

بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی، در مادران

بیوک تاجری^۱ و احمدرضا بحیرایی^۲

پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۱۳

تجدید نظر: ۸۶/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۸۶/۱/۲۳

چکیده

هدف: بررسی رابطه بین استرس درک شده، نگرش مذهبی، میزان آگاهی با میزان پذیرش کم توانی ذهنی کودکان پسر توسط مادران آنها هدف پژوهش حاضر می‌باشد. **روش:** در این پژوهش پس‌رویدادی، با استفاده از روش نمونه خوشه‌ای چند مرحله‌ای مادران ۱۰۷ کودک کم‌توان ذهنی پسر مدارس استثنایی با توجه به وضعیت اقتصادی - اجتماعی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه شاخص استرس والدین، مقیاس سنجش نگرشهای مذهبی و اعتقادی و پرسشنامه سنجش آگاهی جمع‌آوری و به روش تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون چند متغیره، بررسی شد. **یافته‌ها:** ۱- مادران دارای استرس بالاتر، از پذیرش کمتری برخوردارند. ۲- میزان پذیرش مادران در بین سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با همدیگر تفاوت دارد. ۳- مادران مذهبی‌تر از پذیرش بالاتری برخوردارند. ۴- مادران دارای آگاهی بالاتر از پذیرش بیشتری برخوردارند. ۵- مادران مذهبی‌تر استرس کمتری تجربه می‌کنند. ۶- مادران با آگاهی بالاتر کم‌توانی ذهنی، استرس کمتری تجربه می‌کنند. ۷- میزان استرس مادران در سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با هم متفاوت است. **نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد بین استرس مورد ادراک، نگرش مذهبی، میزان آگاهی مادر با میزان پذیرش کودک پسر کم توان ذهنی توسط مادران آنها رابطه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: استرس، پذیرش، کم‌توانی ذهنی، نگرش مذهبی

مقدمه

کم‌توانی ذهن یک شرایط پیچیده ذهنی است، تولد کودک کم‌توان ذهنی به عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیق‌تر، بر ارتباطها و کنشهای اعضای خانواده اثر بگذارد. خانواده‌هایی با روابط باز، مؤثر و دائمی که در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیرند، بهتر می‌توانند با بحرانها سازگار شوند.

از سوی دیگر دادستان (۱۳۷۷)، معتقد است که کودکی، مرحله‌ای از تحول است که در طی آن افراد

خصوصیتهای کودک با ویژگیها و نحوه فرزندپروری والدین، در تعامل متقابل است. وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد. کم‌توانی ذهنی^۱ نیز دارای وجوه چندگانه‌ای است که به فیزیولوژی و روان‌شناسی مربوط است. در واقع

کاکاوند (۱۳۸۵) به نقل از روزن^۱، فرایند رویارویی و واکنش والدین را نسبت به معلولیت کودک به پنج مرحله تقسیم می‌کند، که هر مرحله ویژگیهای منحصر به فردی دارد. بنا به نظر او، این مراحل عبارتند از: (۱) آگاهی از مشکل، (۲) شناسایی مسئله اصلی، (۳) تلاش برای علت یابی، (۴) چاره جویی و جستجوی درمان، (۵) پذیرش کودک. به نظر می‌رسد که برخی واکنشها در همه این مراحل تکرار می‌شود برخی دیگر خاص هر یک از مراحل است.

(۱) آگاهی از مشکل: آگاهی از مسئله دار بودن یک تجربه والدینی دردناک است. که والدین را بسیار هراسناک می‌کند. در این مرحله، تعبیر و تفسیر مسئله اشکال گوناگونی می‌گیرد، و والدین ناخودآگاه می‌کوشند مشکل را موقتی تلقی کنند و واکنش انکار مسئله در والدین شکل می‌گیرد. این واکنش تاحدی به والدین کمک می‌کند تا بتوانند از بی‌سامانی عاطفی و شناختی خود و خانواده جلوگیری کنند. اما گاه واکنش انکار آنقدر استمرار می‌یابد و درونی می‌شود که هم والدین رادر کنار آمدن با مشکل ناتوان می‌سازد و هم به فرزند معلول آسیب می‌رساند.

۲- شناسایی مسئله اصلی: شوک و ضربه اطلاع از معلولیت کودک مدتها والدین را آشفته می‌کند، زیرا آنچه بارز شده یا رخ داده است، تقریباً نظام رویارویی و پیش‌بینی‌های والدین را در مورد زندگی از هم می‌پاشاند. ماتم و اندوهی گنگ بر آنها مستولی می‌شود، کناره‌گیری، بی‌حوصلگی و اضطرابی مبهم روند تعاملات عادی زندگی را با مانع روبرو می‌سازد. از هم پاشی رابطه مادر - کودک، مقایسه فرزند معلول با دیگر کودکان، ارزشیابی نادرست از سطح هوشی و عملی فرزند و توجه عقب افتادگیها، اجتناب و تنفر از نامگذاری و برچسب زنی، و سرانجام از هم گسیختگی

به ویژه نسبت به استرسهای روانی که ممکن است پیامدهای منفی دیررس داشته باشند، آسیب‌پذیر هستند، واکنش آگاهانه فرد به استرس^۲، رفتار مقابله‌ای فرد است که در عین حال، راهی برای پیشگیری از بروز آن محسوب می‌شود؛ در نتیجه، پاسخ به استرس، اجزای شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی دارد که تغییرات خلقی و عاطفی همچون: سرخوشی، ناامیدی، جنبه شناختی آن، تغییرات چهره‌ای تندخویی و دوری‌گزینی، جنبه رفتاری آن و ترسحات آدرنالین و نورآدرنالین، از جنبه‌های فیزیولوژیکی رفتار مقابله‌ای هستند.

واقعیت آن است که زن و شوهر آمال و آرزوهایی در باب فرزند خود دارند که معلولیت کودک همه را نقش بر آب می‌کند. ظرفیت والدینی که در هر جامعه‌ای راه مشخصی را می‌پیماید، بهم می‌ریزد و الگوهای مرسوم، ناکارآمد از آب درمی‌آید. هانگر فورد^۳ با دیدی منفی گرایانه، افراد کم‌توان ذهنی را افرادی بی‌پناه می‌داند که با افراد سالم تفاوت‌های کیفی زیادی دارند. این در حالی است که اغلب روان‌شناسان این تفاوتها را عمدتاً کمی دانسته و معتقدند که با روشهای آموزشی و شغلی می‌توان تا حدودی امکان تغییر شرایط را فراهم ساخت (کاکاوند، ۱۳۸۵).

بسیاری از محققان معتقدند که واکنشهای والدین به کم‌توانی کودک خود، در ترتیبی قابل پیش‌بینی رخ می‌دهد و حرکت آنها به طرف مرحله بعد، بستگی به حل موفقیت‌آمیز مرحله قبل دارد (هانت و مارشال، ۱۹۹۴). واکنشهای هیجانی والدین در برابر معلولیت کودک، در نظریه مرحله‌ای به شرح زیر است:

- ۱- شوک، ۲- انکار، ۳- احساس گناه،
- ۴- خشم، ۵- غم، ۶- ناکامی، ۷- اضطراب و نگرانی،
- ۸- تنهایی، و ۹- پذیرش یا سازگاری.

تعامل میان زن و شوهر است.

۳- علت یابی: پس از بازشناسی مسئله و اثبات ناکارآمدی واکنش انکار، والدین در پی علت یابی مشکلی برمی آیند که چنین سامان زندگی را برهم زده است. از جمله مهم ترین احساسهایی که والدین را به جستجوی علت وا می دارد، رهایی از احساس یأس و ناامیدی، رفع ماتی که گریبانگیر آنان شده است و غلبه بر احساسات متضاد عشق و نفرت، و نیز احساس گناهی که بر زندگی والدین سایه افکنده است. علت یابی معلولیت عمدتاً از احساس گناه در نزد والدین اعلان شد، احساس گناهی که عمدتاً به عنوان نتیجه خطا کارهای هریک از والدین در گذشته تعبیر و تفسیر می شود. دلایل احساس گناه نزد والدین متفاوت است. در نزد برخی، احساس گناه به لحاظ آن است که والدین یا یکی از آنها اصولاً طالب فرزند نبوده اند. برخی به لحاظ تمایلاتشان برای نابود کردن کودک احساس گناه می کنند و برخی نیز به لحاظ احساس خشمی که ناشی از زوال امید برای بهبودی فرزند است، خود را گناهکار می شمارند. گاه احساس گناه ناشی از آن است که والدین فکر می کنند معلولیت فرزند جزایی است از سوی خداوند و به خاطر اعمال والدین برای آنها در نظر گرفته شده است.

۴- چاره جویی و جستجوی درمان: پس از مرحله علت یابی، خواه علت معلولیت مشخص شده باشد خواه نه، والدین تقریباً همه هم خود را صرف درمان و پیشگیری از پیشرفت معلولیت فرزند می کنند. اما هر راهی را که طی می کنند مسدود و بن بست از کار در می آید.

۵- پذیرش یا طرد کودک: در نظریه روزن پذیرش (طرد) کودک، آخرین مرحله نظام رویارویی والدین با معلولیت فرزند است. والدین نسبت به

کودک احساسی گرم و همراه با ترحم پیدا می کنند. ولی این احساس گرم مستلزم سرمایه گذاری عاطفی و اجتماعی - اقتصادی سنگینی به ویژه از سوی مادر است. آنها غالباً از دوستان روی برمی تابند و تن به پرداختن هزینه های سنگینی می دهند. اما گاه به واسطه فشارهای حاصل از معلولیت فرزند و مسائل و مشکلاتی که بر خانواده بار می شود، فرایندی متضاد رخ می کند، و طرد کودک در دستور کار قرار می گیرد این مسأله تحت تأثیر آگاهی و نگرش مذهبی مادر قرار دارد.

سلیه، استرس را یک فرایند پاسخ دهی به یک موقعیت فشارزا می داند که موجب برانگیختگی نشانگان سندرم نشانگان عمومی می شود و این سندرم یک پاسخ فیزیولوژیکی است (ابراهیمی، ۱۳۷۰). طبق نظام سلیه "سندرم سازگاری عمومی" واکنش به استرسها در سه مرحله متوالی تحت عنوان هشدار، مقاومت و فرسودگی صورت می گیرد. تجربه شوک و واکنشهای عاطفی شدید در مرحله هشدار بروز می کند، مکانیزمهای انکار و واکنشهای وارونه پذیرش و طرد کودک در مرحله مقاومت دیده می شود. مکانیزمهای کنترل استرس، آگاهی و مکانیزمهای حمایتی به ویژه باورهای مذهبی در این مرحله نقش مهمی دارند. استرسها و پریشانیهای مرحله اول همزمان با ازهم پاشیدگی و از دست دادن نیروی مقاومت ظاهر می شود و فروپاشی جسمانی و روانی فرد را در پی دارد.

۱- حالت هشدار: هنگامی که والدین دریابند چیزی در فرزندانشان غیر عادی است، حساسیتی شدید پیدا می کنند. ضربه ای شدید بر آنها وارد می شود و در چنگال بی باوری و فشار گرفتار می آیند در واقع، مرحله هشدار بیانگر احساس خطری است

عمیقی می‌شود. البته، نوع و میزان تغییرات منوط به متغیرهای متعدد است.

مقایسه این دو نظریه نشان می‌دهد که در نظریه روزن، مراحل ۱ و ۲، یعنی آگاهی از مسئله و بازشناسی آن منطبق است با مرحله اول در نظریه سیندرم عمومی‌سازش، مرحله ۳ و ۴ روزن یا علت یابی و چاره‌جویی نیز اشتراک بسیار با مرحله دوم سلیه، یعنی مقاومت دارد. اما مرحله ۵ در نظریه روزن راهی جدای از مرحله ۳ در سیندرم عمومی‌سازش طی می‌کند. مرحله ۵ یا مرحله پذیرش و طرد در مراحل روزن که در واقع نتیجه شکست یا موقعیت والدین در گذر از مرحله قبل است، بار روانی و جسمانی کمتری نسبت به آنچه در مرحله ۳ سلیه مطرح است، دارد.

نکته ای که در مورد استرس ناشی از معلولیت فرزند درخور ذکر است، آن است که بسیاری از والدین کودکان معلول از خود نشانه‌های جسمانی عصبیت نشان می‌دهند. آنها اغلب لرزش دست دارند، کف دستشان عرق می‌کند، و هیجانی اند، به گونه‌ای که برانگیختگی هیجانی در آنها به مراتب بیش از میزانی است که در نزد والدین کودکان عادی مشاهده می‌شود. این ماجرا در مورد مادران بیشتر راست می‌آید تا در مورد پدران، علت این امر شاید بیشتر به لحاظ آن باشد که در عمده خانواده‌ها این مادر است که بار مسئولیت و مراقبت از کودک معلول را به عهده دارد. دلیل این ماجرا نقش سنتی - فرهنگی مادر است که در تقسیم وظایف امور خانه، این گونه مسئولیتها را بدو واگذار می‌کند. به طور کلی، در حالت فشار و استرس، والدین بیشتر به خاطر کاهش حالت فشار، نگرانی و حالات هیجانی خویش تلاش می‌کنند. والدین از کودک نه به خاطر خود او بلکه بیشتر به

که در سراسر عمر والدین و فرزند معلول و نیز ارتباط بر روابط عادی خانوادگی - اجتماعی سایه افکن خواهد بود. بنابراین طیف اثرات معلولیت فرزند تنها به اثرات روان شناختی که با فشار، سردرگمی، هیجان و اختلال در روابط خانوادگی - اجتماعی همراه است، محدود نمی‌شود، بلکه اثرات جسمانی عمیقی نیز بر والدین دارد.

۲- مرحله مقاومت: با گذشت زمان، فرد بحران زده به صرافت می‌افتد اثرات مرحله قبل را به نوعی مهار کرده و جبران نماید، و در برابر فشار و نگرانی روانی - جسمانی مقاومت ورزد. اولین بارقه‌های تصمیم‌گیری کم و بیش معقول در این مرحله رخ می‌دهد. اما راه‌حلها عمدتاً موقتی‌اند و بیشتر در رابطه با حل بحران فردی و روابط والدینی انجام می‌گیرند. در این مرحله، استفاده از مکانیسمهای دفاعی، به ویژه انکار (یا نافی اصل مسئله) و واکنش‌سازی (یا پنهان سازی انزجار از طریق ابزار علاقه افراطی)، بسیار رایج است.

۳- مرحله فرسودگی و درماندگی: گاه پیش می‌آید که فرد بحران زده که فشار سنگینی را تحمل کرده است، در مرحله دوم نتواند از بار بحران ایجاد شده رها شود. لذا، به تدریج مقاومتش درهم می‌شکند. در این مرحله، ناسازگاری والدین با هم و در خود فرورفتن جلوه تازه‌ای پیدا می‌کند. شوک، فشار، اضطراب و پریشانی که در مرحله اول مسلط بود، مجدداً رخ می‌نمایند و فروپاشی روانی و جسمانی آغاز می‌شود. شیوع بیماریهای جسمی و اختلالات روانی در این مرحله بسیار رایج است. به عبارت دیگر، دور استرس - اضطراب بیماری در این مرحله کامل می‌گردد. در این حالت است که تعامل روانی اجتماعی والدین با خود، با فرزندان و منسوبان دیگر دستخوش تغییرات

است. درضمن، نوع معلولیت نیز در میزان حمایت افراطی والدین از فرزند مؤثر است. آنگاه که معلولیت فرزند، جسمانی باشد، حمایت افراطی رایج تر از زمانی است که فرزند به معلولیت‌های ذهنی دچار است. درعین حال، حمایت افراطی با عوامل دیگری نظیر سطح هوشی و تعلیم و تربیت والدین نیز هم بسته است.

والدین باهوش و باآگاهی و آنهایی که از تعلیم و تربیت بالایی برخوردارند، مسئله را جدی تر از والدینی تلقی می‌کنند که بی سوادند و یا از نظر هوشی در مراتب بهنجار مرزی قرار دارند. ناگفته پیداست که میزان معلولیت نیز در شکل گیری حمایت افراطی اثرگذار است. هرچه میزان معلولیت کمتر باشد تعامل بین والدین (به ویژه مادر) و کودک مشابهت بیشتری با تعامل والدینی که کودکان عادی دارند، پیدا می‌کند. اثرات جنسیت فرزند معلول نیز بر تعامل والدین و رضامندی از زندگی برجسته می‌نماید. معمولاً پسران معلول بیش از دختران معلول بر روابط زن و شوهر اثر می‌گذارند. اثرات جنسیت فرزند معلول بر تعامل والدین، در خانواده‌های طبقه متوسط ناچیز یا هیچ است، اما در خانواده‌هایی که به سطوح پایین جامعه تعلق دارند، وجود پسر معلول اثرات مخرب‌تری بر تعامل والدین دارد تا وجود دختر معلول. شاید تفاوت ناشی از آن باشد که در خانواده‌های تهیدست، هنوز از فرزند پسر انتظار می‌رود در درآمد خانواده نقشی به عهده بگیرد. در حقیقت اثرات افتراقی دختر یا پسر در بین طبقات پایین جامعه بیشتر زمینه اقتصادی دارد.

هاریس و مک‌هال (۱۹۸۹)، ابراز می‌دارند که وقتی والدین فرزند خود را معلول می‌یابند، هویت خویش را در معرض خطر احساس می‌کنند و بر

خاطر پاسخهای هیجانی خویش به حمایت افراطی از او می‌پردازند. والدین احساس گناه می‌کنند، درباب آینده نگراند و گاه حتی گمان می‌برند که این رخداد تنبیهی است که ناگزیر از تحمل آنند. به جرأت می‌توان گفت که رایج‌ترین واکنش والدینی نسبت به معلولیت کودک حمایت افراطی است و تصادفاً این امر به دفعات و از جهات گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است.

استارک^۵ و سالنت^۶ (۱۹۶۱) به نقل از هانت و مارشال (۱۹۹۹) نتیجه گرفتند که در واکنش مادران نسبت به کودک کم‌توان ذهنی احساس گناه که از خودگذشتگی نابرابر مادر نسبت به کودک را در پی دارد، عدم تحمل کودک، تمایل به انکار ارتباط تا فرزند و در نهایت همانند سازی با کودک کم‌توان ذهنی که طی آن مادر به طور خودشیفته ای خود را آسیب دیده می‌داند، دیده می‌شود.

گاهی حمایت افراطی والدین از فرزند معلول به خاطر آن است که والدین دریابند انجام کارهای کودک به مراتب سهل تر از آموزش آن به کودک است. علاوه بر آن با حمایت افراطی از کودک معلول، می‌کوشند احساس واقعی خود را که سرشار از خشم و میل به طرد است، پنهان کنند. این واکنشها موجب وابستگی دائمی کودک به والدین و مانع از کسب مهارت‌های لازم برای چیرگی براموری می‌شود که توان یادگیری آن وجود دارد. شایان ذکر است که تعامل والدین و فرزند در شکل حمایت افراطی والدین تا حد زیادی وابسته به فرهنگ است. برای مثال، مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که والدین یهودی بیش از امریکاییان و والدین ایتالیایی کمتر از امریکاییان به حمایت افراطی از فرزند معلول می‌پردازند. حمایت افراطی در خانواده‌های ایرانی نیز بسیار محسوس

خانواده‌هایی که از تعلیم و تربیت بالاتر برخوردارند، عمیقاً تحت تأثیر این واقعیت که فرزندان‌شان هیچگاه نمی‌توانند منزلتی درخور پیدا کنند، دچار فرسودگی و درماندگی می‌شوند. طبقه اقتصادی و اجتماعی خانواده نیز بر توانایی مشارکت آن در برنامه‌های اجتماعی مؤثر است. فقر و زمینه فرهنگی خانواده‌ها بر باور درباره پرورش، آموزش و نگرش به کم‌توان ذهنی اثر می‌گذارد و میزان آگاهی مادر نیز در پذیرش اثرگذار است. وقتی والدین به آگاهی دست پیدا می‌کنند زمان حرکت به سوی پذیرش فرا می‌رسد (کلوز^{۱۰}، ۱۹۷۷ به نقل از هانت و مارشال، ۱۹۹۹).

از سوی دیگر، البرزی، بشاش و سامانی (۱۳۷۸) به نقل از شیپردسان (۱۹۹۲) اظهار می‌دارند که والدین طبقات اقتصادی - اجتماعی بالاتر، فرزند معلول خود را بیشتر از گروه‌های دیگر اقتصادی - اجتماعی طرد می‌کنند؛ زیرا آنها انتظارات و آرزوهایی برای فرزند خود داشته‌اند که با تشخیص معلولیت فرزندشان، آنها را بر باد رفته می‌بینند، در حالی که والدین طبقه پایین اقتصادی - اجتماعی آن قدر با مشکلات خود درگیر هستند که به آرزوهای دیگری در مورد فرزندشان نمی‌اندیشند.

از سوی دیگر، باورهای مذهبی، افکار والدین را سازمان داده و به تلاش‌های آنها معنا می‌دهد. التزام به مذهب می‌تواند تجربه و پاسخ والدین را به معلولیت کودک خود، تحت تأثیر قرار دهد.

کیوک و همکاران (۱۹۹۷) پیشنهاد کردند که مذهب در پذیرش کودک و سازگاری والدین با کودکان، بر اساس میزان استرس ادراکی‌شان و نیز در تصمیم آنها برای مراقبت از کودک، در خانه‌شان تأثیر قدرتمندی دارد.

نارضایتی و احساس گناه آنها افزوده می‌شود. زیرا استرس مزمن، میل جنسی و لذت بخش روابط زناشویی را کاهش می‌دهد. همچنین ترس از حاملگی و تولد فرزند معلول دیگر، خود می‌تواند در کاهش میل جنسی مؤثر باشد (ریحانی، ۱۳۷۴).

بک‌من (۱۹۹۱)، ضمن استفاده از پرسشنامه شاخص استرس والدین^۷ به این نتیجه رسید که والدین کودکان معلول، نسبت به کودکان غیرمعلول، در هر یک از قلمروهای مرتبط، استرس بیشتری را گزارش می‌کنند، ولی، در عین حال، علی‌رغم سطح فزاینده استرس، والدین هر دو گروه، میزان مشابهی از دلبستگی به کودک، پذیرندگی و تقویت مثبت را گزارش کردند.

تحقیق در زمینه اثر کودک معلول بر مادران، سطوح بالایی از استرس، نشانگان افسردگی، از هم گسیختگی خانواده، فرصت کمتر برای خود و همچنین سلامت جسمی و خلق سطح پایین را گزارش می‌کنند (حسین نژاد، ۱۳۷۵).

دانست، تریوت و کراس (۱۹۸۶)، دریافتند که رضایت مادر از شبکه حمایت اجتماعی، ارتباط مثبتی با مسائل عاطفی و جسمانی وی دارد. حمایت همسر نیز عامل تعیین‌کننده‌ای در تأثیر استرس بر روی مادران است. فردریچ و فردریچ (۱۹۸۱) دریافت که بهترین پیش‌بینی‌کننده کلی رفتار مقابله مادر با استرس، رضایت زناشویی است.

نیازهای مراقبتی اضافی و غیرمعمول کودک، عامل پیش‌بینی‌کننده مهم استرس در مادران است. گلدمن^۸ (۱۹۷۷) به نقل از هالاهان و کافمن^۹ (۱۳۷۲) اظهار می‌دارد سن کودک و زندگی وی در یک محیط پر از دحام پیش‌بینی‌کننده مهمی برای استرس مادران است.

پذیرش هستند.

والدینی که پذیرا نیستند، به طور واقعی از بودن با فرزندان خود، لذت نمی‌برند. در وضعیت افراطی، این پذیرا نبودن، مبدل به طرد کودک می‌شود (ماسن^{۱۲} و پاول^{۱۳}، ۱۳۶۸). مادران، برای سرپوش گذاشتن بر احساس گناه، طرد و خشونت، نسبت به کودک خود از او به شکل افراطی (بیش از اندازه) حمایت می‌کنند. گالاگر و همکاران (۱۹۸۴) طرد را عبارت از حفظ مداوم و رنج‌آور ارزشهای منفی و غیرواقع‌گرایانه در کودک می‌داند. گالاگر طرد را به لحاظ حفظ مداوم و رنج‌آور ارزشهای منفی و غیرواقعی درباب کودک می‌داند. به اعتبار نظر او، شیوه‌های طرد چهار گونه‌اند: الف) بی‌توقعی درباب پیشرفت، ب) برقراری اهداف غیر واقع‌بینانه، ج) ترک کودک با موسسه‌ای کردن او، د) واکنش‌سازی که ناظر است به نفی طرد از طریق حمایت افراطی. گالاگر به دو نوع طرد والدینی بنام‌های طرد اولیه و طرد ثانویه اشاره می‌کند. طرد اولیه ناشی از «ماهیت تغییر ناپذیر کودک مثل جنسیت یا سطح توانایی است و بیشتر براساس پویایی شخصیت والدین شکل می‌گیرد تا براساس رفتار کودک و طرد ثانوی که معرف آن دسته از نگرشهای منفی والدینی است که براساس تجلیات رفتار غلط کودک ایجاد می‌شوند. شایان ذکر است که پذیرش یا طرد کودک معلول تا حدی به سازگاری عمومی و هیجانی والدین و تا حدی نیز به گروه قومی-فرهنگی وابسته است. به علاوه سطح هوش والدین در این میان نقش مهمی به عهده دارد. والدین باهوش، کمتر توان پذیرش کودکان معلول را دارند. در حالی که والدین متعلق به گروههای هوشی مرزی، حتی قادر به پذیرش کودکان مبتلا به معلولیت‌های جسمی و ذهنی شدید نیز می‌باشند (هالان و کافمن، ۱۳۷۲).

ترن بال و ترن بال (۱۹۹۰) معتقد است که منابع مذهبی از طریق حمایت اجتماعی و باوردهی احتمال پذیرش معلولیت را در خانواده کودک ناتوان یا در موقعیتهای استرس‌زا افزایش می‌دهد.

تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که از مقابله‌های مذهبی بیشتری استفاده می‌کنند از سلامت روانی بهتری برخوردارند و بالعکس (پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۴ به نقل از وهاب زاده و همکاران، ۱۳۷۶)

ترن بال و ترن بال (۱۹۹۰) متذکر می‌شوند عنصر مهمی که در اینجا اهمیت بسزایی می‌یابد، باورها و طرز تفکری است که خانواده در قبال داشتن فرزند کم توان ذهنی دارد. هانت و مارشال (۱۹۹۴) ابراز می‌دارند که احتمالاً واکنشهای منفی که والدین به کم‌توانی نشان می‌دهند، ناشی از این امر است که آنها کم‌توانی ذهنی را ناتوانی در یادگیری و محدودیت بالقوه برای تکمیل و برآورده ساختن نیازهای زندگی می‌دانند.

واکنشهای مختلف مادر، به علت ناکامیهای گوناگون حاصل از رفتارهای خاص کودک کم‌توان است. از این احساس ناکامی نوعی نگرش دوگانه نسبت به کودک حاصل می‌شود که ممکن است از پذیرش زیاد تا طرد کامل متغیر باشد. (هالان و کافمن، ۱۹۵۲؛ به نقل از گوبلر^{۱۱}، ۱۹۵۲).

پذیرش کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، مرحله پایانی رشد والدین را تشکیل می‌دهد که دو شاخص عمده پذیرش عبارت‌اند از: میزانی که مادر به شیوه معمولی خود عمل می‌کند و پیوند خود را با دوستان ادامه می‌دهد و میزانی که هر دو والد به نیازهای کودکان بهنجار و نیز کم‌توان خود پاسخ می‌دهند. حتی در خانواده‌های الگو، والدین و کودکان، دارای مشکلات لحظه‌های خشم و ظهور ناگهانی رفتار عدم

فرضیه سوم: مادران مذهبی تر از پذیرش بالاتری برخوردارند.

فرضیه چهارم: مادران دارای آگاهی بالاتر از پذیرش بیشتری برخوردارند.

فرضیه پنجم: مادران مذهبی تر استرس کمتری تجربه می کنند.

فرضیه ششم: مادران با آگاهی بالاتر از کم توانی ذهنی، استرس کمتری تجربه می کنند.

فرضیه هفتم: میزان استرس مادران در سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با هم متفاوت است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح تحقیق در این پژوهش، از نوع همبستگی است، زیرا ارتباط بین متغیرها را باهم بررسی می کند. روش تحقیق مورد استفاده نیز از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری عبارت است از مادران کودکان کم توان ذهنی مقطع ابتدایی مدارس کودکان استثنایی آموزش و پرورش تهران. با توجه به وضعیت اقتصادی - اجتماعی شهر تهران، جامعه مورد نظر در این پژوهش، ۱۷۸۲ نفر در نظر گرفته شد.

در مطالعه جاری، ۱۰۷ نفر از مادران به صورت نمونه، به روش خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. کم توانی ذهنی (سطح آموزش پذیر)، استرس، نگرش مذهبی، آگاهی مادران متغیرهایی مستقل هستند که ارتباط آنها با میزان پذیرش (متغیر وابسته) بررسی می شود.

متغیرهای کنترل عبارتند از: ۱- سطح بهره هوشی (آموزش پذیر)؛ ۲- وجود پدر و مادر در خانواده؛ ۳- وجود فقط یک کودک کم توان ذهنی؛ ۴- دارای حداقل دو کودک در خانواده با احتساب

پارک، کوهن و هرب (۱۹۹۶) دریافتند که با نگرش مذهبی در شرایط استرس زا، احساس اضطراب و افسردگی کمتر می شود. همچنین از طریق رایحه حمایت اجتماعی و فراهم آوردن معنا و هدف زندگی با باورها می تواند هیجانات مثبت قوی ایجاد کرده و پذیرش استرسها را تسهیل کند.

کیرک^۴ و همکاران (۱۹۹۷) معتقدند پذیرش کم توانی ذهنی کودک در خانواده به عواملی مانند: رضایت از زندگی زناشویی و اعتماد به نفس والدین، وجود مادری حمایتگر، امنیت مالی، اعتقادات و باورهای مذهبی، حمایت دوستان و بستگان بستگی دارد. وی توانایی پذیرش کودک را به سه عامل وابسته می داند: ماهیت عوامل استرس زا، شیوه ای که خانواده موقعیت را تعبیر و تفسیر می کند و منابع قابل دسترس در خانواده.

ریحانی (۱۳۷۲) ابراز می دارد که اغلب مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، نگرش طرد کننده ای نسبت به فرزندان خود دارند.

در این پژوهش، برخی از عوامل دخیل در رابطه متقابل مادر و کودک مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی ارتباط بین استرس مورد تجربه مادر و اثرهای تعاملی آن با میزان سلامت روانی مادر و میزان پذیرش کودک می تواند در روند سازگاری رابطه مادر کودک، مؤثر باشد.

فرضیه های اصلی پژوهش حاضر شامل موارد زیر است:

فرضیه اول: مادران دارای استرس بالاتر پذیرش کمتری دارند.

فرضیه دوم: میزان پذیرش مادران در بین سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با همدیگر تفاوت دارد.

عاطفی تشکیل شده است (هر بعد شامل ۱۰ سوال می‌باشد) و پایایی آن به روش دو نیمه کردن برابر با ۸۷ درصد است که نشانگر ثبات درونی داده‌هاست.

در طرح حاضر، استرس، متغیر پیش‌بین و میزان پذیرش، متغیر ملاکی است و برای بررسی تفاوت متغیرهای پیش‌بینی در سه گروه از مادران، از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه گروه‌ها استفاده می‌شود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و روش آماری اتخاذ شده در این طرح به روش زیر است:

$$y = b_0 + bx_1 + bx_2 + bx_3 + \dots + bx_k + E$$

پس از انتخاب نمونه مورد نظر، بعد از حضور مادران، پرسشنامه مورد نظر به آنها داده شد، و به دنبال توضیح دستورالعمل‌های مورد نظر، پاسخهای آنها جمع‌آوری و نمره‌گذاری شد.

یافته‌ها

۱- توصیف آماری

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد میزان استرس مادران برحسب وضعیت اقتصادی-اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	آماره گروه
۱۱/۹	۳۲۹/۰۸	بالا
۱۴/۳	۳۲۰/۲۸	متوسط
۱۰/۷	۳۱۳/۸۰	پایین

جدول ۱ نشان می‌دهد که مادران طبقه بالا، بیشترین میزان استرس و مادران طبقه پایین، پایین‌ترین میزان استرس را تجربه می‌کنند.

کودک کم‌توان ذهنی؛ ۵- مقطع تحصیلی (ابتدایی)؛ ۶- جنس (پسر)

در این پژوهش، به خاطر اینکه به طور ویژه، استرس مرتبط با تربیت و فرزندپروری را بررسی می‌کند و برای استفاده در مورد کودکان معلول و غیرمعلول، متناسب است از پرسشنامه شاخص استرس والدین استفاده شد: ۱- پرسشنامه شاخص استرس والدین شامل ۱۲۰ سؤال از نوع ۵ گزینه‌ای است که دارای ۱۰۱ ماده اصلی و ۱۹ ماده اختیاری و شامل ۱۴ مقیاس فردی در سه قلمرو کودکی (۶ مقیاس)، والدین (۷ مقیاس) و یک مقیاس برای اندازه‌گیری استرس کلی زندگی است و نمرات بالاتر از ۷۵ صدم مشکلات بیشتر را نشان می‌دهد و پایایی آزمون ۹۵ صدم می‌باشد (دادستان، ۱۳۷۷) و آیین (۱۹۹۰) به نقل از اصغرنژاد فرید، (۱۳۷۷) معتقد است که حداقل ۹۵ درصد مواد آن، مستقیماً با یکی از تحقیقات قلمرو آن مرتبط است. ۲- مقیاس سنجش نگرشهای مذهبی و اعتقادی این پرسشنامه را در سال ۱۳۷۸ خدایاری فرد و همکاران ارائه کردند و شامل ۴۰ ماده یا سؤال است. پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۹۴ درصد و در بازآزمایی در حدود ۹۱ درصد بوده است که ثبات درونی بالایی را نشان می‌دهد، همبستگی بین یک یک سوالات پرسشنامه با نمره کل پرسشنامه مثبت می‌باشد اما دامنه همبستگی‌ها از ۳۵ درصد (۴۰ سؤال) تا ۷۶ درصد (۳۶ سؤال) تغییر می‌کند (خدایاری فرد، ۱۳۷۸). ۳- پرسشنامه سنجش آگاهی مادران از کم‌توانی ذهنی کودک خود که یک آزمون محقق ساخته است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که ۱۵ ماده به جنبه‌های مثبت و ۱۵ ماده به جنبه‌های منفی کم‌توان ذهنی کودک مربوط می‌شود و از سه بعد رفتاری، شناختی و

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد میزان پذیرش مادران برحسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی

آماره گروه	میانگین	انحراف استاندارد
بالا	۲۰/۵	۰/۰۸
متوسط	۲۱/۵	۱/۵
پایین	۲۲/۵	۲/۵

اطمینان ۹۹/۹٪ معناداری است؛ بنابراین، فرضیه صفر رد می‌شود و با در نظر گرفتن این موضوع، فرضیه تحقیق پذیرفته می‌شود؛ یعنی، مادران دارای استرس بیشتر، از پذیرش کمتری برخوردارند.

آزمون فرضیه دوم: میزان پذیرش مادران در بین سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با همدیگر تفاوت دارد. با مراجعه به آزمون تحلیل واریانس یک طرفه مشاهده می‌شود که میانگین نمره‌های پذیرش مادران در سه گروه با هم متفاوت‌اند.

جدول ۳- تحلیل واریانس یک طرفه میزان پذیرش مادران برحسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	منبع
واریانس بین گروهها	۷۱/۹۶	۲	۳۵/۹۸	۱۱/۸۸	$\alpha = 0.05$
واریانس درون گروهها	۳۱۴/۷۲	۱۰۴	۳/۰۲		
واریانس کل	۳۸۶/۹۶	۱۰۶			

با توجه به جدول معناداری، فرض صفر رد می‌شود و فرض تحقیق تأیید می‌شود؛ سه گروه از لحاظ میزان پذیرش، باهم متفاوت‌اند.

جدول ۴- داده‌های مقایسه‌ای آزمون تعقیبی شفه

آماره گروه	میانگین	بالا	متوسط	پایین
بالا	۲۰/۵۱		*	*
متوسط	۲۱/۴۸			
پایین	۲۲/۵۱			

جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه بالا از نظر میزان پذیرش، از گروههای متوسط و پایین، نمره‌های

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مادران طبقه بالا از کمترین میزان پذیرش و مادران طبقه پایین از بیشترین میزان پذیرش برخوردارند. با مراجعه به ماتریس همبستگی متغیرها، نتایج کلی زیر حاصل شد:

- همبستگی بین میزان استرس و میزان پذیرش مادران برابر با ۰/۴۶- است.
- همبستگی بین نگرش مذهبی و میزان پذیرش مادران برابر با ۰/۳۴- است.
- همبستگی بین میزان آگاهی و میزان پذیرش مادران برابر با ۰/۲۴- است.
- همبستگی بین میزان استرس و نگرش مذهبی مادران برابر با ۰/۷۳- است.
- همبستگی بین میزان آگاهی و میزان استرس مادران برابر با ۰/۹۱- است.
- بیشترین میزان همبستگی برابر با ۰/۷۷، بین تقویت‌گری و پذیرندگی است.
- کمترین میزان همبستگی برابر با ۰/۱۳ بین سازش‌پذیری و محدودیت نقش است.

۲- استنباط آماری

آزمون فرضیه اول: مادران دارای استرس بیشتر، از پذیرش کمتری برخوردارند.

با مراجعه به جدول ماتریس همبستگی متغیرهای مورد نظر، میزان همبستگی بین استرس و میزان پذیرش، حدود ۰/۴۶- است و از لحاظ آماری با

آزمون فرضیه ششم: مادران با آگاهی بالاتر از کم توانی ذهنی، استرس کمتری تجربه می کنند. با مراجعه به جدول ماتریس همبستگی، میزان همبستگی بین آگاهی و استرس مادران در حدود ۱۹/۱۷ درصد است و از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست، پس فرض صفر تأیید و فرض مخالف (تحقیق) رد می شود.

آزمون فرضیه هفتم: میزان استرس مادران در سه گروه (بالا، متوسط و پایین) با هم متفاوت است.

جدول ۵- تحلیل واریانس یک طرفه میزان استرس مادران بر حسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی

منبع مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	واریانس بین گروهها
واریانس درون گروهها	۴۲۴۳/۹۷	۲	۲۱۲۱/۹۸	۱۳/۸۶	$\alpha = 0.05$
واریانس کل	۱۵۹۳۱/۴۹	۱۰۴	۱۵۳/۰۹		

با توجه به داده های جدول بالا، فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود؛ بدین مضمون که بین سه گروه وضعیت اقتصادی - اجتماعی، از لحاظ میزان استرس تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۶ - داده های مقایسه ای آزمون تعقیبی شفه

منبع مجذورات	میانگین	بالا	متوسط	پایین
گروه بالا	*	*		۳۲۹/۰۸
گروه متوسط				۳۲۰/۲۸
گروه پایین				۳۱۳/۸۰

با توجه به داده های جدول ۶ مشاهده می شود که گروه بالا از لحاظ میزان استرس از هر دو گروه متوسط و پایین نمرات بیشتری دارند و با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه تحقیق تأیید می شود؛ بدین معنی که میزان استرس مادران در سه گروه باهم متفاوت است.

کمتری کسب می کنند و با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه مورد نظر، تأیید می شود. دو گروه متوسط و پایین از نظر آماری و میزان پذیرش، با هم تفاوت معناداری ندارند. بدین ترتیب بخشی از فرضیه مورد نظر مبنی بر تفاوت گروهها تأیید و بخشی از آنها نیز به دلیل عدم تفاوت معنادار دو گروه مذکور، رد می شود.

آزمون فرضیه سوم: مادران مذهبی تر از پذیرش بیشتری برخوردارند.

همبستگی بین نگرش مذهبی مادران و پذیرش مادران در حدود ۰/۳۴- است و با اطمینان ۰/۹۹ تفاوت معنادار از صفر دارد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض مخالف (تحقیق) تأیید می شود. بدین مضمون که نگرش مذهبی مادران با پذیرش بالاتر کودک، ارتباط دارد.

آزمون فرضیه چهارم: مادران دارای آگاهی بالاتر، از پذیرش بیشتری برخوردارند.

در جدول ماتریس همبستگی، میزان همبستگی بین آگاهی و پذیرش مادران در حدود ۰/۲۴ است و از لحاظ آماری، در سطح ۰/۰۱ معنادار نیستند؛ بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرض مخالف رد می شود؛ یعنی آگاهی بالاتر، با پذیرش بالاتر و مادران رابطه مستقیم ندارد.

آزمون فرضیه پنجم: مادران مذهبی تر، استرس کمتری تجربه می کنند.

با مراجعه به جدول ماتریس همبستگی، میزان همبستگی بین نگرش مذهبی مادران و میزان استرس مادران در حدود ۰/۷۳ است و با اطمینان ۹۹/۹ درصد، میزان همبستگی بین نگرش مذهبی و میزان استرس مادران از لحاظ آماری از صفر تفاوت معنادار دارد؛ بنابراین فرض صفر رد می شود، بدین مضمون که مادران مذهبی تر، استرس کمتری تجربه می کنند.

توجه به جدول، مشخص می‌شود که میزان آن از لحاظ آماری از نظر تبیین‌کنندگی از صفر تفاوت دارد و از لحاظ آماری معنادار است.

ب- متغیر دوم: نگرش مذهبی

جدول ۹- تجزیه و تحلیل رگرسیون آماری نمرات نگرش مذهبی مادران

منبع مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	
همبستگی تبیین شده	۲۶۶۰۶	۳	۸۸۶۸	۷۵/۷۲	$\alpha = 0/05$
همبستگی پس مانده	۱۲۰/۶۲	۱۰۳	۱/۱۷	F = 0/0001	
خطای استاندارد					۱/۰۸

با توجه به جدول ۹، مشخص می‌شود که تبیین پذیرش مادران از روی نگرش مذهبی مادران، با اطمینان ۹۵ درصد، برابر با ۶۸ درصد است؛ یعنی مقدار ۶۸ درصد از تغییرات نمرات پذیرش را می‌توان با نگرش مذهبی مادران پیش‌بینی و تبیین کرد.

جدول ۱۰- داده‌های مقایسه‌ای آزمون تعقیبی شفه

آماره متغیر	شیب خط	خطای استاندارد	بنای استاندارد	T	سطح معناداری T
نگرش مذهبی	۰/۰۷۲	۰/۰۱۹	۲۲۹۶۱	۳/۷۸	۰/۰۰۰۳
عرض از مبدأ	-۹/۳۲	-۴/۱۱		-۲/۲۶	۰/۰۲۵

مقدار b_{5X5} برابر با ۰/۰۷۲ است و عرض از مبدأ آن -۹/۳۲ می‌باشد که بعد از انجام تجزیه و تحلیل آماری با توجه به جدول ۹ مشخص می‌گردد که میزان آن از لحاظ آماری از نظر تبیین‌کنندگی، از صفر تفاوت دارد و از لحاظ آماری معنادار است.

ج- متغیر سوم: میزان آگاهی

این متغیر از معادله خارج شده است؛ یعنی خاصیت تبیین‌کنندگی و پیش‌بینی‌کننده برای متغیر

گروه متوسط و پایین از لحاظ میزان استرس، از لحاظ آماری باهم تفاوت معنادار ندارند؛ بدین ترتیب بخشی از فرضیه مورد نظر، مبنی بر تفاوت گروهها تأیید و بخشی از آن نیز به دلیل عدم تفاوت معنادار دو گروه متوسط و پایین، رد می‌شود.

۳- رگرسیون آماری

برای شناخت عوامل پیش‌بینی و تبیین‌کننده متغیر ملاک (پذیرش)، از روش رگرسیون چند متغیره خطی استفاده می‌شود.

الف- متغیر اول: استرس

جدول ۷- تجزیه و تحلیل رگرسیون آماری میزان استرس مادران

منبع مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	
همبستگی تبیین شده	۲۹۷/۹۲	۱	۲۹۷/۹۲	۵۵/۹۳	$\alpha = 0/05$
همبستگی پس مانده	۸۸/۷۶	۱۰۵	۰/۸۴	F = 0/0001	
خطای استاندارد					۰/۹۴

با توجه به جدول ۷، مشخص می‌شود که تبیین پذیرش مادران از روی استرس آنها برابر با ۷۷ درصد است؛ به این مضمون که ۷۷ درصد از تغییرهای پذیرش را می‌توان با استرس کلی مادران تبیین و پیش‌بینی کرد.

جدول ۸- داده‌های مقایسه‌ای آزمون تعقیبی شفه

آماره متغیر	شیب خط	خطای استاندارد شده	بنای استاندارد	T	سطح معناداری T
استرس	۰/۰۳۱	۰/۰۱	۲۲۹/۰	۲/۳۷۳	۰/۰۱۹
عرض از مبدأ	-۲۸/۴۸	۶/۷۴		۴/۲۲۳	۰/۰۰۰۱

مقدار b_{5X1} برابر با ۰/۰۳۱ و عرض از مبدأ آن -۲۸/۴۸ است که بعد از انجام تجزیه آماری با

ملاک (پذیرش) ندارد.

متغیرهای (عوامل) آگاهی، خلق، سازش پذیری، فزون طلبی، احساس صلاحیت، دلبستگی، سلامت مادر، حتی با وجود اینکه ممکن است در طی مراحل چرخش (از سوگیری) از لحاظ آماری قدرت تبیین کنندگی، داشته باشند. ولی بعد از یازده مرحله چرخش که مقدار عوامل برآورد شده به سطح مطلوب رسیدند، از معادله خارج و به صورت

با توجه به جدول ۱۱ مشاهده می شود که متغیرهای (عوامل) تقویت گری، نگرش مذهبی، افسردگی، انزوای اجتماعی، استرس، استرس زندگی، محدودیتهای نقش، بی توجهی، روابط با همسر، از لحاظ آماری، با اطمینان ۹۵ درصد، می توانند به طور معناداری متغیر ملاک (پذیرش) را پیش بینی کنند.

جدول ۱۱- فهرست متغیرهای تبیین کننده

متغیرهای تبیین کننده	شیب خط	خطای استاندارد شیب	بنای استاندارد شده	T	سطح معناداری T	متغیرهای خارج شده
تقویت گری	۲۹	٪/۸۵	۲۷	۳/۴۰	۰/۰۰۱	آگاهی
نگرش مذهبی	۴۹	۰/۰۲۲	۱۵	۲/۲۰	۰/۰۳۰	خلق
افسردگی	۲۳	۰/۰۷۶	۱۸	۳/۱۳	۰/۰۰۲	سازش پذیری
انزوای اجتماعی	-۲۶	۰/۰۵۸	-۲۴	-۴/۵۱	۰/۰۰۰	احساس صلاحیت
استرس	۱۰	۰/۰۱۴	۷۸	۷/۲۶	۰/۰۰۰	دلبستگی
استرس زندگی	-۲۰	۰/۰۴۹	-۲۶	-۴/۲۳	۰/۰۰۰	سلامتی مادر
محدودیتهای نقش	-۲۳	۰/۰۹۲	-۱۷	-۲/۵۲	۰/۰۱۳	
بی توجهی	-۲۱	۰/۰۷۷	-۱۷	-۲/۸۰	۰/۰۰۶	
روابط با همسر	۹-	۰/۰۳۶	-۱۴	-۲/۶۶	۰/۰۰۹	
عرض از مبدأ	-۱۱/۶	۶/۷۹		-۱/۷۱	۰/۰۹۰	

داده است و استرس بالای مادران را در پی دارد. تحت تأثیر استرس، مادران به کم توانی کودک خود، واکنش نشان می دهند که این مسئله طی مراحل مختلفی صورت می گیرد و آخرین و کامل ترین مرحله واکنشهای مادران، پذیرش کودک است.

برای جلوگیری از تأثیر عوامل مزاحم و پیشگیری از تکرار ضعفهای روش شناختی تحقیقات پیشین، موارد ذیل رعایت شد: ۱- انتخاب حجم نمونه مناسب؛ ۲- بررسی وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده؛ ۳- حضور هر دو والد در جایگاه سرپرستی کودک معلول؛ ۴- تنها بودن کودک کم توان در خانواده. نمره کل پرسشنامه PSI، استرس کلی مادران و

متغیرهایی در نظر گرفته شدند که با استفاده از روش گام به گام تحلیل رگرسیون آماری، قدرت تبیین کنندگی متفاوت از صفر برای متغیر ملاک (پذیرش) ندارند و از لحاظ آماری معنادار نیستند.

بحث و نتیجه گیری

منابع استرس خانواده را به این شرح ذکر کرده اند: ۱- نیازهای مراقبتی کودک؛ ۲- محدودیتهای جسمانی و ویژگیهای رفتاری او؛ ۳- مشکلات خانوادگی و والدینی به علت وجود کودک ناتوان؛ ۴- نگرانیهای والدین از لیاقت و شایستگی فرزند در آینده. این عوامل استرس زاء، خانواده و درمان را تحت فشار قرار

مادران کودکان کم‌توان ذهنی به مانند نتایج پژوهشهای دیگر در ایران از جمله ریحانی (۱۳۷۴)، اصغر نژاد فرد (۱۳۷۷) بالاتر است.

برخی از محققان از جمله روزن (۱۹۵۵)، کازاک (۱۹۸۷) به نقل از هالاهان (۱۹۸۸)، فلینت (۱۹۸۹)، گاون (۱۹۸۹)، باوروشی (۱۹۹۱)، بوزونیچمن (۱۹۹۷)، هالاهان و کافمن، (۱۳۷۲) میزان استرس بالا را در خانواده‌هایی با شرایط اقتصادی - اجتماعی پایین گزارش کرده‌اند در حالی که ویکلر (۱۹۸۴)، کویین و پال (۱۹۹۱) به نقل از ریحانی (۱۳۷۴)، شیپردسان (۱۹۹۲)، به نقل از البرزی و بشاش (۱۳۷۸) استرس بالا و پذیرش کمتر را در خانواده‌های با شرایط اقتصادی - اجتماعی بالا گزارش می‌کنند. در بررسی حاضر، یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان استرس در گروه خانواده‌های بالا، بیشتر و میزان پذیرش نیز، پایین‌تر است.

از سوی دیگر، نتایج این تحقیق نشان داد که مادران گروه اقتصادی - اجتماعی بالا، میزان استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و آزمون شفه نیز این تفاوت بین گروهها را معنادار نشان می‌دهند. فرضیه ما نیز (میزان پذیرش مادران و میزان استرس در سه گروه با هم متفاوت است) تأیید شد.

بررسی ادبیات موضوع نشان می‌دهد که در زمینه تأثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده بر میزان استرس مادران و در نتیجه بر میزان پذیرش کودک، یافته‌های متناقضی ارائه شده است. شاید، میزان استرس بالا در خانواده‌های با درآمد پایین، ناشی از ضعف امکانات فرهنگی و آگاهی آنها باشد، ولی تحقیق حاضر نشان می‌دهد که میزان آگاهی مادر، با میزان استرس وی رابطه مستقیم ندارد. اما اینکه چرا مادران با شرایط اقتصادی - اجتماعی بالاتر، فرزند

نمره مربوط به مقیاس پذیرندگی، میزان پذیرش مادران را به دست داد. نتایج نشان داد که مادرانی که استرس بالاتری تجربه می‌کنند، کمتر فرزند کم‌توان خود را می‌پذیرند. این یافته، با یافته‌های بسیاری از تحقیقات پیشین، هماهنگ است.

نتیجه تحقیق حاضر از نظر میزان استرس مورد تجربه مادران و رابطه آن با میزان پذیرش کودک، با یافته‌های مطالعات محققانی همچون دانست، لیت و تریوت^{۱۵} (۱۹۸۸) به نقل از ریحانی (۱۳۷۴)؛ کرنیک، فردریچ و گرینبرگ (۱۹۸۳)، فردریچ و فردریچ (۱۹۸۱) همخوانی دارد. اگرچه اکثر تحقیقات، میزان استرس بالا را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی گزارش کرده‌اند، برخی از تحقیقات، یافته‌های متناقضی را به دست داده‌اند که از جمله می‌توان به فیول و همکاران (۱۹۸۹)، هاریس و مک‌هال (۱۹۸۹)، کازاک (۱۹۸۷) به نقل از ریحانی (۱۳۷۴)، نادلر و همکاران (۱۹۹۱) اشاره کرد. این محققان، تفاوت در میزان استرس خانواده‌های با کودک کم‌توان و بدون آن را تأیید نکرده‌اند.

این نتیجه‌گیری متناقض می‌تواند به دلیل ضعفهای روش شناختی این تحقیقات باشد؛ برای مثال در تحقیق کازاک (۱۹۸۷) تعدادی از عوامل مزاحم، کنترل نشده‌اند؛ در مطالعه نادلر (۱۹۹۶) گروه مقایسه وجود نداشته است؛ در بررسی هاریس و مک‌هال (۱۹۸۹) دامنه سنی کودکان کم‌توان ذهنی، بسیار وسیع در نظر گرفته شده‌اند. با توجه به تعداد نمونه مورد استفاده و دقتی که در مراحل اجرای پژوهش حاضر صورت گرفته است، به احتمال زیاد، در پژوهش حاضر کوشش شده است که اشکالهای یادشده، تا حد امکان رفع شود.

همچنین این پژوهش نشان داد که میزان استرس

معلول خود را کمتر از گروههای دیگر می‌پذیرند، می‌تواند به این خاطر باشد که والدین طبقات اقتصادی- اجتماعی بالاتر، انتظارات و آرزوهای برای فرزند خود داشته‌اند که با تشخیص معلولیت او، آن آرزوها را بر باد رفته می‌بینند، درحالی که والدین طبقه پایین اقتصادی- اجتماعی، آن قدر با مشکلات خود درگیر هستند که به آرزوهای دیگری در مورد فرزند خود نمی‌اندیشند. گرچه ارتباط شرایط اقتصادی- اجتماعی با واکنش والدین نسبت به فرزندشان مؤثر است، لیکن این ارتباط بسیار پیچیده است، شاید اختلاف موجود در نتایج تحقیقات، با اختلاف مربوط به استفاده مادران از منابع خانواده در مقابله با استرس مربوط باشد.

از طرف دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که مادران طبقات اقتصادی- اجتماعی بالاتر ضمن تجربه استرس بیشتر، کمتر فرزند خود را می‌پذیرند و مشکلات رفتاری و روانی بالاتری نیز دارند. این مسئله نشان می‌دهد که این مادران، نسبت به گروههای دیگر اقتصادی- اجتماعی، بیشتر در معرض خطرند.

از آنجا که مادر احساس مسئولیت بیشتری در برابر مراقبت از کودک معلول خود دارد و با توجه به نقش اصلی وی در مراقبت و پرورش از او و نیز نقش همسری وی در روابط زناشویی، او به طور غیرمستقیم از اثر وجود کودک خود بر روابط زناشویی، آسیب‌پذیر است؛ بنابراین نسبت به پدر، بیشتر در معرض خطر است.

با استفاده از پرسشنامه سنجش نگرشهای مذهبی و اعتقادی، نگرش مذهبی مادران اندازه‌گیری شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد مادران مذهبی‌تر، استرس کمتری تجربه می‌کنند و فرزند خود را بیشتر

می‌پذیرند.

با مطالعه ادبیات موضوع و تحقیقات موجود در مورد خانواده‌ها و مادران کودکان کم‌توان ذهنی، درمی‌یابیم که بیشتر تحقیقات تأیید کرده‌اند که والدین به‌ویژه مادران مذهبی دارای فرزند معلول، نسبت به مادران غیرمذهبی و کمتر مذهبی، فرزند خود را بیشتر می‌پذیرند. از جمله، تحقیقات زوک (۱۹۵۹)، کرنیک و همکاران (۱۹۸۳)، فی‌ول (۱۹۸۳)، گالاگر (۱۹۸۴)، فردریچ (۱۹۸۸)، فی‌ول، فردریچ و فردریچ (۱۹۸۱)، توماس و همکاران (۱۹۹۱)، ملک پور (۱۳۶۶)، بهرامی‌مشعوف (۱۳۷۳)، و البرزی و بشاش (۱۳۷۸) از این جمله‌اند.

یافته‌های بسیاری نشان می‌دهد که استرس، نگرش مذهبی و آگاهی والدین ارتباط نزدیکی با پذیرش کودک دارد (هانت و مارشال، ۲۰۰۳، لرنر، ۱۹۹۷، دول و شکان، ۱۹۹۵، و مالتبی، الویس و دای، ۱۹۹۹).

کریک و همکاران (۱۹۸۳) پیشنهاد کردند که مذهب در پذیرش کودک و سازگاری والدین با کودکان، بر اساس میزان استرس ادراکی‌شان و نیز در تصمیم آنها برای مراقبت از کودک، در خانه‌شان تأثیر قدرتمندی دارد.

ترن‌بال (۱۹۹۵) معتقد است که منابع مذهبی از طریق حمایت اجتماعی و باوردهی احتمال پذیرش معلولیت را در خانواده کودک ناتوان یا در موقعیتهای استرس‌زا افزایش می‌دهد. پارک، کوهن و هرب (۱۹۹۶) دریافتند که با نگرش مذهبی در شرایط استرس‌زا، احساس اضطراب و افسردگی کمتر می‌شود. همچنین از طریق ارائه حمایت اجتماعی و فراهم آوردن معنا و هدف زندگی با باورها می‌تواند هیجان‌ات مثبت قوی ایجاد کرده و پذیرش استرسها را تسهیل کند.

که والدین به کم توانی ذهنی کودک نشان می‌دهند، ناشی از این امر است که آنها کم توانی را شامل ناتوانی در یادگیری و محدودیت بالقوه برای تکمیل و برآوردن نیازهای زندگی می‌دانند (هانت و مارشال، ۱۹۹۴).

زمینه‌های فرهنگی نیز چون هنجارهای خرده فرهنگها، از طریق جایگاه اقتصادی و اجتماعی والدین تأثیر خود را در واکنش آنان، برای نگهداری کودک معلولشان خواهد گذارد، چون یک کودک معلول، ممکن است در فرهنگهای مختلف کاملاً متفاوت به نظر برسد.

گاون و همکاران (۱۹۸۹) و ویکلر (۱۹۸۴) به نقل از ریحانی (۱۳۷۴)، گزارش می‌دهند که والدینی که سطح سواد بالایی دارند، مشکلات سازگاری بیشتری دارند که می‌تواند باعث وقفه در پویایی خانواده و کاهش فعالیت‌های اجتماعی باشد، سبکهای اسناد و کانون کنترل نیز از جمله عواملی هستند که می‌توانند باعث انطباق موفق یا ناموفق والدین با کم توانی فرزند شوند (فری، گرینبرگ و فیول، ۱۹۸۹).

با افزایش میزان آگاهی مادران در خصوص کم توانی ذهنی، میزان اعتقاد آنها به سرنوشت و خوش قدمی فرزند کاهش پیدا می‌کند ولی این موضوع لزوماً به معنی اعتقاد به بدقدمی نمی‌تواند باشد (البرزی و بشاش، ۱۳۷۸).

تحقیقات و یافته‌ها نشان می‌دهند که افزایش میزان آگاهی مادران لزوماً با کاهش استرس یا افزایش پذیرش کودک ارتباط پیدا نمی‌کند و عوامل مختلفی از جمله زمینه‌های فرهنگی و باورهای والدین در این مسئله تأثیرگذارند.

تجزیه و تحلیل رگرسیون آماری یافته‌های پژوهش، نشان می‌دهد که میزان استرس و نگرش

در اکثر خانواده‌ها، مذهب نقش بسیار مهمی در تبیین مصیبت وارده و تحمل آن بازی می‌کند، در واقع، ادیان به مثابه ابزارهایی هستند که به خانواده در فهم و درک تجارب «تحمل و مدارا» کمک و راههایی برای تحمل مشکلات، پیشنهاد می‌کنند.

اینکه مذهب می‌تواند، میزان استرس و عدم پذیرش کودک را کمتر کند، شاید به این خاطر باشد که مذهب خود می‌تواند بخشی از فرایند مقابله تلقی شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن (چگونگی ادراک از منابع و رویدادهای فشارزا) اثر بگذارد. ضمن اینکه، مذهب خود می‌تواند در فرایند مقابله مداخله کند و در تعریف مجدد از مسئله و مشکل، به گونه‌ای که قابل حل باشد، کمک کند و در نهایت می‌تواند بر پیامدهای حاصل از عوامل استرس‌زا نیز تأثیر بگذارد.

از دیدگاه فرهنگی، مذهب می‌تواند هم بر تجربه ذهنی و هم معلولیت کودک و هم بر شرایط زندگی روزمره خانوادگی نیز اثرگذار باشد (توماس و همکاران، ۱۹۹۱).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که مادرانی که در خصوص کم توانی ذهنی کودک خود، آگاهی بالاتری دارند، استرس کمتری تجربه نمی‌کنند و میزان پذیرش آنها نیز بالاتر نیست در واقع، آگاهی مادر با پذیرش کودک، رابطه مستقیم ندارد.

وجود کودک کم توان در خانواده می‌تواند باعث ایجاد نگرش منفی در والدین خصوصاً مادران شود و در نهایت، بهداشت روانی افراد را نیز به مخاطره بیندازد، مادران اغلب، ناتوانیهای جسمانی و حسی را راحت‌تر از ناتوانیهای ذهنی، می‌پذیرند. این امر شاید، ناشی از این مسئله باشد که بیشتر افراد، اطلاعات کمی از کم توانی ذهنی دارند و احتمالاً واکنشهای منفی

تدوین و استاندارد کردن آزمون‌های ارزیابی رابطه مادر - کودک، مطالعه اکتشافی در چگونگی رابطه مادر - کودک در حوزه کودکان کم‌توان ذهنی به طور اخص و کودکان استثنایی به طور عمومی، بررسی انواع اختلالات روانی والدین دارای فرزند معلول و کم‌توان از نظر میزان شیوع و شدت آن، تدوین برنامه مشاوره‌ای برای خانواده‌های در معرض خطر، برای اصلاح رابطه مادر - کودک از جمله پیشنهادهایی هستند که می‌توانند در بهبود شرایط خانوادگی این قبیل خانواده‌ها مفید باشد.

یادداشتها

- 1) Mental retardation
- 2) Stress
- 3) Hungerford.
- 4) Rosen
- 5) Stark
- 6) Salnt
- 7) Parenting stress index
- 8) Goldman
- 9) Hallahan and Kaufman
- 10) Cloes
- 11) Gobler
- 12) Masen
- 13) Powell
- 14) Lithe
- 15) Terute

منابع

- آرگایل، مایکل. (۱۳۸۲). روان‌شناسی شادی. ترجمه بهرامی، فاطمه و همکاران. اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان
- ابراهیمی، علی‌اکبر. (۱۳۷۵). بررسی و مقایسه نیازهای والدین دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی سازش یافته عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی مداخلات بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، پایان‌نامه دوره دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

مذهبی مادر، از توانایی پیش‌بینی‌کنندگی و تبیین‌کنندگی برخوردار است، در حالی که میزان آگاهی مادر، خاصیت پیش‌بینی‌کننده و تبیین‌کنندگی ندارد.

در کل، عوامل تقویت‌گری، نگرش مذهبی، افسردگی، انزوای اجتماعی، استرس کلی، استرس زندگی، محدودیتهای نقش، فزون‌کنشی، بی‌توجهی، روابط با همسر، به ترتیب با پذیرش کودک مرتبط هستند و می‌توان با این عوامل، میزان پذیرش کودک را پیش‌بینی کرد. این در حالی است که عوامل آگاهی، خلق، سازش‌پذیری، فزون‌طلبی، احساس صلاحیت، دلبستگی و سلامت والدین، قدرت تبیین‌کنندگی برای متغیرپذیرش کودک را ندارند.

نتایج این پژوهش، با نتایج تحقیقات متعددی که در مورد رابطه هر یک از عوامل فوق‌الذکر با پذیرش کودک و نیز با همدیگر صورت گرفته است، همخوانی دارد.

برای به‌دست آوردن نتایج بهتر و دقیق‌تر نیاز است که تحقیقات مستقل و فراوان دیگری انجام گیرد. از همه عوامل و متغیرهای نامبرده، مهم‌ترین عامل، میزان استرس مادر است؛ بنابراین باید مراکز ذی‌ربط به فراهم‌سازی زمینه‌های کاهش استرس مادران و حذف عوامل استرس تا حد امکان همت گمارند.

با به‌دست آوردن نیم‌رخ از ویژگیهای شخصیتی مادرانی که استرس بالا تجربه کرده‌اند و از پذیرش کمتری برخوردارند، می‌توان زمینه را برای پیش‌بینی میزان استرس و پذیرش کودک با به‌دست آوردن نیم‌رخ مادر و مقایسه آن با نیم‌رخ حاصل از پژوهش جاری، فراهم آورد و با شناسایی این‌گونه مادران آموزشهای ویژه و تدابیر مشاوره‌ای را در مورد آنها به کار گرفت.

- البرزی، شهلا؛ بشاش، لعیو سامانی، سیامک (۱۳۷۸). تأثیر کودک عقب مانده ذهنی بر خانواده، پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۴، شماره ۱ و ۲، ص ۱۴-۳.
- باقری، نادر و طالبیان، جعفر (۱۳۷۳). بررسی باورها و آگاهی‌های والدین افراد عقب مانده ذهنی، روان‌شناسی و علوم تربیت، دوره جدید، سال چهارم، شماره ۱، صفحه ۲-۸.
- بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- پورشهباز، عباس (۱۳۷۲). بررسی رابطه بین ارزیابی میزان استرس و رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت بیماران، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- حسین نژاد، محمد (۱۳۷۵). بررسی و مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب مانده آموزش پذیر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۸). پرسشنامه سنجش نگرش‌های مذهبی و اعتقادی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷). شاخص تنیدگی والدین، ضمیمه کتاب تنیدگی یا استرس (بیماری جدید تمدن)، استورا، انتشارات رشد، چاپ اول.
- رایبسنسون، نانی و رایبسنسون، هالبرت (۱۳۷۰). کودک عقب مانده ذهنی، ترجمه فرهاد ماهر، چاپ سوم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- ریحانی، رضا (۱۳۷۴). بررسی استرس و شیوه‌های مقابله در خانواده‌های کودکان عقب مانده ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ماسن هنری، پاول (۱۳۶۸). رشد شخصیت کودک، ترجمه یاسایی، مهشید، نشر مرکز.
- مفیدی، فرخنده (۱۳۷۴). مشاوره با والدین کودکان عقب مانده ذهنی، مقاله ارائه شده در اولین سمینار راهنمایی و مشاوره، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- ملک پور، مختار (۱۳۶۶). بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ مالک، ایوب و خراسانی، ملیحه (۱۳۷۶). تعریف و تحمل استرس در بین جمعیت‌های مذهبی. مقاله ارائه شده در همایش نقش دین در بهداشت روان، صفحه ۷۸.
- هالاهان، بی، دانیل و کافمن، ام. جیمز (۱۳۷۲). کودکان استثنایی (زمینه تعلیم و تربیت ویژه). ترجمه فرهاد ماهر، تهران: انتشارات رشد.
- یعقوبی، ابوالقاسم (۱۳۷۲). بررسی مسائل روانی - اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به عقب ماندگی ذهنی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- Beckman, P.J. (1983). Influence of selected child characteristics of stress in families of handicapped infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 150-160.
- Beckman, P.J. (1991). Comparison of mother's and father's perception of the effect of young children with and without disabilities: *American Journal on Mental Retardation*. 95. 585-95.

- Bourushi ,N,K; Butzunijman ,L,D (1997). sibling relationships involving developmentally Disabled people. *American Journal of Mental Deficiency*, 93, 556-574.
- Crnic, K, A, Friedrich, W, N., Greenberg, M, T. (1983)Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology, *American Journal on Mental Retardation*, 88,125-138.
- Dull,V.T., Shokan,L.A.(1995). A cognitive model of religions influence on health. *Journal of Social Issues*,51,49-64.
- Dunst, C.J., Trivette, CIM., Cross, A.H. (1986). Mediating influences of social support: Personal, Family, and Child Outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417.
- Fewel , R ,R.(1989).*supports from religious organizations and personal beliefs*,(Cpp, 297-316) Austin, TX: Pro-ED.
- Flynt, W.(1989). Stress and coping mothers of children whit moderate mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 78-283.
- Frey, K, Greenberg, M., Fewell, R.(1989) stress and coping among parents of approaches, *American Journal on Mental Retardation*, 94, 240-249.
- Friedrich, W. N., Friedrich, W. L . (1981). Psychosocial assets of potent of handicapped and Nonhandicapped. children. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 551-553.
- Gallagher, J.J., Scharfman, W., Bristol, M. (1984). Parental adaptation to a young handicapped child: the father's role. *Journal of the Division for Early Childhood*, 3, 3-14.
- Gown, J,W, Goldman, b,d., Appelbaum, n. (1989). Feeling of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants, A Longitudinal study, *American Journal on Mental Retardation*, 94, 259-271.
- Harris, V.S., Mchale, S.M. (1989). Family life problems. Daily caregiving activities and the psychological well-being of mothers of mentally retarded children. *American Journal on Mental Retardation*. 94, 231-239.
- Hunt, N, and Marshall, K.(1999). *Exceptional Children and Youth*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hunt, N, and Marshall,K.(2003). *Exceptional Children and Youth*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kirk,S.A. Gallagher,J.J, and Anastasiwo, N.J. (1997). *Educating Exceptional Children*. Boston: Houghton Mifflin.
- Lerner, J.W.(1997). *Children with Learning Disabilities: theories, diagnosis and teaching strategis*. Boston: Houghton Mifflin.
- Maltby,J.Elevis,C.A., Day ,L .(1999). Religious orientation and psychological well-being: the

- role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health psychology*, 4.363-378.
- Nadler, Aire, Lowenstein, Edna, Rahav., Giora .(1991). Acceptance of mental retardation and help seeking by mothers and fathers of children with mental retardation. *Mental Retardation*, 29, 17-23.
- Park.C, Cohen, L.M., Herb, L.(1996).Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus protestants. *Journal of Personality and Social Psychology* , 59.592-574.
- Thomas, Weisner, Laura, Beizer.; Loristoize (1991). Rrligion and Families of children with developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 91, 647-662.
- Turnball, A.P., and Turnball, H.R. (1990). *Families, Profetionals, Exceptionality: A special partnership*, Columbus ,O.H. Charles, E. Merry.
- Zuk,G,H.(1959).The religious factor and the role of guilt in parental acceptance of the retarded child. *American Journal on Mental Deficiency*, 64, 139-147.