

نقش نگرانی، امید و معنای زندگی در پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

علی شیخ‌الاسلامی^۱، حسین قمری کیوی^۲، سمیرا غلامی^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۱۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش نگرانی، امید و معنای زندگی در پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تحت پوشش مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی شهر اردبیل در سال ۹۵-۱۳۹۴ جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تعداد ۱۳۰ مادر برای نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ی نگرانی پنیسلوانیا، پرسشنامه‌ی امید بزرگسالان آشنایدر، پرسشنامه‌ی هدف در زندگی گرامباف و ماهولیک و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نگرانی با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی رابطه‌ی منفی معنادار و بین امید و معنای زندگی با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تقریباً ۵۸ درصد از کل واریانس سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی قابل پیش‌بینی است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که نگرانی، امید و معنای زندگی از متغیرهای مرتبط با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است که نیازمند برنامه‌ریزی می‌باشد.

۱. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)
a_sheikholslami@yahoo.com

۲. استاد گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. کارشناسی ارشد مشاوره‌ی توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، نگرانی، امید، معنای زندگی، مادران، کم‌توان ذهنی

مقدمه

کم‌توانی ذهنی از جمله شایع‌ترین و شدیدترین نارسایی‌های رشدی است (میرباک و تتزچنر، ۲۰۰۸). کودکان کم‌توان ذهنی از جمله کودکانی هستند که در رفتار سازشی ضعف عمده‌ای دارند، به گونه‌ای که انجمن کم‌توان ذهنی آمریکا دو ویژگی برجسته کم‌توان ذهنی را محدودیت قابل‌ملاحظه در کارکرد شناختی و رفتار سازشی می‌داند (انجمن کم‌توان ذهنی آمریکا، ۲۰۱۰). کودکان کم‌توان ذهنی جزء کودکان با نیازهای ویژه به حساب می‌آیند. این گروه از کودکان افرادی هستند که تفاوت ویژه یا استثنایی با سایر کودکان از لحاظ توانایی‌های حسی، فیزیکی، نورولوژیک، ذاتی (خلق و خوی)، یا هوشی دارند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵ در کشور دو میلیون و هشت هزار معلول وجود داشته که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر کم‌توان ذهنی هستند (آمار رسمی معلولین کشور در سال ۱۳۸۵ به نقل از کوهسالی، میرزمانی، محمدخانی و کریملو، ۱۳۸۶). بنابراین، تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌ها در جامعه‌ی ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک فرزند کم‌توان ذهنی و همچنین از بار مراقبتی بسیار و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین فرزندان رنج می‌برند که این عوامل می‌توانند ثبات خانوادگی را برهم زده و باعث به‌هم‌ریختگی سازمان خانواده شود (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۹۳). والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی به لحاظ مشکلاتی که معلولیت فرزند به آنها تحمیل می‌کند با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند. از طرفی دیگر، آنها نمی‌توانند امکانات و زمان لازم را برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند؛ این مسئله موجب فشارهای اجتماعی و نگرانی مضاعف بر والدین شده و بر عزت‌نفس و تعامل روانی - اجتماعی آنها اثرات مخرب برجا می‌گذارد. روانشناسان معتقدند که احساس بی‌ارزشی عمیق و یا فقدان عزت‌نفس عامل رشد بسیاری از ناهنجاری‌های روانی است (بیابانگرد، ۱۳۹۰). هرچند در این موقعیت همه‌ی اعضای خانواده آسیب می‌بیند و کارکرد آنها مختل می‌شود اما در این میان مادران، به علت نقش

سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال این کودکان دارند و با مشکلات روانشناختی بیشتری مواجه می‌شوند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی دارای استرس و بحران‌های روانی هستند و همین مسئله سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنها را تهدید می‌کند و اکثر مواقع تأثیر منفی بر آنها می‌گذرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مادران با فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با پدران مشکلات بسیاری داشته و بیشتر با مشکلات رفتاری فرزندان خود درگیرند (دوارته، بوردین، یازیگی و مورنی^۱، ۲۰۰۲؛ سالوویتا، ایتالینا و لینونن^۲، ۲۰۰۳، به نقل از گولدنی، فیشر و هاودورن^۳، ۲۰۰۴). ایمرسون^۴ (۲۰۰۳) نشان داد که داشتن یک فرزند کم‌توان ذهنی، مثبت‌اندیشی و سلامت روانی مادر را کاهش می‌دهد (ایمرسون، ۲۰۰۳). همچنین، بر طبق پژوهش معتمدی، غباری‌بناب و ابرغم (۱۳۹۵) می‌توان گفت داشتن فرزند کم‌توان ذهنی بر سلامت روانی و رضایتمندی مادران این کودکان تأثیر منفی دارد. به‌طور کلی، مرور پژوهش‌هایی که روی مادران فرزندان کم‌توان ذهنی انجام شده، نشان می‌دهد که زندگی پر استرس، فشارهای هیجانی، تعارضات خانوادگی، مشکلات کنترل و نگاه‌داری کودک و احساس گناه باعث پایین آمدن سطح سلامت روانی آنها می‌شود (لیم^۵، ۲۰۰۲). همچنین، پژوهش‌های دیگر نشان داده است که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران دارای فرزند سالم، سطح سلامت عمومی پایین‌تری دارند (مک‌کانکی، تراسدل - کندی، چانگ، جراره و شکری^۶، ۲۰۰۸). پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که فشارهای روانی ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی می‌تواند سلامت روانی و جسمانی مادران را به مخاطره اندازد (صفری، جدیدی، جمالی، فرامرزی و جدیدی، ۱۳۹۲).

به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای که با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی ارتباط دارد، نگرانی^۷ است. نگرانی از پیامدهای داشتن کودک کم‌توان ذهنی است و به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصورات توصیف می‌شود که به‌طور منفی بر عواطف اثر

1. Duarte, Bordin, Yazigy & Morni
2. Salvita, Aytalina & Linunen
3. Goldney, Fisher & Hawthorn
4. Emerson
5. Lim
6. McConkey, Kennedy, Chang, Jarrah & Shukri
7. worry

می‌گذارد و به‌طور نسبی غیرقابل کنترل است (الیس و هادلسن^۱، ۲۰۱۰). نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است و به‌صورت پیش‌بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف می‌شود (کوبزاسکی، کاواچی، اسپرو و ویس^۲، ۱۹۹۷). پژوهش‌های بسیاری رابطه‌ی نگرانی را با نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (هانگ^۳، ۲۰۰۷). بلین آرکارو و ویلین کرت^۴ (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نگرانی نقش مهمی در پیش‌بینی افسردگی و پرخاشگری ایفا می‌کند. نگرانی در تداوم عاطفه‌ی منفی و آسیب مهارت‌های شناختی درگیر است (هیوکز، آلوی و کاگسول^۵، ۲۰۰۸). مادرانی که کودکان آنها در مدرسه‌ی استثنایی تحصیل می‌کنند اضطراب و نگرانی بیشتری داشتند. مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی ممکن است توسط مشکلات کودکان در هم شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف‌ها و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند (اوگستون، مکینتوش و مایرز^۶، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد نگرانی با تمام مؤلفه‌های سلامت روانی رابطه‌ی معناداری دارد و همچنین نگرانی تأثیر منفی بر سلامت روانی دارد (زارع بهرام‌آبادی، زرگر، چگینی، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده شده است که نگرانی نقش مهمی در سلامت روانی و جسمی افراد دارد (رنجبر نوشری، محدثی، اسدی مجره، هاشمی، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از متغیرهای که می‌تواند با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی ارتباط داشته باشد، امید^۷ است. امید عامل حمایت روانی در شرایط سخت و بحرانی است و یک مکانیسم سازگاری خیلی مهم است که از نظر عاطفی به فرد کمک می‌کند تا بتواند بحران را تحمل کند (الیوت و الوار^۸، ۲۰۰۷). امید به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (دوسارد و روسولت^۹، ۲۰۰۳). همچنین به‌عنوان یک عامل شفا‌دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند

1. Ellis & Hudso
2. Kubzaskey, Kawchi, Spiro & Weiss
3. Hang
4. Blain- Arcaro & Vaillancourt
5. Hughes, Alloy & Cogswell
6. Ogston, Mackintosh & Myers
7. hope
8. Elliott & Olver
9. Doussard- Roosevelt

توصیف می‌شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان دارد (هاپر^۱، ۲۰۰۴). دولین و ریکود^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین امید، پریشانی روانی بالاتری را در بردارد. آثار سودمند امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (کادرین، بولتر و کوپمان^۳، ۲۰۰۳) به‌عنوان مثال همبستگی امید با عاطفه‌ی مثبت (اسچیر، کارور و بریدجس^۴، ۲۰۰۳)، احساس خودارزشمندی (اشنایدر^۵، ۲۰۰۲) و همبستگی منفی امید با افسردگی (اشنایدر، چاونز و سایمپسون^۶، ۱۹۹۷)، اضطراب (ولز^۷، ۲۰۰۵)، احساس فرسودگی (فلیدمن^۸ و اشنایدر، ۲۰۰۵) و به‌طور کلی با عاطفه‌ی منفی نشان داده است (ولز، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که امید می‌تواند سلامت روانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند (قربانی، سعادت‌مند، سپهریان‌آذر، اسدنیا و فیضی‌پور، ۱۳۹۲؛ رضایی، بیانی و شریعت‌نیا، ۱۳۹۴). همچنین، نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که امید به‌عنوان یک عامل انعطاف‌پذیر برای سلامت روانی مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی است (لیئوید و هاستینگس^۹، ۲۰۰۹).

از جمله عوامل دیگری که به فرد در برخورد با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زای زندگی کمک کرده و افراد را در برابر دشواری‌های زندگی در امان نگه می‌دارد، داشتن معنا در زندگی^{۱۰} است. معنا در زندگی معمولاً به احساسی از یکپارچگی وجودی اشاره می‌کند که به دنبال پاسخ دادن به چیستی زندگی، پی بردن به هدف زندگی و دست یافتن به اهداف ارزنده و در نتیجه رسیدن به حس تکمیل بودن و مفید بودن حاصل می‌شود (یه‌هو و چیونگ^{۱۱}، ۲۰۱۰). این اصطلاح شامل دو مؤلفه‌ی داشتن معنا در زندگی و تلاش برای جستجوی معناست. داشتن معنا در زندگی به حالتی اطلاق می‌شود که بر اساس آن دریافت شخص از تجارب زندگی بر این حس متکی است که رویدادهای زندگی هدفمند هستند و

1. Harper
2. Dowling & Rickwood
3. Catherine, Bulter & Koopman
4. Scherier, corvcr & Bridges
5. snyder
6. Cheavens & Sympson
7. Wells
8. Feldman
9. Liloyd & Hastings
10. meaning in life
11. Yee Hoo, Cheung

در راستای آن هدف شکل می‌گیرند. در حالی که تلاش برای جستجوی معنا به فعالیت و شدت تمایل افراد به یافتن، ساختن و یا بحث در مورد معنای زندگی اطلاق می‌شود (استجر، فرازیر، اوشی و کالر^۱، ۲۰۰۶). هر دو مؤلفه در بهداشت روانی و جسمی مؤثر هستند، اما داشتن معنا در زندگی توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند و به نظر می‌رسد ارتباط قوی‌تری با سلامت جسمی و روانی داشته باشد (استجر، کاشدان، سالیوان و لورنتز^۲، ۲۰۰۸).

از دیدگاه روانشناسی و سلامت روانی بین کسانی که زندگی را معنادار ادراک می‌کنند و کسانی که مفهوم و مبنایی برای آن قائل نیستند، تفاوت‌های بسیاری وجود دارد. افراد با سطوح بالای معناداری در هنگام رویارویی با مسائل روزمره، فقط بر جنبه‌های مشخصی از مشکل تمرکز می‌کنند، در صورتی که اشخاص با سطوح پایین معنا در زندگی، به محدود بودن زمان به‌عنوان مشکلی بزرگ می‌نگرند و مشکلات فعلی را با احتمال نرسیدن به اهداف آینده پیوند می‌دهند. به این ترتیب، شخصی که سطوح بالاتری از معناداری در زندگی را تجربه می‌کند به آسانی قادر به رویارویی با شرایط سخت است. سطوح بالای معنا در زندگی نه فقط به فرد در رویارویی با دشواری‌ها کمک می‌کند، بلکه باعث افزایش رضایت شخصی و احساس کامیابی در فرد می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت جنبه‌های خاصی از معناداری نقش عمده‌ای در افزایش توان فرد در مقابله با مشکلات دارد (کیم، لی، یو و پیگ^۳، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند معناداری زندگی پیش‌بینی کننده‌ی مهم سلامت روانشناختی (ریف^۴، ۱۹۸۹؛ راش و شی‌یر^۵، ۲۰۰۳؛ هالما و ددوا^۶، ۲۰۰۷) و رضایت از زندگی (یه‌هو و چیونگ^۷، ۲۰۱۰) است و سبب عملکرد بهتر سیستم ایمنی (بوئر، کمنی، تایلور و فاهی^۷، ۲۰۰۳) و احساس خودکارآمدی (لنت^۸، ۲۰۰۴) می‌شود، افسردگی را کاهش می‌دهد (وسترهاف، باهل میجر، ون بلجو و پات^۹، ۲۰۱۰)، کیفیت زندگی را

1. Steger, Frazier, oishi & Kaler
2. Steger, Kashdn, Sullivan & Iorentz
3. Kim, Lee, Yu & Puig
4. Ryff
5. Wrosch & Sheier
6. Halama & Dedova
7. Bower, Kemeny, Taylor & Fahey
8. Lent
9. Westerhof, Bohlmeijer, Van beljouw, pot

افزایش می‌دهد (وو^۱، ۲۰۰۹) و عامل میانجی بین عواطف منفی و مثبت (اکانر^۲، ۲۰۰۳) است.

بنابراین، با توجه به مطالب پیش گفته و با در نظر گرفتن اینکه نقش اساسی در حفظ تعادل روانی - اجتماعی خانواده بر عهده مادر است و ایجاد تنش در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روانی اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اهمیت بسیاری دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس نگرانی، امید و معنای زندگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر اردبیل که فرزندان‌شان در مراکز توانبخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی این شهر در سال ۹۵-۱۳۹۴ حضور داشتند، تشکیل داد که از میان آنها بعد از برآورد حجم نمونه با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان و با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۱۳۰ مادر که دارای ملاک‌های ورود به نمونه بودند (۱- داشتن سواد خواندن و نوشتن. ۲- نداشتن اختلالات روانپزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی. ۳- فارغ‌التحصیل رشته‌ی مشاوره یا روانشناسی نبودن) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی نگرانی پنسیلوانیا^۳، مقیاس امید بزرگسالان شنایدر^۴، پرسشنامه‌ی معنای زندگی^۵ و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی^۶ استفاده شد که در ادامه به توضیح هر کدام می‌پردازیم.

پرسشنامه‌ی نگرانی پنسیلوانیا: این پرسشنامه توسط مایر، میلر، میتزگر و بورکویز^۷ در سال ۱۹۹۰ ساخته شده و دارای ۱۶ سؤال است و در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت یک

1. Wu
2. O'connor
3. the penn state worry
4. Snyder Hope scale
5. Meaning of Life Questionnaire
6. General Health Questionnaire
7. Meyer, Miler, Metzger & Borkovec

(اصلاً) تا پنج (خیلی) نمره گذاری می‌شود. (دیوی و ولز^۱، ۲۰۰۶). ۱۱ ماده آن مربوط به وجود نگرانی به‌طور مثبت نمره گذاری می‌شود. پنج سؤال آن (سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱) دارای بار منفی است و برعکس نمره گذاری می‌شود و محتوای عدم نگرانی را نشان می‌دهد. نمره‌ی کل پرسشنامه با جمع کردن نمره بالاتر در این پرسشنامه، حاکی از نگرانی آسیب‌شناختی وخیم‌تر است. دامنه‌ی کل نمره‌ی پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. این پرسشنامه دارای روایی همگرا و افتراقی مناسبی است و اعتبار آن به روش ضریب همسانی درونی ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی در فواصل زمانی ۲ تا ۱۰ هفته، بیشتر از ۰/۷۴ به دست آمده است (دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۹).

مقیاس امید بزرگسالان اشنايدر: این مقیاس ۱۲ سوالی توسط اشنايدر (۱۹۹۵) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده است و شامل دو خرده مقیاس راه و انگیزه می‌باشد که در یک پیوستار ۸ درجه‌ای از ۱ (کاملاً غلط) تا ۸ درجه‌ای (کاملاً درست) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. دامنه‌ی کل نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۶۴ قرار گیرد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرآیندهای روانشناختی مشابهی را می‌سنجد، همبستگی بالایی دارد. به‌عنوان مثال نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش‌بینی شیپروکارور همبستگی دارد همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه‌ی افسردگی بک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- تا ۰/۴۲-) و طبق نظر متخصصان بالینی، روایی محتوایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهشی که بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شده پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است (گلزاری، ۱۳۸۶).

پرسشنامه‌ی معنای زندگی^۲: پرسشنامه‌ی هدف در زندگی (گرامباف و ماهولیک^۳ ۱۹۶۹، به نقل از چراغی، عریضی سامانی و فراهانی، ۱۳۸۷) یک مقیاس خودگزارشی ۲۰ گویه‌ای است که ادراک فرد از هدفمندی و معنای زندگی‌اش را می‌سنجد. پایین‌ترین نمره‌ای که ممکن است فرد در این مقیاس کسب کند ۲۰ و بالاترین آن ۱۴۰ است و گرفتن نمره‌ی پایین‌تر از ۶۰ در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی نداشتن معنای زندگی است، نمره بین ۸۰ تا ۱۰۰ بیانگر معنای زندگی متوسط و نمره‌ی بالاتر از ۱۲۰ بیانگر زندگی کاملاً

1. Davey & wells
2. Meaning of Life Questionnaire
3. Crumbaugh & Maholick

معنادار است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۹۰ و ۰/۹۲ (گرامباف و ماهولیک ۱۹۶۸، به نقل از چراغی و همکاران، ۱۳۸۷) به دست آمد. در پژوهشی که توسط چراغی و همکاران (۱۳۸۷) برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ی هدف در زندگی صورت گرفته ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است (چراغی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ (۱۹۸۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. این آزمون متشکل از ۲۸ سؤال و حاوی ۴ خرده آزمون است که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی می‌باشد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (خیر تا خیلی زیاد) میزان ناراحتی را مشخص می‌کند و نمره-گذاری این آزمون به شیوه‌ی لیکرت از صفر تا ۳ است و نمره‌ی کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نقطه‌ی برش سلامت و عدم سلامت روانی ۲۱ است. نمره‌ی بالا در این آزمون بیانگر وجود بیماری و نمره‌ی پائین، بیانگر عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است (البته لازم به توضیح است که در این پژوهش برای به دست آوردن نمره‌ی کل، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت و در واقع گرفتن نمره‌ی کل بالا به معنای سلامت روانی بیشتر می‌باشد). برای بررسی روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره‌ی کل و تحلیل عوامل استفاده شد که به ترتیب ۰/۵۵ و همبستگی خرده آزمون‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود و نتیجه‌ی تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل نمره را تبیین می‌کنند. ضرایب پایایی پرسشنامه‌ی مزبور از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است (تقوی، ۱۳۸۰).

1. Goldberg & Hillier

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با مراجعه به سازمان بهزیستی شهر اردبیل مجوز لازم برای گردآوری داده‌ها اخذ شد، بعد هماهنگی‌های لازم با مدیر مراکز توانبخشی انتخاب شده به صورت تصادفی خوشه‌ای جهت حضور پژوهشگر در این مراکز به عمل آمد و در نهایت پژوهشگر به مراکز انتخاب شده مراجعه نموده و اطلاعات لازم را از مادرانی که فرزندانشان در این مراکز بودند، جمع‌آوری نمود.

نتایج

تعداد ۱۳۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی با میانگین سنی ۴۲/۸۳ و انحراف معیار ۱۰/۰۸ در این پژوهش شرکت داشتند. تحصیلات ۴۴/۶۲ درصد از مادران ابتدایی تا راهنمایی، ۳۸/۴۶ درصد سیکل تا دیپلم و ۱۶/۹۲ درصد دیپلم و بالاتر داشتند. همچنین ۶۰/۰۰ درصد از مادران خانه‌دار، ۲۹/۲۴ درصد از مادران دارای شغل آزاد و ۱۰/۷۶ درصد از مادران دارای شغل دولتی بودند. در ذیل به ارائه‌ی یافته‌های توصیفی و استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار |
|--------------|---------|--------------|
| نگرانی | ۴۹/۱۶ | ۱۰/۰۰ |
| مقیاس راه | ۲۱/۱۹ | ۶/۶۳ |
| مقیاس انگیزش | ۲۲/۱۳ | ۶/۴۰ |
| امید | ۴۳/۳۲ | ۱۲/۱۶ |
| معنای زندگی | ۶۵/۸۹ | ۱۵/۷۷ |
| سلامت روانی | ۳۱/۰۹ | ۱۲/۸۸ |

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نگرانی به ترتیب برابر با ۴۹/۱۶ و ۱۰/۰۰، میانگین و انحراف معیار امید به ترتیب برابر با ۴۳/۳۲ و ۱۲/۱۶، میانگین و انحراف معیار معنای زندگی به ترتیب برابر با ۶۵/۸۹ و ۱۵/۷۷ و میانگین و انحراف معیار سلامت روانی به ترتیب برابر با ۳۱/۰۹ و ۱۲/۸۸، می‌باشد.

برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. قبل استفاده از این آزمون‌ها، مفروضه‌هایی که استفاده از آنها را مجاز می‌شمارند، مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه‌ی وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانگر وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک)، مفروضه‌ی

نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف ($p > 0/05$)، مفروضه‌ی استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره‌ی دورین-واتسون (قرارگیری در بازه‌ی ۱/۵ تا ۲/۵) و مفروضه‌ی نبود چند هم‌خطی بین متغیرهای مستقل با استفاده از شاخص تولرانس (بزرگتر از ۰/۱)، مورد تایید قرار گرفت. بنابراین، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد که نتایج آنها در جداول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی با سلامت روانی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|-----------------|---------|--------|--------|--------|--------|---|
| ۱. نگرانی | ۱ | | | | | |
| ۲. امید | -۰/۴۰** | ۱ | | | | |
| ۳. مقیاس راه | -۰/۳۸** | ۰/۹۴** | ۱ | | | |
| ۴. مقیاس انگیزش | -۰/۳۷** | ۰/۹۳** | ۰/۷۴** | ۱ | | |
| ۵. معنای زندگی | -۰/۴۵** | ۰/۵۱** | ۰/۴۵** | ۰/۵۰** | ۱ | |
| ۶. سلامت روانی | -۰/۵۹** | ۰/۶۴** | ۰/۵۹** | ۰/۶۰** | ۰/۶۰** | ۱ |

** $p < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین نگرانی با سلامت روانی ($r = -0/59, P < 0/01$)، بین امید با سلامت روانی ($r = 0/64, P < 0/01$)، بین مقیاس انگیزش با سلامت روانی ($r = 0/59, P < 0/01$)، بین مقیاس انگیزش با سلامت روانی ($r = 0/60, P < 0/01$) رابطه‌ی مثبت معنادار است و بین معنای زندگی با سلامت روانی ($r = 0/59, P < 0/01$) رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. خلاصه مدل تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس نگرانی، امید و معنای زندگی

| مدل | R | R2 | R تعدیل شده |
|-----|------|------|-------------|
| ۱ | ۰/۷۶ | ۰/۵۸ | ۰/۵۷ |

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تقریباً ۵۸ درصد از واریانس سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی قابل پیش‌بینی است. نسبت F نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر سلامت روانی بر اساس متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی معنادار می‌باشد.

جدول ۴. تحلیل واریانس مدل رگرسیون جهت پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس نگرانی، امید و معنای زندگی

| Sig | F | میانگین مجذورات | DF | مجموع مجذورات | منبع تغییرات |
|-------|-------|-----------------|-----|---------------|--------------|
| ۰/۰۰۱ | ۵۸/۱۸ | ۴۱۴۶/۸۴ | ۳ | ۱۲۴۴۰/۵۱ | رگرسیون |
| | | ۷۱/۲۷ | ۱۲۶ | ۸۹۸۰/۳۶ | باقیمانده |
| | | | ۱۲۹ | ۲۱۴۲۰/۸۹ | کل |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون متغیر سلامت روانی بر اساس متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی معنادار می‌باشد.

جدول ۵. ضرایب بتا و آزمون معناداری T برای متغیرهای پیش‌بین

| Sig | T | β | STE | B | متغیرهای پیش‌بین | متغیر ملاک |
|-------|--------|---------|-------|--------|------------------|-------------|
| ۰/۰۰۵ | ۲/۸۶۹ | - | ۶/۹۷۸ | ۲۰/۰۲۱ | مقدار ثابت | سلامت روانی |
| ۰/۰۰۱ | -۴/۸۰۶ | -۰/۳۱۸ | ۰/۰۸۵ | -۰/۴۱ | نگرانی | |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۴۳۲ | ۰/۳۷۴ | ۰/۰۷۳ | ۰/۳۹۷ | امید | |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۷۰۰ | ۰/۲۶۱ | ۰/۰۵۸ | ۰/۲۱۳ | معنای زندگی | |

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، متغیر نگرانی با بتای $-۰/۳۱۸$ ($-۴/۸۰۶$)، متغیر امید با بتای $۰/۳۷۴$ ($P < ۰/۰۱, T = ۵/۴۳۲$) و متغیر معنای زندگی با بتای $۰/۲۶۱$ ($P < ۰/۰۱, T = ۳/۷۰۰$) می‌تواند به‌طور معناداری سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به بتاهای به دست آمده، می‌توان گفت که متغیر امید سهم بیشتری در پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت سلامت روانی بخصوص در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس نگرانی، امید و معنای زندگی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نگرانی و سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی همبستگی منفی معناداری و بین امید و معنای زندگی با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد که تقریباً ۵۸ درصد از

کل واریانس سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌وسیله‌ی متغیرهای نگرانی، امید و معنای زندگی پیش‌بینی می‌شود. در ذیل به بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

یافته‌ی اول پژوهش مبنی بر رابطه‌ی منفی و معنادار نگرانی با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی توسط متغیر نگرانی با یافته‌های رنجبر نوشری و همکاران (۱۳۹۲)، زارع بهرام‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴)، مک لاگنین، مینن و فارک^۱ (۲۰۰۷)، هانگک (۲۰۰۷)، اوتس^۲ (۲۰۰۸) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان این‌گونه استدلال کرد که با توجه به اینکه داشتن فرزند کم‌توان ذهنی خود باعث به وجود آمدن شرایط سخت برای این گروه از مادران می‌شود و زمینه را برای نگرانی مادران در زمان حال و از همه مهم‌تر در زمان آینده فراهم می‌کند، این افراد در یک زمان طولانی و چه‌بسا در تمام دوران زندگی در نگرانی وضعیت نامعلوم فرزند خود هستند که این وضعیت منجر به کاهش سلامت روانی در آنان می‌گردد. دیگر شرایطی که وجود این فرزندان به این خانواده‌ها تحمیل می‌کند و هم این نگرانی را تشدید می‌کند، مانند شرایط اقتصادی تحمیل شده، نگاه نامتعارف افراد جامعه به این بچه‌ها، نگرانی برای فرزندان دیگر این خانواده‌ها که این مسائل بر روی عملکرد جسمانی و روانی مادران تاثیر گذاشته و سلامت روانی را در آنان کاهش می‌دهد (زارع بهرام‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۴). نگرانی ممکن است که در طولانی مدت موجب اضطراب، علائم افسردگی و کم‌برآورد کردن توانایی‌های مقابله‌ای شود و هم در سلامت روانی و هم در وضعیت سلامت جسمانی نقش مهمی ایفا کند (بروسچوتا و گرین^۳، ۲۰۰۶؛ هانگک، ۲۰۰۷؛ نپ و فریدمن^۴، ۲۰۰۸). از این‌رو به نظر می‌رسد، داشتن نگرانی مزمن، عامل مهمی در زمینه‌ی مشکلات اضطرابی و کاهش سلامت روانی باشد. از آنجا که در بیشتر فرهنگ‌ها مسئولیت فرزندان بیشتر بر عهده مادر است تا دیگر اعضای خانواده، داشتن یک کودک ناتوان (صرف نظر از نوع معلولیتش) می‌تواند منجر به نگرانی‌های فراوانی برای مادر شود،

1. McLaughlin, Mennin & Farach

2. Oathes

3. Brosschota & Gerinb

4. Knepp & Friedman

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 روانی و بهزیستی روانشناختی پایین آنها رابطه خواهد داشت.

یافته‌ی دوّم پژوهش مبنی بر رابطه‌ی مثبت و معنادار امید با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی توسط متغیر امید با یافته‌های قربانی (۱۳۹۲)، رضایی (۱۳۹۴) و لیثوید (۲۰۰۹) همسو می‌باشد. همچنین این یافته‌ها با نتایج پژوهش باکر، بلاچر، کرینس و ادیلبروک^۱ (۲۰۰۲) که نشان دادند امید بالا با انواع نتایج مثبت روانی و سلامتی از جمله سازگاری و سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه استدلال کرد که امید، دو مؤلفه‌ی شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی (برای مثال امید به این که این رویدادها رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) دارد که مؤلفه‌ی عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدف‌مدار و آشنایی با مسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب سلامت روانی در افراد می‌شود، به عبارت دیگر بین این دو یک رابطه‌ی تعاملی به وجود می‌آید که افزایش امید، باعث سلامت روانی بیشتر در زندگی می‌شود (خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد، ۱۳۹۰). افراد مثبت‌نگر و امیدوار کمتر احتمال دارد که به هنگام رویارویی با مسائل زندگی به ضعف سلامت جسمانی یا افسردگی دچار شوند؛ از این رو سطح امید پیش‌بینی‌کننده‌ی نیرومند سازگاری، سلامت روانشناختی و کنار آمدن است (اشنايدر، ۲۰۰۰). امید، عبور از موانع مهم و پرتگاه‌های عمیق را در طی مسیر تسهیل می‌کند، امید به فرد جرأت می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آنها را پیدا کند. افرادی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی‌شان با آنها روبرو شوند، سازگار شوند، شادی بالاتری تجربه می‌نمایند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری دارند (کینگ، هیکس، کرول و دل‌گایسو^۲، ۲۰۰۶). از سوی

1. Baker, Balcher, Crnic & Edelbrock
2. King, Hicks, Krull & Del Gaiso

دیگر، امید به زندگی به‌عنوان منبع مقابله با فقدان و سازگاری شخصیت تلقی شده است و افزایش آن موجب فزونی مهارت حل مسئله در افراد خواهد شد و پیامدهای مثبت را برای سلامت روانی افراد به همراه خواهد آورد.

یافته‌ی سوّم پژوهش مبنی بر رابطه‌ی مثبت و معنادار مغیر معنای زندگی با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و پیش‌بینی سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی توسط معنای زندگی با یافته‌های ریف (۱۹۸۹)، راش و همکاران (۲۰۰۳)، لنت (۲۰۰۴)، هالما و همکاران (۲۰۰۷)، وو (۲۰۰۹) و وسترهاف (۲۰۱۰) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه استدلال کرد که وجود معنا در زندگی می‌تواند چهارچوبی برای پاسخگویی و پردازش آسیب‌ها و رنج‌های زندگی فراهم کند؛ وجود معنا در زندگی می‌تواند به‌عنوان ضربه‌گیری در مقابل اختلالات روانی و سایر فشارزاهای روانی عمل کند (احمدی، سهرابی، براتی سده و قادری، ۱۳۹۴). در واقع افرادی که زندگی آن‌ها معنای بیشتری دارد؛ بهتر می‌توانند با اضطراب و چالش‌های زندگی مقابله کنند، پردازش اطلاعات جدید برای آن‌ها راحت‌تر بوده و چشم‌انداز وسیع‌تر و مثبت‌تری برای زندگی آینده خود دارند. داشتن معنا در زندگی مهارت مقابله‌ای مفیدی است که سبب می‌شود انسان بتواند از اوقات خود لذت برده و اوقات بد را تحمل کند (گارسینی، شارت و نوروود، ۲۰۱۳). معنای زندگی اشاره به نوعی از احساس ارتباط با خالق هستی، داشتن هدف در زندگی، تعقیب و نیل به اهداف باارزش و رسیدن به تکامل دارد. معنای زندگی در اصل ماهیت شناختی دارد، چراکه دربردارنده‌ی باورهای افراد در مورد وجود یک هدف غایی در زندگی، اعتقاد به معنویات و زندگی اخروی است (یوهو و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع، داشتن معنا در زندگی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی، رفاه و رضایت از زندگی است. تلاش افراد در یافتن معنا در زندگی خویش، می‌تواند تضمین‌کننده سلامت روانی آنها باشد.

در کل نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین نگرانی و سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی همبستگی منفی معناداری و بین امید و معنای زندگی با سلامت روانی این مادران همبستگی مثبت معناداری وجود دارد و این سه متغیر می‌توانند به‌طور معناداری سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی کنند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که از برنامه‌ها و آموزش‌های مناسب جهت بهبود و تقویت عواملی از قبیل

بالا بردن امید و معنای زندگی و برنامه‌هایی جهت کاهش نگرانی این مادران در راستای بالا بردن سلامت روانی آن‌ها استفاده شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش انتخاب نمونه صرفاً از میان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و شهر اردبیل می‌باشد که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی از این نوع روی مادران سایر گروه‌های با نیازهای ویژه، پدران و سایر شهرها نیز انجام پذیرد.

منابع

- احمدی، غ.، سهرابی، ف.، براتی سده، ف.، قادری، م. (۱۳۸۹). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی معنای زندگی در افسردگی دانشجویان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۱۴)، ۸۹-۱۰۲.
- بهادری خسروشاهی، ج.، هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه‌ی امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار*، ۲۲(۶)، ۴۱-۵۰.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۹۰). *روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی پرسشنامه سلامت عمومی، *مجله روانشناسی*، ۴(۵)، ۳۸۱-۳۹۸.
- چراغی، م.، عریضی سامانی، س. ح. ر.، و فراهانی، ح. (۱۳۸۷). بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عوامل و هنجاریابی پرسشنامه هدف در زندگی گرامباف و ماهویک، *مجله روانشناسی*، ۱۲(۵)، ۳۹۶-۴۱۳.
- دهشیری، غ.، گلزاری، م.، برجعلی، ا.، و سهرابی، ف. (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی، نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان، *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۴)، ۵۷-۶۷.
- رضایی، ط.، بیانی، ع. ا.، و شریعت‌نیا، ک. (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس متغیرهای عزت‌نفس، رضایت از زندگی و امید در دانشجویان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۳(۳)، ۲۴۲-۲۵۲.

رنجبر نوشری، ف.، محدثی، ح.، اسدی‌مجره، س.، و هاشمی، س. ص. (۱۳۹۲). همبسته-های روان‌شناختی سرطان: نگرانی، سبک زندگی، خودکارآمدی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۱(۹)، ۶۹۸-۷۰۵.

زارع‌بهرام‌آبادی، م.، زرگر، م.، و چگینی، ع. ا. (۱۳۹۰). رابطه‌ی نگرانی و نقص در تعدیل هیجانی با سلامت روانی و کیفیت زندگی در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۳۵-۲۴۳.

سیف نراقی، م.، و نادری، ع. (۱۳۹۳). *روانشناسی آموزش کودکان استثنایی*. تهران: انتشارات ارسباران.

صفری، س.، جدیدی، م.، جمالی س.، فرامری، س.، و جدیدی، م. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی خودبیمارانگاری و سلامت روانی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۷(۲)، ۴۵-۵۴.

قربانی، ا.، سعادت‌مند، س.، سپهریان آذر، ف.، اسدنیای، س.، و فیضی‌پور، ه. (۱۳۹۲). رابطه امید، اضطراب مرگ با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه ارومیه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴(۸)، ۶۰۷-۶۱۶.

کوهسالی، م.، میرزمانی، م.، محمدخانی، پ.، و کریملو، م. (۱۳۸۶). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر با مادران دختران عادی شهر کاشان. *ویژه‌نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، ۸(۲۹)، ۴۰-۴۵.

گلزاری، م. (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس امید شنایدر، (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

گنجی، م. (۱۳۹۲). *روانشناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان. معتمدی، ف.، غباری بناب، ب.، ابرغم، ز. (۱۳۹۵). بخش‌ایشگری، رضایتمندی زناشویی و سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۴)، ۲۷-۳۸.

موللی، گ.، و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱۸(۲)، ۳۱-۳۲.

American Association on Mental Retardation. (2010). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support* (11th Ed.). Washington, Dc: Author.

- Associations with anxious and depressive Symptoms and coping behavior. (2013). *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 277-290.
- Baker, L. Blacher, J. Crnic, K. & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three -years- old children with and without development delays. *American Journal on mental Retardation*, 107, 433-444.
- Blain- Arcaro, C. & Vaillancourt, T. (2016). Does worry moderate the relation between aggression and depression and depression in adolescent girls? *Journal of Adolescence*. 49, 10-18.
- Bower, J. E. Kemeny, M. E. Taylor, S. E. & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement -related disclosure intervention. *Annals of Behavioral Medicine*; 25, 146-155.
- Brosschota, J. F. Gerin, W. Thayer J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal Psychosom Res*, 60(2), 113-24.
- Catherine, C. L. Bulter, L. & Koopman, L. (2003). Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *Journal Med Psychol*, 122(13), 52-7.
- Davey, C. L. G. & Wells, M. (2006). *Worry and its psychological disorder theory*, Assessment and treatment. London: Wiley.
- Doussard-Roosevelt, J. A. Joe C. M. Bazhenova, O. V. & Porges, S. W. (2003). Mother - Child interaction in autistic and no autistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Journal Dev Psychopathol*, 15(2), 277-95.
- Dowling, M. & Rickwood, D. (2016). Exploring hope and expectations in the youth mental health online counselling environment. *Computers in Human Behavior*. 55, 62-68.
- Elliott, J. A. & Olver, I. N. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Journal Soc Sci Med*. Jan, 64(1), 138-49.
- Ellis, D. M. & Huson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalization anxiety disorder in children and adolescents. *Clin Child Fam Psycho Rev*, 13, 151-163.
- 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 Intellect Disabil Res*, 47 (pt4-5), 385-99.
- Feldman, B. D. Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal Soc Clin Psychol*, 24(3), 401-21.
- Garcini, L. M. Short, M. & Norwood, W. D. (2013). Affective and motivational predictors of perceived meaning in life among college students. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 1(2), 47-60.
- Goldney, R. D. Fisher, L. J. & Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders? *Journal of American Medical Association*, 292, 2467-2468.

- Halama, P. & Dedova, M. (2007). Meaningful life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studio Psychological*, 49, 191–200.
- Harper, M. (2004). Evidence- based effective Practices With Older adults. *Journal Couns Dev*; 82(2), 36-42.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-90.
- Hughes, M. E. Alloy, L.B. & cogswell, A. (2008) Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety symptoms. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 22 (1), 211-289.
- Kim, T. H. Lee, S.M. Yu, K. Le, S.k. & Puig, A. (2005). Hope and the Meaning of Life as Influenceson Korean Adolescents Resilience: Implications for Counselor. *Asia Pacific Education Review*, 6(2), 143-152.
- King, A. Hicks, A. Krull, L. & Del Gaiso, K. (2006) “Positive Affect and the Experience of Meaning in Life”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179- 196.
- Knepp, M. M. & Friedman, B. H. (2008). Cardiovascular activity during laboratory tasks in women with high and low during laboratory tasks in women with high and low worry. *Journal Biol Psychol*, 79(3), 287-93.
- Kubzaskey, L. D. Kawchi, I. Spiro, A. & Weiss, S. T. (1997). *Is Worry bad for your heart*. *Circulation*, 95, 818-827.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical andpractical perspective on well-being and psychosocialadjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482-509.
- Lim, H. S. (2002). The impact of parent stress and social suppor on psychological well-being of Korean mothers of children with mental retardation.. PHD thesis in philosophy, college of social work, *University of south Carolina*.
- Lloyd, T.J. & Hastings, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 9657-9668.
- McConkey, R. Kennedy, M. T. Chang, Y. M. Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). the impact on mothers of bring up achild with intellectual disabilities: Across- cultural study. *International Journal of Nursing study*, 45, 65-74.
- McLaughlin, K. A. Mennin, D. S. & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1735-52.
- Myrbakk, E. & Tetzchner, S. V. (2008).Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316–332.

- O'Connor, M. F. (2003). Making meaning of life events: Theory, evidence, and research directions for an alternative model. *Omega: Journal of Death and Dying*, 46, 51-75.
- Oathes, D. J. (2008). Worry, generalized anxiety disorder, and emotion: Evidence from the EEG gamma band. *Journal Biol Psychol*, 79, 1650-70.
- Ogston, P. Mackintosh, L. Virginia, H. & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations of the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Scheier, M. F. Carver, C. S. Bridges, M. W. (2003). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: Optimism and pessimism. Washington, DC: American Psychological Association, 189-216.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*, 13, 249-75.
- Snyder, C. R. Cheavens, J. & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dyn*, 1, 107-18.
- Steger, M. F. Frazier, P. Oishi, S. & Kaler, M. (2006). The Meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Steger, M. F. Kashdan, T. B. Sullivan, B.A. & Lorentz, D. (2008). Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style, and the Dynamic between Seeking and Experiencing Meaning. *Journal of Personality*, 76(2).
- Wells, M. (2005). The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. Ph.D. Dissertation. USA: *The University of Texas*, 32-45.
- Westerhof, G. J. Bohlmeijer, E.T. Van Beljouw, I. M. & Pot, A. M. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 50(4), 541-549.
- Wrosch, C. & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72.
- Wu, C. h. (2009). Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains. *Journal of Happiness Studies*, 10(2), 37-47.
- Yee Hoo, M. cheung, f. M. & cheung, S.f., (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 658-66.