

پیش بینی سلامت عمومی از طریق باورهای مذهبی در مادران کودکان کم توان ذهنی

و مادران کودکان عادی شهر یزد

مهدی تولایی

استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه امام جواد (ع)
m.tavallaei@iju.ir

مهسا کازرانی نژاد

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه یزد
Mahsa_Kazerani@yahoo.com

چکیده

تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومییدی را به دنبال خواهد داشت. در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده به ویژه مادر در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی و دیگر نابهنجاری ها قرار می گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه سلامت عمومی و باورهای مذهبی در مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع غیرآزمایشی و از نوع پژوهش های همبستگی یا پیش بینی بود و داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار (SPSS) و آزمون های رگرسیون و همبستگی تحلیل شد. یافته های این پژوهش نشان داد بین باورهای مذهبی و سلامت روانی مادران کودکان عادی و استثنایی به ترتیب $P < 0/932$ و $P < 0/817$ همبستگی معناداری وجود دارد و باور مذهبی و پرستش خدا در مادران کودکان استثنایی کمتر از $(P < 0/05)$ مادران کودکان عادی است. همچنین مادران دو گروه در میزان سلامت روان با هم تفاوت داشتند و این متغیر در مادران کودکان استثنایی کمتر بود. $(P < 0/05)$. بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی در پذیرش فرزندان خویش، سلامت روان و تحکیم اعتقادات مذهبی خود دچار مشکلات بیشتری هستند.

واژگان کلیدی: کودکان استثنایی، سلامت عمومی، باورهای مذهبی

یکی از طبیعی ترین گروه هایی که می تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک، کم توان ذهنی، نابینا یا ناشنوا باشد. فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. کم توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می آید. برآوردها نشان می دهد نزدیک به ۷۸۰ میلیون کودک در بین سنین تولد تا ۵ سالگی ممکن است به مشکلات ذهنی گرفتار شوند (راغب، ۱۳۹۱). والدین کودکان استثنایی از هنگامی که متوجه معلولیت و نقص فرزندانشان می شوند، واکنش های متفاوتی را از خودشان نشان می دهند که از ناامیدی و یأس و انکار گرفته تا مواجهه منطقی با مساله و تصمیم گرفتن برای کمک و یاری رساندن به فرزندانشان در مسیر زندگی و موفقیت در آن ادامه دارد. والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودکان خود کنند و این امر کیفیت زندگی و سلامت روان آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد (هیدا^۱، ۲۰۱۰).

سلامت روان از جمله کلیدی ترین مفاهیم روان شناختی است که کیس^۲ (۲۰۰۲) آن را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان شناختی) تعریف می کند. بنا به نظر وی سلامت روانی با وجود کامیابی و عدم وجود سستی و ضعف رابطه دارد. پژوهش های بسیاری نشان داده اند که مادران دارای کودک کم توان ذهنی، سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت روانی و سلامت جسمانی را نشان می دهند (لارویک^۳، ۲۰۱۲). تولد کودک کم توان ذهنی شوک بزرگی برای والدین او محسوب می شود. به همین دلیل مادران کودکان کم توان ذهنی ممکن است احساس گناه، خشم و خجالت را تجربه کنند. هرچه معلولیت ذهنی بیشتر باشد تاثیرات آن در خانواده بیشتر و عینی تر است. گزارش شده است که مادران کودکان دارای کم توانی ذهنی احساس پریشانی و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی می کنند و نسبت به آنها در کنترل خشم کودک خود، مشکل بیشتری دارند (گلیدن^۴، ۲۰۱۰). آنها سطوح بالایی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می کنند و این استرس ناشی از فشارهای مالی، هیجانی و فیزیکی با سطح سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی پایین آنها رابطه دارد. زندگی پر استرس والدین کودکان دارای کم توانی ذهنی، منجر به افزایش سطح افسردگی آنها می شود. مادران کودکان معلول ذهنی نشانه های روان پزشکی بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی نشان می دهند و تعارضات موجود در روابط زناشویی آنها اغلب منجر به طلاق می شود. از جمله عوامل دیگری که سلامت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد شادکامی است. شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است (ثابت و لطفی کاشانی، ۱۳۸۹). ایمرسون^۵ (۲۰۰۳) نیز نشان داد که داشتن یک کودک کم توان ذهنی، شادکامی و سلامت روانی مادر را کاهش می دهد.

به طور کلی مرور مطالعاتی که روی مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شده، نشان می دهد که زندگی پر استرس، فشارهای هیجانی، تعارضات خانوادگی، مشکلات کنترل و نگه داری کودک، و احساس گناه باعث پایین آمدن سطح سلامت روانی و شادکامی در آنها می شود. در ایران نتایج پژوهش ها نشان می دهد که مادران دانش آموزان عادی نسبت به مادران دانش آموزان کم توان از سلامت روان بیشتری برخوردارند (کشاورز، ۱۳۹۱). اولسون^۶ و همکاران بعد از مطالعه والدین کودکان عادی و استثنایی به این نتیجه رسیدند که وجود یک کودک معلول تاثیر منفی بر خانواده می گذارد. در واقع والدین کودکان استثنایی

1- Hedda

2- Keyes

3- Laurvick

4- Glidden

5- Emerson

6- Olson

در معرض استرس و افسردگی قرار دارند و شادکامی کمتری تجربه می‌کنند و بین سلامت روان 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. 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 برانسجام درونی خانواده افزوده است. باوجود این، کنار آمدن با استرس ناشی از نگهداری یک کودک ناتوان امری آسان نیست (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از عواملی که پیش‌بینی می‌شود با سطح سلامت روانی 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 یادگیری‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله گرایش‌های مذهبی روی سلامت روانی افراد، تأثیر گذار است (ریو، ۲۰۰۶). شواهد زیادی مبنی بر رابطه دین و معنویت با سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. ریو و ونگ در پژوهش خود نشان دادند که از میان ۴۳ تحقیق انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت روانی، ۸۴ درصد آنها رابطه مثبتی را میان این دو پیدا کردند. هاسانویک و پاچویوک^۸ گزارش کردند که از میان ۸۵۰ پژوهشی که رابطه بین مذهب و سلامت روانی را بررسی می‌کرد، دو سوم آنها رابطه مثبت و معنی‌داری را میان عمل به باورهای مذهبی و سلامت روانی پیدا کرده بودند. پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده، نشان می‌دهد که گرایش‌های مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و قادر است به صورت مثبت سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند (کشاورز، ۱۳۹۱). عملکرد مذهبی روی سلامت روان و منبع کنترل درونی، تأثیر مثبت و مستقیم داشت. مذهب نقش جدایی‌ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس‌زا بازی می‌کند. در واقع دین نقش مهمی در مقابله با رویدادهای منفی زندگی ایفا می‌کند و سلامت جسمانی و روانی افراد را پیش‌بینی می‌کند. به طور کلی عقاید و اعمال دینی در قالب شیوه‌های خاصی از مقابله دینی نمایان می‌شود و به طور مستقیم بر سلامتی فرد در موقعیت‌های تنیدگی‌زای روانی - اجتماعی تأثیر می‌گذارد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). بهرامی و رضاپور، ۱۳۸۹ در پژوهشی نشان دادند جهت‌گیری مذهبی نقش مهمی در تبیین سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد. 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 کم‌کردن ناتوانی‌های این کودک می‌داند (کشاورز، ۱۳۹۱). فلاح و همکاران، ۱۳۹۱ در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند، سبک مقابله اسلامی موجب افزایش شادکامی والدین کودکان استثنایی می‌شود. از جمله عوامل دیگری که پیش‌بینی می‌شود بر ارتقای سطح سلامت روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر می‌گذارد، ویژگی‌های شخصیتی آنهاست. در واقع ابعاد شخصیتی قادر به پیش‌بینی درصد معناداری از سلامت روان مادران کودکان استثنایی هستند (بهرامی و رضاپور، ۱۳۸۹). بر اساس تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه آکسفورد میزان شیوع کم‌توانی ذهنی ۱ درصد جمعیت عمومی است. 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. همان‌گونه 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 (دیم‌پسی^۹، ۲۰۰۹). در کشور ما نیز وضع به همین ترتیب است. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر

7- Rew. Wong

8-Hasanović, Pajević

9-Dempsey

سلامت روانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی و برنامه ریزی برای افزایش آن می تواند از وقوع چنین مشکلاتی پیشگیری کند. به علاوه افزایش عملکرد روانی خانواده کودکان کم توان ذهنی خصوصاً مادران آنها، باعث همکاری بیشتر آنها در روند توانبخشی و در نتیجه پیشرفت کودک در این زمینه ها می شود. این مسئله از نظر متخصصان توانبخشی امری ثابت شده است (کشاورز، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه خانواده های دارای معلول ذهنی در معرض انواع ناراحتی ها و مشکلاتی قرار دارند که در نگهداری و رسیدگی به وضع فرزندشان موثر می باشد و موجب می شود که خانواده روند زندگی طبیعی خود را از دست بدهد و ادامه این وضع ممکن است به فروپاشی نظام خانواده و یا طرد فرزند معلول منجر شود، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روان، و باورهای مذهبی در مادران کودکان عادی و استثنایی انجام گرفت.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع غیرآزمایشی و از نوع پژوهش های همبستگی یا پیش بینی است. همچنین این پژوهش از لحاظ هدف از نوع پژوهش های کاربردی است و داده ها نیز به صورت میدانی گردآوری شده اند. طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه مورد پژوهش ۱۳۱ مادر دانش آموز ۱۲-۸ ساله کم توان ذهنی آموزش پذیر بودند که به دلیل تعداد کم آنها، همه ۱۳۱ نفر به روش تمام شماری انتخاب شدند و به همان نسبت تعداد ۱۳۱ نفر از مادران دانش آموزان عادی به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و از بین ۲۶۲ پرسشنامه ۲۰۰ پرسشنامه باز گردانده و داده ها به کمک نرم افزار (SPSS) تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

پرسشنامه سلامت عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می پردازد. (تقوی، ۱۳۸۰) در پژوهشی به بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سوالی) پرداخت. برای این منظور در یک مطالعه ۷۵ نفر از دانشجویان برای بررسی اعتبار پرسشنامه در مطالعه ای 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 ضرائب اعتبار ۰,۹۳، ۰,۹۰ و ۰,۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمونه های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس انجام گردید که ضریب همبستگی ۰,۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های 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 علایم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می نمودند. بنابراین، بر اساس نتایج این تحقیق، فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش های روانشناختی و فعالیت های بالینی شناخته شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

این پرسشنامه برای اولین بار توسط آرگایل، مارتین و کراسلند به عنوان ابزاری برای اندازه گیری شادی شخصی طرح ریزی شد. مطالعات مختلفی به منظور هنجاریابی آن در کشورهای مختلف انجام شد که نتیجه آن‌ها معرفی این مقیاس به عنوان یک ابزار نیرومند و معتبر در سنجش شادی بوده است. پرسشنامه شادکامی متشکل از ۲۹ سوال است. علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) در پژوهشی ۱۰۲۱ دانش آموز دختر و پسر سال اول و دوم دبیرستان را مورد آزمون قرار دادند. 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 است.

پرسشنامه باورهای مذهبی

این پرسشنامه ۵۰ سوالی است و در کل ۳ باور اساسی افراد را در مورد خداوند، انسان و هستی مورد محاسبه قرار می‌دهد. پرسشنامه باورهای مذهبی محقق ساخته بوده و در سال ۱۳۸۷ توسط رجایی و همکاران ساخته شده است. روایی این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان مورد تایید قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴۶ می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد). بالاترین نمره در این پرسشنامه ۲۵۰ می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود. جامعه مورد پژوهش ۱۳۱ مادر دانش آموز ۱۲-۸ ساله کم توان ذهنی آموزش پذیر (از نظر آموزشی به کودکی عقب مانده گفته می‌شود که به علت محدودیت استعداد و توانایی‌های ذهنی به روشهای خاص آموزشی نیازمند است). بودند که به دلیل تعداد کم آن‌ها، همه ۱۳۱ نفر به روش تمام شماری انتخاب شدند و به همان نسبت تعداد ۱۳۱ نفر از مادران دانش آموزان عادی به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و از بین ۲۶۲ پرسشنامه ۲۰۰ پرسشنامه باز گردانده و داده‌ها به کمک نرم افزار (SPSS) تجزیه و تحلیل شد.

سوالات پژوهش

- ۱) آیا باورهای مذهبی می‌تواند سلامت روان را در والدین کودکان عادی پیش بینی کند؟
- ۲) آیا باورهای مذهبی می‌تواند سلامت روان را در والدین کودکان استثنائی پیش بینی کند؟
- ۳) آیا بین پرستش خداوند در والدین کودکان عادی و استثنائی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟
- ۴) آیا بین سلامت روان در والدین کودکان عادی و استثنائی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

جدول ۱

داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

والد کودکان استثنایی			والد کودکان عادی		
انحراف معیار	میانگین	متغیرها	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
۱۰,۸۳	۲۲,۴۳	پرستش خدا	۱۸,۷۵	۴۷,۸	پرستش خدا
۷,۸۵	۲۰,۹۴	اعتقاد به هستی	۱۲,۴۳	۳۸,۶۱	اعتقاد به هستی
۸,۳۲	۳۵,۳۲	اعتقاد به انسان	۱۵,۰۷	۴۳,۸۷	اعتقاد به انسان
۲۷,۰۰۱	۷۸,۶۹	نمره کل باور مذهبی	۴۶,۲۵	۱۳۰,۲۸	نمره کل باور مذهبی
۷,۴۰	۲۴,۳۸	اضطراب	۲,۳۴	۴,۲۶	اضطراب
۴,۱۱	۸,۶۸	بی‌خوابی	۲,۲۴	۳,۳۵	بی‌خوابی
۳,۶۸	۶,۵۶	نشانه بدنی	۲,۴۸	۳,۳۷	نشانه بدنی
۱,۸۵	۲,۵۱	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱,۵۶	۱,۷۸	اختلال در کارکرد اجتماعی
۱۷,۰۴	۴۲,۱۳	نمره کلی سلامت عمومی	۸,۶۲	۱۲,۷۶	نمره کلی سلامت عمومی

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار باورهای مذهبی در مادران کودکان عادی به ترتیب ۱۳۰,۲۸ و ۴۶,۲۵ و مادران کودکان استثنایی ۷۸,۶۹ و ۲۷,۰۰۱ که نشان دهنده اختلاف و پراکندگی در حد متوسط است. میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی در مادران کودکان عادی به ترتیب ۱۲,۷۶ و ۸,۶۲ و مادران کودکان استثنایی ۴۳,۱۳ و ۱۷,۰۴ که نشان دهنده اختلاف و پراکندگی بسیار زیاد است. همچنین میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های باورهای مذهبی و سلامت عمومی نیز به ترتیب آورده شده است.

جدول ۲

بررسی تاثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان والد کودکان عادی

R2	R	سطح معناداری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع
۰,۸۶۸	a۰,۹۳۲	۰,۰۰۰	۶۴۵,۰۴۶۱	۲۴۹۶۱,۰۴۷	۱	۲۴۹۶۱,۰۴۷	رگرسیون
				۳۸,۶۹۷	۹۸	۳۷۹۲,۲۶۳	باقیمانده
					۹۹	۲۸۷۵۳,۳۱۰	جمع

در جدول ۲ میزان همبستگی میان باورهای مذهبی و سلامت روان والدین کودکان عادی ارائه شده است که میزان ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۹۳۲ می‌باشد و نشان دهنده همبستگی مثبت و معنا دار بین این دو متغیر است. با توجه به آزمون ANOVA به کار گرفته شده از آنجائیکه مقدار sig حاصل شده کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد آزمون معنی‌دار بوده و در نتیجه استفاده از رگرسیون خطی قابل قبول می‌باشد.

جدول ۳

ضرایب تاثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان والد کودکان عادی

Sig	Beta	B	متغیرها
۰,۰۸۹		-۳,۲۵۱	مقدار ثابت
۰,۰۰۰	۰,۹۳۲	۰,۳۸۸	باور مذهبی

با توجه به جدول ۳ مقدار sig حاصل شده مربوط به باورهای مذهبی والدین کودکان عادی کمتر از ۰/۰۵ و مربوط به مقدار ثابت بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد و در نتیجه معادله رگرسیونی را می‌توان به صورت بالا پیش بینی کرد و می‌توان گفت مدل ارائه شده نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌تواند سلامت روان این گروه را پیش بینی کند.

جدول ۴

بررسی تاثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان والد کودکان استثنایی

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	R	R2
رگرسیون	۴۹۱۶,۰۵۶۳	۱	۴۹۱۶,۰۵۶۳	۱۹۶,۱۴۷	۰,۰۰۰	۰,۸۱۷	۰,۶۶۷
باقیمانده	۲۴۵۶,۱۸۷	۹۸	۲۵,۰۶۳				
جمع	۷۳۷۲,۲۴۰	۹۹					

در جدول ۴ میزان همبستگی میان باورهای مذهبی و سلامت روان مادران کودکان استثنایی ارائه شده است که میزان ضریب همبستگی حاصل شده برابر ۰/۸۱۷ می باشد و نشان دهنده همبستگی مثبت و معنادار بین این دو متغیر است. با توجه به آزمون ANOVA به کار گرفته شده از آنجائیکه مقدار sig حاصل شده کمتر از ۰/۰۵ می باشد آزمون معنی دار بوده و در نتیجه استفاده از رگرسیون خطی قابل قبول می باشد و مدل ارائه شده می تواند فرضیه مورد نظر را پیش بینی کند.

جدول ۵

ضرایب تاثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان مادران کودکان استثنایی

متغیرها	B	Beta	Sig
مقدار ثابت	-۶,۹۸۵		۰,۰۰۰
باور مذهبی	۰,۲۴۷	۰,۸۱۷	۰,۰۰۰

با توجه به جدول ۵ مقدار sig حاصل شده مربوط به باورهای مذهبی والدین کودکان استثنایی و مقدار ثابت کمتر از ۰/۰۵ می باشد و در نتیجه معادله رگرسیونی را می توان به صورت فوق پیش بینی کرد:

جدول ۶

مقایسه پرستش خدا در والد کودکان عادی و استثنایی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	t آماره	درجه آزادی
پرستش خدا				۰,۰۰۰	۹,۹۵۰	۱۹۸
والد کودک عادی	۱۰۰	۱۸,۷۵۰۰	۴,۸۷			
والد کودک استثنایی	۱۰۰	۱۰,۸۳۰۰	۶,۲۹			

با توجه به جدول ۶ و آزمون تی مستقل انجام گرفته از آنجائیکه مقدار sig حاصل شده کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد آزمون معنی دار بوده و فرض صفر (عدم تفاوت) رد و فرض یک (وجود تفاوت) پذیرفته می گردد. به عبارتی دیگر تفاوت میان پرستش خدا در مادران کودکان عادی و استثنایی وجود دارد و با توجه به جدول ۶ این موضوع در مورد مادران کودکان عادی بیشتر است.

جدول ۷ مقایسه سلامت روان در والد کودکان عادی و استثنایی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	آماره (t)	درجه آزادی
سلامت روان				۰,۰۰۰	۱۵,۳۷	۱۹۸
والد کودک عادی	۱۰۰	۴۲,۱۳۰۰	۱۷,۰۴			
والد کودک استثنایی	۱۰۰	۱۲,۷۶۰۰	۸,۶۲			

با توجه به جدول ۷ و آزمون تی مستقل انجام گرفته از آنجائیکه مقدار sig حاصل شده کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد آزمون معنی دار بوده و فرض صفر (عدم تفاوت) رد و فرض یک (وجود تفاوت) پذیرفته می گردد. به عبارتی دیگر تفاوت معنی داری

میان سلامت روان در مادران کودکان عادی و استثنائی وجود دارد و با توجه به جدول این موضوع در مورد مادران کودکان عادی بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج جدول ۲ در پاسخگویی به سوال اول نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌تواند سلامت روان را در مادران کودکان عادی پیش‌بینی کند و بین باورهای مذهبی و سلامت روان در این گروه همبستگی معنادار وجود دارد یافته حاضر با پژوهش صدری و جعفری در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت روان به همسو است. نتایج جدول ۴ در پاسخگویی به سوال دوم نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌تواند سلامت روان را در مادران کودکان استثنائی پیش‌بینی کند یافته‌های این پژوهش با تحقیق گراوند و همکاران و بهرامی و رضاپور نیز همسو است آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند بین باورهای مذهبی و سلامت روان در این گروه همبستگی وجود دارد. جدول ۶ نشان می‌دهد بین پرستش خدا در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و مادران کودکان عادی در این زمینه نمره بالاتری دارند یافته‌های این پژوهش با تحقیق خامیس همسو است. در نهایت آخرین سوال پژوهش نشان می‌دهد بین سلامت روان مادران کودکان عادی و استثنائی تفاوت معنادار وجود دارد و سلامت روان در مادران کودکان عادی بیشتر است. نتایج پژوهش میکائیلی و همکاران نیز نشان داد رضایت زناشویی و سلامت روان والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری کمتر از والدین کودکان عادی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با تحقیق ایمرسون همسو است.

با توجه به اینکه پرستش خدا و باورهای مذهبی یکی از مؤلفه‌ها و ابعاد دینداری است و نیز با توجه به ارتباط نتایج پژوهش‌ها در این زمینه با سلامت روانی افراد بهتر است کلاس‌هایی در زمینه مقابله مذهبی با شرایط خاصی که مادران کودکان استثنائی با آن مواجه می‌شوند ترتیب داده شود. از جمله موضوع دیگری که اهمیت دارد نگرش والدین در خصوص کودکان معلول 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 برنامه آموزش خانواده برای مادران کودکان عقب مانده ذهنی، باعث شناخت و پذیرش این کودکان می‌شود. مادران کودکان عقب مانده ذهنی، اگر واقعیت‌ها را از افراد مطلع و متخصصین درباره عقب ماندگی بشنوند، نسبت به این کودکان قابلیت پذیرش بیشتری نشان خواهند داد.

منابع

- بهرامی، احسان و رضاپور، هادی، رابطه سبک مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره سوم، شماره دهم، ۱۳۸۹، ۲۴۵-۲۵۸
- تقوی، محمد رضا، بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، مجله روانشناسی، دوره پنجم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۰، ۳۸۱-۳۹۸
- ثابت، مهرداد، لطفی کاشانی، فرح، هنجاریابی آزمون شادکامی آکسفورد، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره پانزدهم، بهار ۱۳۸۹، ۷-۱۸
- راغب، حجت‌الله، اثر بخشی راهبردهای یادگیری بر کنجکاوی و علاقه در دانش‌آموزان پیش دبستانی کودکان کم توان ذهنی، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، تابستان ۱۳۹۱، دوره دوم، شماره دوازدهم، ۵۶-۷۵
- رجبی، محمد، صارمی، علی اکبر و بیاضی، محمدحسینی، ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روانی و شادکامی، فصلنامه روانشناسی تحولی، تابستان ۱۳۹۱، دوره هشتم، شماره سی و دوم، ۳۶۳-۳۷۱
- رجایی، علیرضا، بیاضی، محمدحسین و حبیبی، حمید ۱۳۸۷، پیش‌بینی بحران هویت و سلامت روانی جوانان براساس باورهای اساسی دینی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انتشارات واحد تربت جام
- صدری، جمشید و جعفری، علیرضا، بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، مجله علوم رفتاری، بهار ۱۳۸۹، دوره دوم، شماره سوم، ۱۲۳-۱۳۸)
- فلاح، محمد حسین، منگلی، عباس و زارع، فاطمه، بررسی تاثیر آموزش سبک مقابله‌ای اسلامی بر افزایش شادکامی والدین کودکان استثنایی، مجله طلوع بهداشت یزد، تابستان ۱۳۹۱، دوره یازدهم، شماره دوم، ۷۵-۸۲
- کشاوری، سوسن، خانواده و کودک با نیاز ویژه (تبیین نقش قبل از تولد و بعد از تولد). نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، اردیبهشت ۱۳۹۱، دوره دوم، شماره صد و دهم، ۵۷-۷۷
- گراوند، هوشنگ، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، کامکار زاهروند، پیمان و جعفری، سپیده، بررسی تطبیقی جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی، مجله روانشناسی و دین، بهار ۱۳۹۱، دوره پنجم، شماره یکم، ۷۹-۱۰۳
- نریمانی، محمد، آقا محمدیان، حمیدرضا و سوران، رجبی، مقایسه سلامت روان مادران کودکان عادی و استثنایی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، بهار و تابستان ۱۳۸۶، دوره نهم، شماره سی و چهارم، ۱۵-۲۴
- میکائیلی، نیلوفر، گنجی، مسعود، طالبی، مسعود، مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، تابستان ۱۳۹۱، دوره یکم، شماره دوم، ۱۳۷-۱۲۰
- Dempsey, I. Keen, D. Pennell, D. Reilly, J and Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. Research in developmental disabilities. Vol. 30.No. 3.558-566

- Emerson, E and Hatton C.(2003). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Journal of Intellectual Disability Research*.Vol. 47. 385-399
- Glidden, L and Billing, F.Job, B. (2010). Personality, coping style and well-being of parent rearing children with developmental disabilities. *Journal Intellectual Disability Research*.Vol. 50. No. 12. 949-962
- Hasanović, m and Pajević, I. (2010). Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity", *Psychiatria Danubina*, Vol. 22.No. 2. 203-210
- Hedda, M. James, W. Aaron, T and Almeida, A. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social and Science Journals*, Vol. 77. No. 1. 7-36
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43. No. 4. 222-227
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parent of children whit mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science and Medicine*,Vol. 64. No. 4.28-27
- Laurvick, C.L. Msall, M.E.Silburn, S. Bower, C. Deklerk, N and Leonard, H. (2012). Physical and mental health of mothers caring for a child whit Reet Syndrome.Official. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, Vol. 118. No. 4. 1152-1146
- Olson, M. Lars man, P. Wang, H and Philip, C. (2008). Relationship among risk sense of coherence and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. *JournalOf Policy and Practice in Intellectual Disabilities*,Vol. 5. No.4. 227-236
- Rew, L and Wong, J. (2006). A systematic review of associations among religiosity / spirituality and adolescent health attitudes and behaviors, *Journal of Adolescent Health*. Vol. 38. No. 2. 433-442
- Sedighinejad and R.Mohammadi, Z. (2005). Scale of performing religious beliefs an abstract of religion and mental health. *Journal of Psychology*, Vol. 4. 67-78