.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، دشواری در دستیابی به والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عدم همکاری برخی از آنها بود.

پیشنهادها

با توجه به این که باورهای مذهبی یکی از مؤلفه‌ها و ابعاد دینداری است و همچنین با توجه به ارتباط نتایج پژوهش‌ها در این زمینه با سلامت عمومی افراد، بهتر است آموزش‌هایی در زمینه مقابله مذهبی با شرایط خاصی که مادران کودکان کم‌توان ذهنی با آن مواجه می‌شوند، فراهم شود. از جمله موضوعات دیگری که اهمیت دارد، نگرش والدین در خصوص کودکان کم‌توان ذهنی خود است، زیرا نگرش والدین است که موجبات پذیرش یا عدم پذیرش کودک معلول ذهنی را فراهم می‌آورد. بنابراین از راه آموزش می‌توان در نگرش والدین نسبت به کودک معلول ذهنی، تغییر مثبت به وجود آورد. اجرای برنامه‌های آموزشی برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی، باعث شناخت و پذیرش این کودکان می‌شود. مادران کودکان کم‌توان ذهنی، اگر واقعیت‌ها را از افراد مطلع و متخصصین درباره کم‌توانی ذهنی بشنوند، بیشتر پذیرای کودکان خود خواهند بود. با در نظر گرفتن این موضوع که پژوهش و بررسی اختصاصی در مورد مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمتر انجام شده پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری بر روی نمونه‌های دیگر و با استفاده از دیگر متغیرهای مؤثر بر سلامت عمومی و عاطفی در این دسته از افراد انجام شود. همچنین می‌توان این پژوهش را بر روی سایر افراد خانواده‌هایی که دارای چنین کودکانی هستند، انجام داد.

تشکر و قدردانی

از تمامی والدین و افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

بیشتر است. نتایج پژوهش میکائیلی، گنجی و طالبی نیز نشان داد رضایت زناشویی و سلامت عمومی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری کمتر از والدین کودکان عادی می‌باشد و میان سلامت عمومی مادران سه گروه کم‌توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره پایین‌تری داشتند (۲۳). Rippentrop و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند (۲۴). یافته‌های این پژوهش با تحقیق Hatton و Emerson نیز همسو است و استفاده از آزمون‌های آماری یکسان یکی از دلایل همسو بودن این پژوهش‌ها می‌باشد (۷). در واقع، می‌توان گفت عدم وجود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب و استرس مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و کاهش بهزیستی روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی هستند. عواملی همچون شدت مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی و کارکرد مناسب خانواده و حضور هر دو والد در خانواده متغیرهای مهمی به‌شمار می‌روند که می‌توانند در احساس سلامت و بهزیستی روانی مادران کودکان استثنایی مؤثر باشند (۳). همچنین شادکامی در مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری دارد. فلاح و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه والدین کودکان عادی و کم‌توان ذهنی از نظر شادکامی تفاوت معنادار وجود دارد، آنها استنباط کردند، چنانچه در ابتدا این مادران، از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی احساس گناه می‌کردند و از گفتن مشکلات رفتاری آنها هراس داشتند ولی با شناسایی بیشتر مشکلات خود و استفاده از سبک مقابله اسلامی توانستند سطح شادکامی خود را بالا ببرند (۱۳).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش تأثیر باورهای مذهبی را در شادکامی و سلامت عمومی مادران کودکان کم‌توان ذهنی آشکار کرده و می‌تواند تا حدودی خلاء اطلاعاتی را در خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی پر کند و نکاتی برای برنامه‌ریزی‌های مناسب در اختیار مسئولان و برنامه‌ریزان قرار دهد. در واقع این چنین به نظر می‌رسد که بزرگترین کمک به این قشر از

References

1. Hedda M, James W, Aaron T, Almeida A. Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *J Except Child* 2010; 77 (1): 7-36.
2. Laurvick CL, Msall ME, Silburn S, Bower C, Deklerk N, Leonard H. Physical and mental health of mothers caring for a child with Rett Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2006; 118 (4): 1146-1152.
3. Corey L, Keyes C. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav* 2002; 43: 207-222.
4. Glidden L, Billing F, Jobe BM. Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *J Intell Disabil Res* 2006; 50 (12): 942-962.
5. Rajabi M, Saremi, A.A, Bayazi, M.H. The relationship between religious coping patterns, mental health and happiness. *J Dev Psychol* 2012; 8(32): 363-371. [in Persian]
6. Anger E, Miller MG, Ray MN, Saag KG, Allison EG. Health literacy and happiness: A community-based study. *Soc Indic Res* 2010; 95(2): 325-338.
7. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *J Intell Disabil Res* 2007; 191: 493-499.
8. Keshavarz S. Families and children with special needs (explaining the role of prenatal and postnatal). *J Except Child* 2012; 2(12): 57-77. [in Persian]
9. Olson M, Larsman P, Wang H, Philip C. Relationship among risk sense of coherence and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. *J Policy Pract Intell Disabil* 2008; 5(4): 227-236.
10. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi SA. Comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *J Fundam Ment Health* 2007; 34 (8): 16-21. [in Persian]
11. Rew L, Wong J. A systematic review of associations among religiosity / spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adoles Health* 2006; 2(38): 433-442. [in Persian]
12. Bahrami Ehsan H, Rezapour Y. The relation of coping styles, religious orientations and personality dimensions to mental health of mothers of mental retarded children. *J Except Child* 2009; 10(3): 245-258. [in Persian]
13. Fallah MH, Mangoli A, Zareh F. Examining the effect of teaching religious coping style on happiness of parents with exceptional children. *J Toloo-E-Behdasht* 2012; 11(2): 75-82. [in Persian]
14. Taghavi M. Evaluation of Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychol* 2001; 20: 382-397. [in Persian]
15. Hadinezhad H, Zare F. Reliability, validity, and normalization of the Oxford Happiness Questionnaire. *J Psychol* 2006; 12(1): 62-77. [in Persian]
16. Alipour A, Agah Haris M. Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. *J Iran Psychol* 2007; 12: 287-298. [in Persian]
17. Alipour A, Nourbala A. A preliminary study on the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students of Tehran University. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2008; 5(1): 55-65. [in Persian]
18. Rajaei A, Bayyazi MH, Habibi, H. Fundamental Religious Beliefs Questionnaire. Torbat-E-Jaam: Islamic Azad University of Torbat-E-Jaam Publications 2008. [In Persian]
19. Sadri J, Jafari A. The study of the relation of religious beliefs and mental health (a case study done by students of Islamic Azad University of Abhar). *J Appl Behav Sci* 2010; 2(3): 123-138. [Article in Persian]
20. Garavand H, Qanbari Hashimabadi, BA, Kamkarzahirvand P, Jafari S. A comparative analysis of the relationship of religious orientation (intrinsic and extrinsic) with mental health and illogical beliefs. *J Psychol Relig* 2012; 5(1): 79-103. [in Persian]
21. Sedighinejad R, Mohammadi Z. Scale of performing religious beliefs on abstract of religion and mental health. *J Psychol* 2005; 4, 67-78. [in Persian]
22. Hasanpour A, Seif M, G.H, A, Jafari, M. An investigation into the relationship between attachment to God and mental health in the parents of exceptional and normal children in Hamedan city in the academic year 2008-2009. *J Except Child* 2012; 2(6): 1-10. [in Persian]
23. Mikaeli N, Ganji M, Talebi M. Comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *J Learn Disabil* 2012; 2(1): 120-137. [in Persian]

24. Rippentrop A. E. Altmaier E. M. Chen JJ, Found EM, Keffala JV. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and a pain in a chronic pain population. *J Clin Psychol* 2005; 116: 311-321.
25. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *J Soc Sci Med* 2007; 64 (4): 850-857.

The effect of religious beliefs on general health and happiness of mothers who has or has not children with intellectual disability

AliReza Bakhshayesh*

Original Article

Abstract

Introduction: Birth of a child with intellectual disability can be considered as an adverse event by families. On this occasion all family members, especially mothers, are at risk for general health problems. The aim of this study was to investigate the effect of religious beliefs on general health and happiness among mothers who has or has nor children with intellectual disability.

Materials and methods: The current research was a correlation study. 131 children with intellectual disability and also 131 normal children, matched in characteristics rather than mental ability, were recruited for this study and their mother completed such questionnaires as the general health, the Oxford happiness, and the basic religious beliefs questionnaire. Finally, the data were analyzed using the correlation and regression tests by SPSS software.

Results: The results showed that there was a significant correlation between religious beliefs and mental health of intellectually disabled children and normal children's mothers at $r=0/932$ and $r=0/817$, respectively. Religious beliefs in mothers of intellectually disabled children was less than mothers of normal children ($p<0/01$). A positive significant correlation was also found between religious beliefs and happiness in intellectually disabled children's mothers ($r=0/907$). Mothers of the two groups were different in terms of religious beliefs, happiness and mental health, as these factors were lower in mothers of intellectually disabled children ($p<0/01$).

Conclusion: Based on research findings, it can be concluded that mothers of intellectually disabled children might have more issues in finding happiness in life, their mental health and their religious beliefs compared to mothers of normal children.

Key Words: religious beliefs, general health, happiness, children with intellectual disability, mothers of children with intellectual disability

Citation: The relationship between timing of primary palatal surgery, cleft type and hypernasality in 3-6 years old children with cleft palate. J Res Rehabil Sci 2014; 10 (4): 569-580

Received date: 23/12/2013

Accept date: 24/8/2014

* Psychology, Associate Professor, Yazd University, Yazd, Iran (Corresponding Author) Email: abakhshayesh@yazduni.ac.ir