*J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci*

*ORIGINAL ARTICLE*
*Received:2018/06/11* *Accepted:2018/12/03*

# Comparison of General Health, Coping Styles, Religious Orientations and Personality Dimensions between Mothers with Intellectual Disability Children and Mothers with Normal Children

**Kazem Barzegar Bafrooei(Ph.D.)[1] ,Maryam Afkhami (MS.c.)[2], Reyhaneh Shafie(M.Sc.)[2], Mohammad Afkhami Aghda (Ph.D.)[3],Yasser Rezapour Mirsaleh(Ph.D.)[4]**

1. Assistant Professor ,Department of Education and Psychology, Yazd University, Yazd ,Iran.
2.M.Sc. in Educational Psychology, Yazd University, Yazd ,Iran
3.Assistant Professor,Department of Health Education and Promotion, Social Determinants of Health Research Center,School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
4.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling faculty of Educational Sciences & Psychology, Ardakan University, Yazd,Iran. Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir Tel:09132548660

Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to compare general health, coping styles, religious orientations, and personality dimensions of mothers with intellectually disable (ID) and normal children.
**Methods:** A total of 258 mothers were randomly selected. The data were collected using questionnaires of General Health, NEO Five Factors, Islamic Religiosity, and Ways of Coping. Then, the independent-sample T test was run to analyze the results.
**Results:** Comparison of the participants' mean scores showed that the general health of mothers with ID children was lower than mothers with normal children. Compared to mothers with normal children, mothers with ID children used emotional focus coping styles more frequently. However, no significant difference was observed between the two groups with regard to application of problem focus coping style. Mothers of ID children were more disorganized than mothers with normal children. Comparison of the mean scores of personality dimensions between the two groups revealed that mothers of ID children had higher scores in neuroticism and lower scores in extraversion, openness, agreeable, and consciousness.
**Conclusion:** With respect to the numerous problems that mothers of children with ID experience, it seems necessary to take actions to solve their problems and to improve their health status.

**Keywords:** General Health, Coping Styles, Religious orientations, Personality dimensions, Intellectual disability.
**Conflict of interest:** The authors declared no conflict of interest.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

**This Paper Should be Cited as:**
Author: Kazem Barzegar Bafrooei,Maryam Afkhami, ,Reyhaneh Shafie, Mohammad Afkhami Aghda,Yasser Rezapour Mirsaleh. Comparison of General Health, Coping Styles, Religious Orientations, and….. Tolooebehdasht Journal.2019;18(1):42-57.[Persian]

# مقایسه سلامت عمومی، سبک های مقابله‌ای، گرایش های مذهبی و ابعاد شخصیت مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی و مادران کودکان عادی

**نویسندگان :کاظم برزگر بفرویی[۱]، مریم افخمی[۲]، ریحانه شفیع[۲]، محمد افخمی عقدا[۳]، یاسر رضاپور میر صالح[۴]**

۱. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی ، پردیس علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه یزد ، ایران .

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد،ایران.

۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران.

۴. نویسنده مسوول: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، یزد، ایران

تلفن تماس :۰۹۱۳۲۵۴۸۶۶۰ Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

**طلوع بهداشت**

**دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد**

**سال هیجدهم**

**شماره اول**

**فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸**

**شماره مسلسل: ۷۳**

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲

## چکیده

**مقدمه:** هدف از مطالعه حاضر مقایسه سلامت عمومی، سبک‌های مقابله، گرایش‌های مذهبی و ابعاد شخصیت مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی بود.

**روش بررسی:** جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک ناتوان ذهنی و طبیعی ساکن تهران بودند. از این جامعه، ۲۴۸ مادر به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی، پنج عامل شخصیت، مذهب‌گرایی و شیوه‌های مقابله گردآوری و با کمک آزمون t مستقل تحلیل شد.

**یافته‌ها:** مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی از سلامت عمومی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی برخوردارند. مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی بیشتر از مادران کودکان طبیعی از سبک های مقابله هیجان‌محور استفاده می‌کنند، اما بین میانگین‌های سبک‌های مقابله مسئله‌محور دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی سازمان‌نایافتگی بیشتری نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند؛ و در نهایت مقایسه میانگین‌های دو گروه در ابعاد شخصیت نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نمرات بیشتری در روان‌رنجورخویی و نمرات کمتری در برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وجدانی‌بودن داشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به مشکلات عدیده‌ای که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی با آن‌ها موجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای برداشتن مشکلات فراروی آن‌ها و ارتقاء وضعیت سلامتشان بیش از پیش احساس می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت عمومی، سبک‌های مقابله، گرایش‌های مذهبی، ابعاد شخصیت، ناتوانی ذهنی.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

**مقدمه**

نگهداری طولانی‌مدت از کودک دارای ناتوانی ذهنی موجب می‌شود مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی با مشکلات زیادی در وضعیت سلامت خود مواجه شوند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت روانی و سلامت جسمانی را نشان می‌دهند(۱،۲) تولد کودک دارای ناتوانی ذهنی شوک بزرگی برای والدین او محسوب می‌شود (۳). مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی بیشتر از پدران آن‌ها درگیر مشکلات کودکان خود می‌شوند، درحالی‌که پدران اغلب مسئولیت کمتری را در این‌باره می‌پذیرند. فقدان مشارکت همسر در کشورهای خاورمیانه نیز بیشتر به چشم می‌خورد (۴)، بنابراین، مادران در این کشورها بیشتر در معرض مشکلات روانشناختی هستند. از طرفی، مادرانی از فرهنگ‌های متفاوت، فشار مراقبت burdens of care متفاوتی را تحمل می‌کنند، به همین دلیل هنگام مطالعه مشکلات و چالش‌های مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی، باید به تفاوت‌های فرهنگی آنان توجه داشت. مقایسه ویژگی‌ها و مشکلات مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی با مادران کودکان طبیعی می‌تواند اطلاعات بسیار ارزشمندی درباره نیازهای خاص مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در اختیار متخصصین قرار دهد تا در جهت رفع و یا اصلاح آن‌ها اقدام کنند. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع و نیز با توجه به مطالعات کمی که در این زمینه در ایران انجام‌شده است، به مقایسه سلامت عمومی، سبک های مقابله، باورهای مذهبی و ابعاد شخصیت مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی با مادران کودکان طبیعی می‌پردازد (۵).

مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی وضعیت سلامت پایین‌تری را تجربه می‌کنند. از جمله پیامدهای منفی داشتن کودک دارای معلولیت ذهنی برای والدین شامل از دست دادن عزت نفس، داشتن احساسات متضاد و دوگانه، افسردگی، احساس حقارت، بهداشت روانی پایین، احساس گناه، ایجاد جو روانی مسموم در خانواده، استرس بیشتر و احساس فشار روانی می باشد (۶). برای مثال، نتایج مطالعه فلوید و کالاگر(۷) نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی 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 بهزیستیwell-being پایین آن‌ها رابطه دارد. امرسون و همکارانش(۸) گزارش کردند که مادران کودکان معلول ذهنی نشانه‌های روان‌پزشکی بیشتری را نسبت به مادران کودکان عادی نشان می‌دهند و تعارضات موجود در روابط زناشویی آن‌ها اغلب منجر به طلاق در آن‌ها می‌شود. امرسون(۳) نیز نشان داد که داشتن یک کودک دارای ناتوانی ذهنی، مثبت اندیشی و سلامت روانی مادر را کاهش می‌دهد. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز حاکی از آن است که مادران دارای کودکان دارای ناتوانی ذهنی، وضعیت سلامت پایین‌تری نسبت به مادران دارای کودکان بدون ناتوانی ذهنی دارند(۹،۱۰). برای مثال، محمودی (۶) در مطالعه خود متوجه شد که مادران کودک دارای معلولیت ذهنی در متغیرهای نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی، ابعاد آنها و اجتناب تجربه ای از مادران کودک عادی نمرات بالاتری می گیرند و بیشتر احتمال دارد که از شیوه های منفی و ناکارامد مقابله با فشار روانی استفاده کنند. نامجویان شیرازی و



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

کشاورز (۱۱) نیز در پژوهش خود متوجه شدند که مادران دارای کودک معلول ذهنی فشار روانی بیشتری نسبت به مادران کودک عادی تحمل می کنند.

مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی استرس‌های منحصر به فردی را تجربه می‌کنند. برای مثال، وایکلر، ویسو و هاتفیلد (۱۲) در پژوهش خود روی خانواده‌های دارای کودک عقب‌مانده ذهنی، چهار عامل استرس‌آور که والدین این کودکان با آن‌ها درگیر هستند را شناسایی کردند: ۱) غم، ۲) مسئولیت مراقبت طولانی از کودک، ۳) تعاملات اجتماعی نامناسب و ۴) نداشتن الگویی برای فرزندپروری. تجربه کردن این عوامل استرس‌زا موجب می‌شود آن‌ها نسبت به مادران دارای کودکان طبیعی از سبک‌های مقابله با استرس متفاوتی نیز استفاده کنند. رودریگ و همکارانش (۱۳،۱۴) در مطالعات خود نتیجه گرفتند که والدین کودکان مبتلا به نشانگان داون نسبت به والدین کودکان عادی، بیشتر از سبک‌های مقابله مسئله‌محور استفاده می‌کردند و احتمال بیشتری وجود داشت تا آن‌ها در پی اطلاعاتی برای حل مشکل خود برآیند و در جستجوی حمایتی بیرون از خانواده باشند. آن‌ها همچنین نشان دادند که هم پدران و هم مادران دارای کودک مبتلا به نشانگان داون نسبت به والدین دارای کودک عادی بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کردند. مارگالیت، راویو و آنکونینا (۱۵) نیز نشان دادند که والدین دارای کودک ناتوان ذهنی نسبت به والدین دارای کودک عادی بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کردند (۱۶).مذهب‌گرایی نیز به نظر می‌رسد نقش مهمی در زندگی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی داشته باشد. پژوهش ها نشان داده است که داشتن معنا در زندگی و ایمان به خدا راهبردی موثر جهت کنارآمدن با پیشامدهای چالش برانگیز زندگی است و به افراد می آموزد تا کنش های مثبتی در مواجهه با شرایط ناخوشایند داشته باشند (۱۷). کنعانی و گودرزی در پژوهش خود متوجه شدند که معنادرمانی اسلامی سبب می شود مادران کودک معلول ذهنی در مولفه های تاب آوری و سازگاری اجتماعی بهبود معناداری داشته باشند (۱۸). میلتیادز و پروچنو (۱۹) ۷۱ مادران سیاه‌پوست دارای کودک ناتوان ذهنی را با ۷۱ مادر سفیدپوست دارای کودک ناتوان ذهنی مقایسه کردند. آن‌ها دریافتند که مادران سیاه‌پوست نسبت به مادران سفیدپوست بیشتر از مقابله مذهبی استفاده می‌کردند و مقابله مذهبی در آن‌ها با رضایت از مراقبت رابطه مثبت داشت (۲۰). این مطالعه نشان از تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی در رابطه بین مذهب و رضایت از مراقبت مادران دارد.

در نهایت ویژگی‌های شخصیتی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نیز به نظر می‌رسد متفاوت از ویژگی‌های شخصیتی مادران کودکان طبیعی باشد. مطالعات نشان می‌دهد که نگهداری طولانی‌مدت از کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مقابله با مشکلات متعددی که در طول دوره طولانی نگهداری از کودکان دارای ناتوانی ذهنی متوجه مادران آن‌ها است ممکن است موجب بروز ویژگی‌های شخصیتی خاص در طولانی‌مدت در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی شود (۲۳-۲۱). رز، دیوید و جونز(۲۴) رابطه مستقیمی را میان روان‌نژندی و استرس در مراقبان کودکان دارای ناتوانی ذهنی گزارش کردند. علی و همکارانش(۲۵) نیز گزارش کردند که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نمره بیشتری را در روان‌نژندی نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند که نشان می‌دهد آن‌ها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند (۲۰).



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

تحقیقات نشان می‌دهند که سطوح استرس والدین و مشکل در عملکرد خانوادگی در خانواده‌های دارای کودک دارای ناتوانی ذهنی، یک واکنش غیرقابل اجتناب نسبت به داشتن کودک ناتوان نیست (۲۶،۲۷).

بنابراین، شناسایی ویژگی‌های خاص مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی که آن‌ها را از مادران کودکان طبیعی متمایز می‌کند می‌تواند به متخصصین برای کمک به آن‌ها در بهبود وضعیت سلامت و شرایط زندگی خود و کودکشان یاری رساند. هدف از مطالعه حاضر مقایسه سلامت عمومی، سبک‌های مقابله با استرس، گرایش‌های مذهبی و ابعاد شخصیت مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی بود. با توجه به این هدف، فرضیات زیر تنظیم شدند: ۱- سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی کمتر از مادران کودکان طبیعی است. ۲- مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی بیشتر از سبک‌های هیجان‌محور و کمتر از سبک‌های مقابله مسئله‌محور استفاده می‌کنند. ۳- گرایش‌های مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی بیشتر از مادران دارای کودکان طبیعی است. ۴- کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی نمرات بیشتری در روان‌رنجور خویی و نمرات کمتری در برون‌گرایی، گشودگی، وجدانی بودن و توافق دارند.

## روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش عبارت بود از تمامی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و کودکان طبیعی ۱۳-۶ ساکن تهران. نمونه پژوهش شامل ۱۲۴ نفر از مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی می‌شد که ساکن تهران بودند و به صورت تصادفی خوشه‌ای با مراجعه به مراکز توان بخشی شهر تهران انتخاب شدند. بدین صورت که از بین تمام مراکز توان‌بخشی کودکان دارای ناتوانی ذهنی شهر تهران، ۴ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و نمونه پژوهش از بین مادران کودکان مراجعه‌کننده به آن مراکز انتخاب شدند. مطالعات نشان می‌دهند که وضعیت اجتماعی- اقتصادی در وضعیت سلامت مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی تأثیر گذر است (۲۶). به همین دلیل ما قصد داشتیم نمونه‌ای انتخاب کنیم که از لحاظ وضعیت اجتماعی- اقتصادی تا حدی شبیه به هم باشند. این کار بر مبنای گزارش شرکت‌کنندگان از سطح درآمد خانوادگی‌شان انجام شد. با توجه به برخی از ویژگی های جمعیت شناختی اثرگذار بر روی وضعیت سلامت مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی(۳۰-۲۸)، مادرانی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند که متأهل بودند، دامنه سنی آن‌ها بین ۵۰-۲۵ سال بود و کودکان آن‌ها دارای ضریب هوشی ۵۰-۲۵ بودند و در دامنه سنی ۶-۱۳ سال قرار داشتند. ۱۲۴ مادر دارای کودک طبیعی نیز به صورت تصادفی خوشه‌ای با مراجعه به ۳ مرکز آموزش کودکان با رشد طبیعی همان منطقه‌ای که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی ساکن آن بودند انتخاب شدند. مادران کودکان طبیعی نیز از بین شرکت‌کنندگانی انتخاب شدند که متأهل بودند، دامنه سنی آن‌ها بین ۵۰-۲۵ سال بود و کودکان آن‌ها در دامنه سنی ۱۳-۶ سال قرار داشتند. تمام مادران از کودک خود در منزل و کنار دیگر اعضای خانواده مراقبت می‌کردند.

ابتدا با مسئولان و مربیان مراکز آموزشی کودکان دارای ناتوانی ذهنی در منطقه شهری مورد نظر هماهنگ و اهداف پژوهش



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

برای آن‌ها تشریح شد. سپس با همکاری کارکنان آموزشی این مراکز، مادران ۵۰-۲۵ ساله کودکان دارای ناتوانی ذهنی که کودک آن‌ها دارای ضریب هوشی ۵۰-۲۵ بودند و در دامنه سنی ۱۳-۶ سال قرار داشت، شناسایی شدند و ۱۲۴ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. مادران کودکان طبیعی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند نیز به همین شیوه با مراجعه به مراکز آموزشی کودکان با رشد طبیعی انتخاب شدند. با شرکت‌کنندگان پژوهش یک جلسه گروهی تشکیل شد و توضیحاتی را درباره تحقیق، اهداف، مزیت‌های آن و نحوه کامل کردن پرسشنامه‌ها به آن‌ها ارائه شد و در نهایت به مادران نسبت به محرمانه ماندن مشخصات و اطلاعاتی که در اختیار پژوهشگران می‌گذاشتند اطمینان داده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌های بدست آمده به کمک روش های آماری توصیفی و آزمون t نمونه‌های مستقل تحلیل شد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلیر(۳۱) طراحی نمودند تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان‌دهنده چهار خرده مقیاس علائم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکرد های اجتماعی و افسردگی است که هر خرده مقیاس هفت پرسش را در بر می‌گیرد. این آزمون علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده علائم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. علوی (۳۲) در پژوهشی که روی هنجاریابی و بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی انجام داد، ضریب آلفای پرسشنامه را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با چهار خرده مقیاس آزمون SCL-90، ۰/۶۹ بدست آورد. هم چنین وی اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۶۲ گزارش کرد.

پرسشنامه سبک های مقابله (WOCQ): این پرسشنامه که توسط فولکمن و لازاروس (۳۳) طراحی‌شده، شامل ۶۶ ماده است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این پرسش نامه هشت روش مقابله را ارزیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله مسئله‌محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت و سبک های مقابله هیجان‌محور شامل رویارویی، دوری‌گزینی، خویشتن‌داری و گریز- اجتناب می‌شود که در زیر تعریف هر یک از آن‌ها می‌آید: جستجوی حمایت اجتماعی تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که در جستجوی حمایت اطلاعاتی و هیجانی از اطرافیان هستند. مسئولیت‌پذیری، پذیرش نقش خویش در مشکل است که با تلاش در جهت قرار دادن هر چیز در جای درست همراه است. حل مدبرانه مسئله توصیف‌کننده تلاش‌های اندیشمندانه مشکل‌مدار جهت تغییر موقعیت است که با روی‌آوری به تحلیل مسئله همراه است. ارزیابی مجدد مثبت توصیف‌کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی معنای مثبت می‌آفرینند. رویارویی توصیف‌کننده تلاش‌های پرخاشگرانه جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطر طلبی را ارائه می‌دهد. دوری گزینی توصیف‌کننده تلاش‌های شناختی برای جدا کردن خویش و به حداقل رساندن اهمیت موقعیت است. خویشتن‌داری تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کنند. گریز-



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

اجتناب توصیف‌کننده تفکر آرزویی و تلاش‌های رفتاری جهت گریز یا اجتناب از مشکل است. این مقیاس با مقیاس دوری گزینی که بیانگر گسیختگی می‌باشد متفاوت است. ثبات درونی مقیاس ها را از ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ برای هر یک از روش های مقابله بدست آورد. هاشم زاده (۳۴) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ بدست آورد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی (IRS): مقیاس جهت‌گیری مذهبی توسط بهرامی احسان (۳۵) در ایران ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۶۴ آیتم است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به منظور بررسی روایی سازه و نیز تحلیل ساختارهای عاملی آزمون، روش تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی و در چرخش با استفاده از روش مایل مستقیم، تحلیل تکرار شد. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس از چهار عامل مذهب‌گرایی، سازمان نایافتگی مذهبی، ارزنده‌سازی مذهبی، و کامجویی اشباع شده است(۳۶). عامل جهت‌گیری مذهبی از گویه‌هایی تشکیل شده است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم رابطه عمیق و قلبی با خدا، رابطه با مردم بر اساس آموزه‌ای دینی، اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی و عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت را در بر می‌گیرد. عامل سازمان نایافتگی یا استقرار نایافتگی مذهبی از گویه‌ها و ماده‌هایی تشکیل شده است که ویژگی عمومی آن تردید، دودلی، ناخوشنودی از زندگی و حیات و پریشانی خاطر است. معنای عمومی مواد موجود در گویه‌های عامل ارزنده‌سازی مذهبی یا مناسک‌گرایی غالباً با ارزیابی مثبت و همراه با قیدهای جدی در مناسک مذهبی و ارزنده‌سازی مذهبی است. معنای عمومی و غالب عامل کامجویی شامل مضامینی نظیر لذت‌طلبی و ترجیح آن، عدم اعتقاد عمومی به مذهب، تفسیر شخصی از دستورات مذهبی و لذت‌جویی است(۳۷). ضریب پایایی این فرم بین ۰/۹۱ و ۰/۸۵ بود، هم چنین روایی محتوایی و سازه آن نیز بررسی و تأیید شده است(۳۲).

پنج عامل شخصیت (R-FFI-NEO): این آزمون توسط کاستا و مک‌کر (۳۸) طراحی‌شده و دارای ۶۰ عبارت است که پنج عامل بزرگ شخصیت، شامل روان‌رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی، برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی، گشودگی به تجربه‌ها یا اندیشه‌ها، توافق در برابر تقابل و وجدانی‌بودن یا گرایش به کار را می سنجد(۳۹). کیامهر(۳۹) در پژوهشی به هنجاریابی این پرسشنامه در دانشجویان علوم انسانی دانشگاه‌های تهران پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد که این پرسشنامه دارای پایایی و روایی قابل قبولی است و با اندکی تفاوت دارای همان ساختار عاملی است که در کشورهای اروپایی و آمریکایی بدست آمده است. وی ضریب پایایی با روش همسانی درونی برای عوامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، وجدانی بودن، گشودگی و توافق به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۵۴ و ۰/۶۱ بدست آورد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای عوامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، وجدانی بودن، گشودگی و توافق به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۷۶ و به طور کلی تمام سؤالات ۰/۷۴ بدست آمد (۳۶).

نویسندگان اعلام می دارند که در کلیه مراحل اجرایی این مطالعه ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات زیر مقیاس‌های سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

طبیعی در جدول ۱ آورده شده است. نتایج آزمون t، برای مقایسه میانگین های زیرمقیاس‌های سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نیز در جدول ۱ آورده شده است.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، اختلاف بین میانگین خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی معنی‌دار است ($p<۰/۰۰۱$). بالاتر بودن میانگین خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نشانگر این است که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی از وضعیت سلامت عمومی پایین‌تری برخوردارند.

جدول ۲، میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون مقایسه میانگین‌های سبک‌های مقابله با استرس را در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اختلاف بین میانگین‌های سبک‌های مقابله رویارویی، دوری گزینی، جستجوی حمایت اجتماعی در سطح $p<۰/۰۵$ و اختلاف بین میانگین سبک مقابله اجتناب در سطح $p<۰/۰۰۱$، در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی معنی‌دار است. با توجه به بالاتر بودن مقدار میانگین این سبک‌های مقابله در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی، می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی به طور معنی‌داری بیشتر از سبک های مقابله رویارویی، دوری گزینی، جستجوی حمایت اجتماعی ($p<۰/۰۵$) و اجتناب ($p<۰/۰۰۱$) استفاده می کردند. به طور کلی مقایسه میانگین‌های سبک‌های مقابله مسئله محور در دو گروه نشان می‌دهد که بین میزان استفاده از سبک‌های مقابله مسئله محور در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$)، اما مقایسه میانگین‌های سبک های مقابله هیجان محور در مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی و مادران کودکان طبیعی اختلاف معناداری را نشان می‌دهد ($p<۰/۰۰۱$). بنابراین با توجه به بالاتر بودن میانگین سبک‌های مقابله هیجان محور در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی به طور معنی‌داری بیشتر از مادران کودکان طبیعی از سبک‌های مقابله هیجان‌محور استفاده می کنند.

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین‌های گرایش‌های مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی در جدول ۳ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین مذهب‌گرایی و ارزنده‌سازی مذهبی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$)، اما مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی سازمان‌نایافتگی بیشتری دارند ($p<۰/۰۵$). از طرفی، معنی‌دار بودن آزمون t برای مقایسه میانگین کامجویی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی و بالاتر بودن میانگین کامجویی در مادران کودکان طبیعی نشان می‌دهد که ویژگی کامجویی در مادران کودکان طبیعی به طور معنی‌داری بیشتر از مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی است ($p<۰/۰۱$).



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

جدول ۱: مقایسه میانگین های خرده مقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و کودکان طبیعی

| متغیرها | مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی میانگین ± انحراف استاندارد | مادران کودکان طبیعی میانگین ± انحراف استاندارد | نمرات t | درجه آزادی df | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| علائم بدنی | ۷/۰۶ ± ۴/۰۸ | ۴/۴۰ ± ۲/۹۵ | ۵/۸۹ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| اضطراب | ۷/۸۸ ± ۴/۶۲ | ۵/۵۶ ± ۲/۷۹ | ۴/۷۹ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| اختلال در کارکرد های اجتماعی | ۷/۶۸ ± ۳/۶۳ | ۶/۱۰ ± ۲/۶۴ | ۳/۹۲ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| افسردگی شدید | ۴/۵۲ ± ۴/۹۸ | ۱/۴۳ ± ۱/۹۸ | ۶/۴۲ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| نمره کل | ۲۷/۲۹ ± ۱۴/۷۳ | ۱۷/۴۹ ± ۷/۰۷ | ۶/۶۸ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |

جدول ۲: مقایسه میانگین های سبک های مقابله در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی

| متغیرها | مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی میانگین ± انحراف استاندارد | مادران کودکان طبیعی میانگین ± انحراف استاندارد | نمرات t | درجه آزادی df | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| رویارویی | ۶/۲۴ ± ۲/۹۵ | ۵/۴۱ ± ۲/۵۴ | ۲/۳۷ | ۲۴۶ | ۰/۰۱۸ |
| دوری گزینی | ۵/۹۱ ± ۲/۷۶ | ۵/۱۶ ± ۲/۸۶ | ۲/۰۸ | ۲۴۶ | ۰/۰۳۹ |
| خویشتن‌داری | ۹/۷۹ ± ۲/۸۲ | ۹/۰۸ ± ۳/۶۸ | ۱/۷۰ | ۲۴۶ | ۰/۰۹۰ |
| جستجوی حمایت اجتماعی | ۸/۷۸ ± ۳/۵۱ | ۷/۶۱ ± ۳/۶۹ | ۲/۵۶ | ۲۴۶ | ۰/۰۱۱ |
| مسئولیت‌پذیری | ۴/۳۳ ± ۲/۱۸ | ۴/۳۶ ± ۲/۱۶ | -۰/۱۲ | ۲۴۶ | ۰/۹۰۷ |
| اجتناب | ۷/۶۷ ± ۳/۲۷ | ۵/۵۹ ± ۳/۰۱ | ۵/۲۱ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰ |
| حل مسئله | ۶/۶۸ ± ۲/۶۰ | ۶/۹۲ ± ۲/۷۶ | -۰/۷۱ | ۲۴۶ | ۰/۴۷۸ |
| ارزیابی مجدد مثبت | ۱۰/۳۶ ± ۳/۵۶ | ۱۰/۶۲ ± ۳/۹۲ | -۰/۵۵ | ۲۴۶ | ۰/۵۸۸ |
| سبک های مقابله مسئله محور | ۳۰/۱۵ ± ۸/۶۸ | ۲۹/۵۲ ± ۹/۹۵ | ۰/۵۴ | ۲۴۶ | ۰/۵۹۲ |
| سبک های مقابله هیجان محور | ۲۹/۶۱ ± ۷/۱۹ | ۲۵/۲۵ ± ۸/۲۶ | ۴/۴۳ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

جدول ۳: مقایسه میانگین های گرایش های مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی

| متغیرها | مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی میانگین ± انحراف استاندارد | مادران کودکان طبیعی میانگین ± انحراف استاندارد | نمرات t | درجه آزادی df | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| مذهب گرایی | ۹۵/۹۳ ± ۱۸/۹۲ | ۹۷/۴۳ ± ۱۱/۵۵ | -۰/۷۶ | ۲۴۶ | ۰/۴۵۰ |
| ارزنده سازی مذهبی | ۲۰/۴۳ ± ۶/۶۴ | ۲۰/۱۶ ± ۶/۶۰ | ۰/۰۹ | ۲۴۶ | ۰/۹۳۱ |
| سازمان نایافتگی مذهبی | ۲۹/۳۸ ± ۱۳/۰۲ | ۲۵/۷۵ ± ۱۰/۶۲ | ۲/۴۰ | ۲۴۶ | ۰/۰۱۷ |
| کامجویی | ۱۴/۵۰ ± ۴/۳۱ | ۱۶/۱۰ ± ۴/۴۷ | -۲/۸۶ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۵ |

جدول ۴: مقایسه میانگین های ابعاد شخصیت در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی

| متغیرها | مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی میانگین ± انحراف استاندارد | مادران کودکان طبیعی میانگین ± انحراف استاندارد | نمرات t | درجه آزادی Df | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| روان رنجور خویی | ۳۲/۸۹ ± ۷/۸۱ | ۱۸/۲۷ ± ۵/۹۸ | ۵/۲۳ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| برون‌گرایی | ۲۶/۷۵ ± ۷/۵۷ | ۲۹/۸۵ ± ۵/۶۴ | -۳/۶۵ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| گشودگی | ۲۳/۸۹ ± ۴/۲۴ | ۲۵/۲۸ ± ۴/۰۴ | -۲/۶۴ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۹ |
| توافق | ۳۰/۶۱ ± ۴/۷۸ | ۳۲/۲۰ ± ۴/۴۲ | -۲/۷۱ | ۲۴۶ | ۰/۰۰۷ |
| وجدانی بودن | ۳۵/۳۹ ± ۷/۴۳ | ۳۷/۵۲ ± ۵/۷۸ | -۲/۵۱ | ۲۴۶ | ۰/۰۱۳ |

جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون مقایسه میانگین های ابعاد شخصیت را در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، با توجه بالاتر بودن میانگین روان‌رنجورخویی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و معنی‌دار بودن آزمون t، نتایج نشان می‌دهد که روان‌رنجورخویی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی به طور معنی‌داری بیشتر است. مقایسه میانگین‌ها در چهار بعد دیگر شخصیت، یعنی برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وجدانی بودن نشان می‌دهد که این ابعاد شخصیت در مادران کودکان طبیعی به طور معنی‌داری بیشتر از مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی است. اختلاف بین میانگین‌های وجدانی‌بودن در سطح $p<۰/۰۵$، گشودگی و توافق در سطح $p<۰/۰۱$ و برون‌گرایی در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنی‌دار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه میانگین‌های نمرات زیر مقیاس‌های GHQ در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نشان می‌دهد که میانگین نمرات در مادران کودکان دارای ناتوانی



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

ذهنی به طور معنی‌داری بیشتر از مادران کودکان طبیعی است (جدول ۱). به دلیل اینکه بالا بودن نمرات در GHQ، نشان دهنده وضعیت سلامت عمومی پایین است، می‌توان گفت که سلامت عمومی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی به طور معنی‌داری پایین‌تر از سلامت عمومی مادران کودکان طبیعی است.

این یافته با نتایج مطالعات فلوید و کالاگر(۶)، السون و هوانگ (۲۹)، ایمرسون (۳) قمری (۱۰) و کوهسالی و همکاران (۹) همسو است. نتایج آزمون t برای مقایسه سبک‌های مقابله در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی به طور معنی‌داری بیشتر از مادران کودکان طبیعی از سبک‌های مقابله رویارویی، دوری‌گزینی، جستجوی حمایت اجتماعی و اجتناب استفاده می‌کردند. به عبارت دیگر، مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرتنش و استرس‌زا بیشتر تمایل داشتند که به صورت پرخاشگرانه موقعیت را تغییر دهند، خود را از موقعیت جدا کنند و اهمیت موقعیت را به حداقل برسانند و به طور کلی از مواجهه با موقعیت های پر استرس اجتناب کنند. هم چنین آن‌ها برای مقابله با مشکلات خود به دنبال دریافت حمایت‌های فکری و عاطفی از سوی دیگران بودند. مارگالیت، راویو و آنکونینا (۱۴) نیز نشان دادند که والدین دارای کودک ناتوان ذهنی نسبت به والدین دارای کودک عادی بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کردند. از بین این چهار سبک مقابله، سبک‌های مقابله رویارویی، دوری‌گزینی و اجتناب جزء سبک‌های مقابله هیجان‌محور و سبک مقابله جستجوی حمایت اجتماعی جزء سبک‌های مقابله مسئله‌محور طبقه‌بندی می‌شوند. نتایج نیز نشان‌دهنده این بود که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی، به طور کلی بیشتر از سبک‌های مقابله هیجان‌محور استفاده می‌کردند. این یافته ناهمسو با یافته‌های رودریگ و همکارانش (۱۲) بود. آن‌ها در مطالعه خود دریافتند که والدین کودکان مبتلا به نشانگان داون نسبت به والدین کودکان طبیعی، بیشتر از سبک های مقابله مسئله محور استفاده می‌کردند و احتمال بیشتری وجود داشت تا در پی اطلاعاتی برای حل مشکل خود برایند و در جستجوی حمایتی بیرون از خانواده باشند. سبک‌های مقابله مسئله‌محور زمانی موثر هستند که موقعیت استرس‌زا قابل کنترل باشند(۳۹). والدین کودکان دارای ناتوانی ذهنی به علت اینکه مدت زیادی درگیر مشکلات ثابت کودکشان هستند، انتظار می‌رود بعد از مدتی در کنترل کردن کردن نیازهای مراقبتی کودکشان خبره می‌شوند(۴۰) و بنابراین بیشتر از سبک‌های مقابله مسئله‌محور برای مقابله با مشکلات مراقبت از کودک خود استفاده کنند. یکی از دلایل استفاده زیادتر مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی از سبک های مقابله هیجان‌محور، احتمالاً عدم آموزش مادران در این زمینه توسط نهادهای مسئول است به طوری که مادران هنوز نتوانسته‌اند مشکلات ثابتی که در نگهداری کودک خود با آن‌ها مواجه‌اند را کنترل کنند.

مقایسه میانگین‌های نمرات گرایش های مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و مادران کودکان طبیعی نشان می‌دهد که میانگین نمرات مذهب‌گرایی و ارزنده‌سازی مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی تفاوت معنی‌داری با



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

مادران کودکان طبیعی ندارد، اما مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی از سازمان نایافتگی مذهبی بیشتر و کامجویی بیشتری نسبت به مادران کودکان طبیعی برخوردارند. پایین‌تر بودن نمرات کامجویی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نشان‌دهنده این است که آن‌ها نسبت به مادران کودکان طبیعی از اعتقادات مذهبی بیشتری برخوردارند و بیشتر به دستورات مذهبی عمل می‌کنند. این یافته، با پژوهش کافمن، کمپل و آدامز(۲۰) و میلتیادز و پروچنو (۱۸) همسو است؛ اما بالاتر بودن نمرات سازمان‌نایافتگی مذهبی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نشان‌دهنده این است که آن‌ها نسبت به مادران کودکان طبیعی از زندگی ناخشنودترند و از فقدان معنی در زندگی رنج می‌برند. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که برخی از مادران جوامع مذهبی که از ثبات مذهبی مناسبی برخوردار نیستند، ممکن است تولد کودک ناتوان ذهنی خود را نشانه عذاب و یا قطع رحمت خداوند بدانند و در نتیجه دچار سازمان‌نایافتگی مذهبی شوند.

مقایسه میانگین‌های دو گروه هم چنین نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نمرات بالاتری در روان‌نژندی و نمرات پایین‌تری در برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وجدانی بودن نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند. به عبارت دیگر، مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی، احساس گناه، برانگیختگی و خشم بیشتری را نسبت به مادران کودکان طبیعی تجربه می‌کردند و نسبت به آن‌ها برای فعالیت‌های مراقبتی کودک خود برنامه و هدف مشخصی نداشتند، از لحاظ اجتماعی گوشه‌گیر بودند و کمتر با کودک خود در اجتماع حاضر می‌شدند. این یافته با نتایج دور-شاو و هرویتس(۴۱) همسو بود. علی و همکارانش (۲۰) گزارش کردند که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نمره بیشتری را در روان‌نژندی نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند که نشان می‌دهد آن‌ها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند.

با توجه به مشکلات عدیده‌ای که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی خصوصاً در وضعیت سلامتشان با آن‌ها موجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای برداشتن مشکلات فراروی آن‌ها و ارتقاء وضعیت سلامتشان بیش از پیش احساس می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی هنوز در مقابله مناسب با مشکلاتی که به طور ثابت در مراقبت از کودک خود با آن‌ها مواجه می‌شوند، ضعف دارند و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب به آن‌ها، خصوصاً با استفاده از شیوه‌های مسئله‌محور به دلیل رابطه استفاده از این شیوه‌ها با وضعیت سلامت آن‌ها (۴۲)، ضروری است.

با توجه به اینکه سازمان‌نایافتگی مذهبی بیشتر در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی نسبت به مادران کودکان طبیعی نشان از عدم وجود معنی در زندگی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی است، آموزش مباحث وجودی بر اساس آموزه‌های مذهبی به والدین از زمان تولد کودک ناتوان خود، می‌تواند به آن‌ها در یافتن معنی برای زندگی خود کمک کند. هم چنین با توجه به ضعف سیستم خدماتی و آموزشی کودکان ناتوان ذهنی در ایران، لازم است تا برنامه‌ریزی بیشتر برای ارتقاء کیفیت خدمات آموزشی و مراقبتی به مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و کودکان آن‌ها انجام شود.

نتایج نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی از ثبات هیجانی کمتری برخوردارند، رفتارهای اجتماعی کمتری دارند و



[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

تمایل ندارند در جمع با کودک خود ظاهر شوند. بنابراین کمک به مادران برای پذیرش کودک خود و آموزش رفتارهای اجتماعی و نحوه کنترل تکانه‌های هیجانی خود می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند. در پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی فقط مادران کودک عقب‌مانده ذهنی بودند و لازم است که بررسی‌های مشابهی روی دیگر اعضای خانواده این کودکان نیز صورت گیرد.

هم چنین سطح عقب‌ماندگی (۵۰-۲۵) و محدوده سنی (۱۳-۶ سال) نیز ثابت نگه داشته شده بود که برای تعمیم یافته‌های بدست آمده، انجام بررسی های مشابه با سطوح دیگر عقب‌ماندگی ذهنی و گروه‌های سنی دیگر ضروری است.

**تضاد منافع**

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که در این تحقیق هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

**تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از تمامی مادران شرکت کننده در پژوهش حاضر و همچنین تمامی کارکنان و مربیان مراکز توان بخشی کودکان دارای ناتوانی ذهنی شهر تهران تشکر و قدردانی می گردد.

**Reference**

1-Laurvick CL. Physical and mental health of mothers caring for a child with rett syndrome.Coping Theory and Research: past, present and future. Psychosomatic Medicine . 2006; (55):243-7.

2-Emerson E, Robertson J, Wood J. Levels of psychological distress experienced by family carers of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.2004;17(2):77-84.

3-Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. Journal of Intellectual Disability Research.2003;47(5):385-99.

4-Zaher LK, Hattar-Pollara M. Nursing care of Arab children: Consideration of cultural factors. Journal of Podiatric Nursing.13;(6):349-55.

5-Heller T, Markwardt R, Rowitz L, Farber B.Adaptation of Hispanic families to a member with mental retardation. American Journal on Mental Retardation.1998;(99):289–300.

6-Mahmoodi A. Psychological profile of mothers of mentally retarded children. Psychological methods and models.2016; (2):116-30.[Persian]

7-Floyd FJ, Gallagher EM. Parental stress, care demands and use of support service for school-age children with disabilities and behavior problem. Family Relations.1997; (46):359-71.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

8-Emerson E. Poverty and children with intellectual disabilities in the world's richer countries. Journal of Intellectual and Developmental Disability.2004; 29:319–37.

9-Koohsali M, Mirzamani M, Karimloo M, Mirzamani MA. Comparison of social adjustment of mothers of educable retarded daughter. Journal of Behavioral Sciences.2008;2(2):172-65.

10-Ghamri M.Coping with stress and mental health than mothers of mentally retarded children with mothers having normal students in Tehran. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai,2003.[Persian]

11-Namjoyan shirazy F, Keshavarz R.Comparison of intensity of mental pressure and matrimony satisfaction in trainable mentally retarded children´s mothers with normal children´s mothers. Woman and society.2012; 16:129-46.[Persian]

12-Wikler L, Wasow M, Hatfield E. Chronic sorrow revisited: Parent vs. professional depiction of the adjustmen of parent of mentally retarded children. American Journal of Orthopsychiatry.1981;51(1):63-70.

13-Rodrigue JR,Morgan SB,Geffken GR.Families of autistic children: psychological functioning of mothers. Journal of clinical child psychology.1990;19(4):371-9.

14-Rodrigue JR, Morgan SB, Geffken GR. Psychological adaptation of father of children with autism, down syndrome, and normal development. Journal of Autism and Developmental Disorders.1992; 22(2), 249-63.

15- Margalit M, Raviv A,Ankonina DB. Coping and coherence among parents with disabled children. Journal of Clinical and Child Psychology.1992;21(3):202-9.

16-Nasiri H, Jokar B. Meaning fullness in life expectancy, life satisfaction and psychological health of women. Research of women.2008;3:157-76.[Persian]

17-Kannani k,Godarzi MA.Investigating the Effect of Islamic logo Therapy on the Improvement of Social adaptation and Resiliency in the Mothers of Mentally Retarded Children, Community health.2016;(1):52-62.[Persian]

18-Miltiades HB,Pruchno R. The effect of religious coping on caregiving appraisals of mothers of adults with developmental disabilities. Gerontologist.2002;42(1):82–91.

19-Khabaz M,Rezapour-Mirsaleh Y, A'bdi K, Safi MHA. Comparative Study between the Role of Religious Orientations and Personality Dimensions in the Prediction of coping Strategies in Mothers of Children with and Without Intellectual Disability.2011;(2):41-7.[Persian]

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

20-Kaufman AV, Campbell VA, Adams JPA. lifetime of caring:Older parents who care for adult children with mental retardation. Community Alternatives: International Journal of Family Care.1990;( 2):39–54.

21-O'Hanrahan S,Fitzgerald M,O'Regan M. Personality traits in parents of people with Autism. Irish Journal of Psychology and Medicine.1999; 16(2):59-60.

22-Koegel RL, Schreibman L,O'Nefll RE, Burke JC. The Personality and Family-Interaction Characteristics of Parents of Autistic Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology.1993;51(5):683-92.

23-Wolff S, Narayan S,Moyes B. Personality characteristics of parents of autistic children: A controlled study. Journal of Child Psychology and Psychiatry.1988; 29 (2):143-53.

24-Rose J,David G, Jones C. Staff who work with people who have intellectual disabilities: the importance of personality. Journal of Research in Intellectual Disabilities.2003;16 (4):267-77.

25-Ali MR. Parents of mentally retarded children: Personality characteristics and psychological problems. Social behavior and personality.1994; 22(1): 41-52.

26-Hastings RP, Allen R, Mcdermott K, Still D. Factors Related to Positive Perceptions in Parents of Children with Intellectual Disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.2002;15 (3):269-75.

27- Byrne EA, Cunningham CC. The Effects of Mentally Handicapped Children on Families: A Conceptual Review. Journal of Child Psychology and Psychiatry.1985; 26 (6):847-64.

28-Chen SC, Ryan-Henry S, Heller T, Chen EH. Health status of mothers of adults with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. 2001; 45 (5):439-49.

24-Smith GC, Tobin SS, Fullmer E. Elderly mothers caring at home for offspring with mental retardation: a model of permanency planning. American Journal of Mental Retardation.995; 99 (5):478-99.

29-Olsson MB, Hwang CP.Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research.2001; 45: 535-43.

30-Greenberg JS, Seltzer MM, Greenley JR. Aging parents of adults with disabilities: the gratification and frustrations of later-life caregiving. Gerontologist.1993; 33 (4): 542–50.

31-Goldberg DP,Hillier VF.A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine.1979; 9:139–45.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]

32-Alavi T. Standardization and characterization of the psychometric questionnaire on students in teacher training center in Tehran. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai. 2003. [Persian]

33-Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology.1985; 48:150-70.

34-Hashem Zadeh R. Comparison of coping styles and irrational beliefs of students and male students in Qom city 84. Master thesis, University of Allameh Tabatabai.2006. [Persian]

35-Bahrami Ehsan H.The relationship between religious orientation, anxiety and self-esteem, Journal of Psychology and Educational Sciences.2002;5(1):90-67.

36-Bahrami Ehsani H,Tashek A.The dimensions of the relationship between religious orientation and mental health, and assess the scale of religious orientation. Journal of Psychology and Education.2004:(2);63-41.[Persian]

37-Costa PT,McCrea RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO FiveFactor Inventory (NEO-FFI).Professional Manual.Odessa, FL: Psychology Assessment Resources.1992.

38-Kiamehr J. Five-Factor Inventory NEO-FFI_R standardization of forms and examine the factor structure of the (confirmatory analysis) among humanities students at Tehran University. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai, 2002. [Persian]

39-Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology.1984; 46 (4):839-52.

40-Seltzer M, Greenberg J, Krauss MM. A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. Psychology and Aging.1995; (10):64-75.

41-Dor-Shav NK, Horowitz Z. Intelligence and personality variables of parents of autistic children. Journal of Genetic Psychology, 1984; 144, 39-50.

42-Stanton AL,Tennen H, Affleck G, Mendola R. Coping and adjustment to infertility. Journal of Social and Clinical Psychology.1992;11(1):1-13.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v17i7.853 ]