

مقایسه تحمل پریشانی، سبک های دفاعی، پایبندی مذهبی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و کودکان عادی

زهره ناجیانی

کارشناسی ارشد روان سنجی (سنجش و اندازه گیری)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه تحمل پریشانی، سبک های دفاعی، پایبندی مذهبی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی صورت گرفت. روش پژوهش داده‌ها از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری کلیه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بودند. نمونه آماری شامل ۷۰ نفر که مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش پرسشنامه‌های، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، راهبردهای مقابله ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴) و پایبندی مذهبی جان بزرگی (۱۳۸۸) بود. پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای هر سه پرسشنامه بالای ۰/۷۰ به دست آمد. همین‌طور از روایی محتوای منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده به وسیله آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان دادند میانگین مولفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی، بالا تر از مادران دارای کودکان عادی بود. همچنین میانگین راهبردهای مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی و مهار هیجانی در مادرانی که دارای فرزند عقب مانده هستند، کمتر از مادران دارای کودکان عادی، در حالی که مادران دارای فرزندان سالم در راهبردهای حل مساله و ارزیابی شناختی نمره بالاتری بدست آورده اند. همچنین نتایج نشان داد که میزان پایبندی مذهبی مادران دارای فرزند عقب مانده بیشتر از مادران دارای کودکان عادی بود با این وجود میانگین دوسوگرایی و ناپایبندی مذهبی در هر دو گروه تقریباً یکسان بود.

واژه‌های کلیدی: تحمل پریشانی، سبک های دفاعی، پایبندی مذهبی.

مقدمه

در فرهنگهای مختلف، افرادی که نمی توانند به شیوه مطلوب خود را با نمودها و تقاضاهای محیطی - فرهنگی خود سازگار کنند، از نظر دیگران با تعاریف و ویژگی های خاصی به عنوان درمانده، ضعیف، ناتوان، عقب مانده و غیره شناخته می شوند و اغلب برجسب می خورند (افروز، ۱۳۸۱؛ درایدکس^۱، ۲۰۱۷). اصطلاح عقب ماندگی ذهنی، اصطلاحی است که برای اینگونه افراد به کار میرود. از آنجا که این اصطلاح موجب احساس تحقیر می شود و بار منفی بالایی دارد، در سالهای اخیر سعی شده که از بار منفی این اصطلاح کاسته و به جای آن از اصطلاح هایی نظیر ناتوانی ذهنی یا کم توانایی ذهنی استفاده شود. این کودکان تأخیر زیادی در یادگیری زبان، مهارتهای اجتماعی، مهارتهای سازشی، مراقبت از خود نظیر غذا خوردن و لباس پوشیدن و رشد مهارتهای حرکتی دارند (ملکیپور، ۱۳۸۶؛ مارتین و فراند^۲، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان می دهد، تشخیص عقب ماندگی مستقیماً بر کیفیت زندگی بیمار و مراقبان خانوادگی شان تاثیر می گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه های متفاوت تغییر می دهد (سائیگرو^۳، ۲۰۰۵)، به خصوص در مادرانی که کودک عقب افتادگی دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود روبرو می شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری می گردند (فلچر^۴، ۲۰۱۱؛ خوری^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش ها حاکی از این است که در مسیر این بیماری از لحظه تشخیص تا درمان، زنده ماندن یا عود و همچنین مراحل درمان، وقوع پریشانی بین ۳۵ تا ۴۵ درصد متغیر است (آنس^۶ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارلسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). بیش از ۵۸ درصد از خانواده های بیماران عقب مانده در طول درمان فرزندان سطوح قابل ملاحظه ای از پریشانی را تجربه می کنند (فیشبک^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). خانواده های این افراد در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی ها قرار می گیرند. این مشکلات اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می شوند (کودزی^۹ و همکاران، ۲۰۱۰). وجود مشکل در زندگی امری طبیعی است. در واقع، باید به این موضوع توجه کرد که هر مشکل مسئله ای است و هر مسئله راه حلی دارد. مهم این است که ما تصمیم بگیریم با مسائل مقابله کنیم و از راه منطقی با آن روبرو شویم (پهلویان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). لازاروس^{۱۱} (۱۹۷۱) آغازگر تفکر تقابلی در بررسی راهبردهای مقابله ای است. او راهبردهای مقابله ای را به دو دسته: مقابله متمرکز بر مساله و مقابله هیجان مدار، تقسیم می کند (لازاروس، ۲۰۰۰). منظور از مقابله کردن، تلاش هایی است که برای مهار و اداره کردن موقعیت های خطرناک و تنش زا انجام می دهیم. بی تردید اداره کردن امور منزل که یک بیمار عقب مانده در آن زندگی می کند کار چندان راحتی نیست. تقبل مسئولیت ها و نقش های مختلف در آن واحد می تواند سلامت روانی پدر و یا همه اعضای خانواده و گاه اطرافیان را به خطر اندازد (روماس و شارما^{۱۲}، ۲۰۰۴).

از طرفی رفتار مقابله ای با مشکلات از نظر ولیبی (۱۹۹۰) عبارت است از بیان مناسب به دور از اضطراب، که این مفهوم به ایستادگی برای احقاق حقوق انسانی باز می گردد (یانگ و چنگ^{۱۳}، ۲۰۱۱). اسمیت^{۱۴} (۲۰۰۵) از مقابله با مشکلات به عنوان یک حق برای هر فرد، یاد کرده است. مذهب نیز می تواند به عنوان یک منبع مقابله با تنیدگی های زندگی مورد توجه قرار

¹. Drydkis

². Martinet & Ferrand

³. Saegrove

⁴. Fletcher

⁵. Khoury

⁶. Anes

⁷. Carlson

⁸. Fischbeck

⁹. Kodzi

¹⁰. Pehlivan

¹¹. Lazarus

¹². Romas & Sharma

¹³. Yung & Chang

¹⁴. Smite

گیرد؛ بدین ترتیب انتظار می‌رود که مذهب و دستیابی به معنویت به عنوان بخش مهمی از زندگی مادرانی که کودکان عقب مانده دارند، بر ارتقای سلامت و بهزیستی آنان موثر باشد.

پارگامنت معتقد بود که افراد در خلا و بدون منابع با رویدادهای تنش‌گر زندگی روبرو نمی‌شوند بلکه آنان به سیستم باورها و اعمالی تکیه می‌کنند که عواطف ناشی از موقعیت‌های دشوار را کاهش می‌دهد. ضمن آن که فرد می‌تواند آنچه که در حال وقوع است را به خواست خداوند که می‌خواهد او را مورد امتحان قرار داده تا به او مطلبی را بیاموزد نسبت دهد و یا موفقیت‌ها و شکست‌های روزمره را به عنوان پاداش یا تنبیه الهی در نظر بگیرد (پارگامنت^۱، ۱۹۹۷). در بررسی ادبیات پژوهشی در این حیطه، نتایج پژوهش‌های مشابه‌ای مانند مک‌کلاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان پایان زندگی در خانواده‌های این افراد دارد. برخی از محققین نیز معتقدند که معنویت سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به فرد در کنار آمدن موثر با عقب مانده کمک می‌کند (بائر^۳ و همکاران، ۲۰۰۵).

با توجه به مطالب ارائه شده و روشن شدن نقش کلیدی تحمل پریشانی، مذهب و سبک‌های مقابله‌ای در زندگی خانواده‌های کودکان عقب مانده و عادی در این پژوهش برآنیم به بررسی مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله و پایبندی مذهبی در مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی بپردازیم؛ بنابراین پژوهش حاضر، در واقع در صدد پاسخدهی به این سوال اصلی خواهد بود: آیا بین تحمل پریشانی، سبک‌های دفاعی و پایبندی مذهبی در مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها نوع توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری کلیه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی بودند. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۷۰ نفر انتخاب شدند که ۳۵ نفر مادران کودکان عقب مانده (که طی شش ماه جهت معالجه فرزند خود به مراکز مشاوره مراجعه کرده و دارای پرونده در مراکز بودند) و تعداد افراد مقایسه‌نیز (مادران کودکان سالم) ۳۵ نفر بودند که این افراد از بین ملاقات کنندگان و همراهان بیماران انتخاب و از نظر ویژگیهای جمعیت شناختی (سن، تاهل، تحصیلات، طبقه اجتماعی-اقتصادی، تعداد فرزندان) با گروه مادران عقب مانده هم‌متا شدند. از جمله شرایط ورود نمونه‌های پژوهش، نداشتن اختلال زمینه‌ای روانی و مصرف نکردن هر نوع داروی روانپزشکی و همچنین حداقل سواد، داشتن پنجم ابتدایی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به شرح ذیل است.

- ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سوالات ۱، ۳، ۵ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سوالات ۲، ۴، ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات ۸، ۱۳، ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).
- سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۰ و ۰/۷۴، برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی (۱۳۸۸) در پایان نامه‌اش از این ابزار بهره‌گرفته است و آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی

^۱. Pargament

^۲. McClain

^۳. Bauer

مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس داری پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0/71$) و خرده مقیاس ها داری پایایی متوسطی (برای تحمل $0/54$ ، جذب $0/42$ ، ارزیابی $0/56$ تنظیم $0/58$) هستند (علوی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴): بیلینگز و موس در پی دستیابی به روش آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخهای مقابله، مقطعی از بزرگسالان را مورد مطالعه قرار دادند. از پاسخ دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا یک حادثه استرس زا را که به تازگی تجربه کرده اند در نظر آورند و با توجه به اینکه چگونه با آن رویداد درگیر شده اند، ۱۹ ماده پرسشنامه را به صورت بلی / خیر تکمیل کنند. پاسخهای مقابله با توجه به روایی صوری به مطالعه رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی تقسیم شد. در این مورد اعتبارهای همسانی درونی برای سه خرده مقیاس از $0/44$ تا $0/80$ گزارش شده است. با اینکه هیچ همبستگی معنی داری بین شدت و رویداد زندگی با مقابله به دست نیامد، اما نظرات مقابله به طور معناداری قدرت پیش بینی سطوح استرس را افزایش داد. آن دو در سال ۱۹۸۴ کار خود را با بررسی رفتارهای مقابله ای در گروهی از بیماران افسرده دنبال کردند. تعداد پاسخهای مقابله ای را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی / خیر یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه ای بکار بردند. بر حسب این انتخاب ۰ تا ۳ نمره به پاسخ فرد تعلق می گیرد. در این پرسشنامه جدید ۵ نوع راهبرد مقابله ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می باشد. مولفه های پرسشنامه شامل:

۱. مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی
۲. مقابله متمرکز بر حل مساله
۳. مقابله متمرکز بر هیجان
۴. مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی
۵. مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات

ضریب پایایی بازآزمایی آن $0/79$ گزارش شده است و برای خرده مقیاس حل مسأله $0/90$ ، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی $0/65$ ، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی $0/68$ ، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات $0/90$ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی $0/90$ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از $0/41$ تا $0/66$ گزارش شده است (حسینی قدمگانی، ۱۳۷۶).

پرسشنامه پایبندی مذهبی جان بزرگی (۱۳۸۸): این آزمون رفتارهای مذهبی را در موقعیت های بالینی می سنجد و متغیرهای مذهبی را در مداخله هایی که به نوعی از روش های مذهبی استفاده می کنند کنترل می نمایند. این آزمون از یک پرسشنامه ۶۰ سوالی تهیه شده است که سه عامل (پایبندی مذهبی، دوسوگرایی و ناپایبندی مذهبی) را مورد سنجش قرار می دهد. برای بررسی روایی محتوا همه ی گویه هایی که میزان مربوط بودن آنها از نظر دو نفر از داوران تایید نشده بود و یا نمره ی نهایی آن پس از محاسبه ی نظر داوران، کمتر از ۷۵ درصد بود، ابتدا حذف شد و پس از تقلیل متناوب گویه ها، فرم نهایی با ۶۰ سوال مورد تجزیه و تحلیل عاملی قرار گرفت. برای بررسی روایی سازه ابتدا با داده ها و $n=683$ نفر مورد تجزیه و تحلیل اکتشافی قرار گرفت. میزان مناسب بودن یا کفایت گروه نمونه با آزمون کیسرو، مایر و الکین (kmo) بررسی شد و عدد 897 درصد به دست آمد. برای محاسبه روایی، ملاک صورت اولیه این آزمون قبل از تحلیل عاملی با آزمون جهت گیری مذهبی آلپورت محاسبه گردید. ضریب همبستگی نمره های دو آزمون با $n=60$ از میان دانشجویان ۴۷ درصد محاسبه شد که در سطح $P < 0.01$ معنادار است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پایبندی مذهبی $878/$ ، دو سوگرایی $687/$ ، ناپایبندی مذهبی $725/$ ؛ و برای کل آزمون $816/$ محاسبه شد (ثناگویی و همکاران، ۱۳۹۰).

روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از آن که محقق داده‌ها را گردآوری کرد، استخراج و طبقه‌بندی نمود و جداول توزیع فراوانی و نسبت‌های توزیع را تهیه کرد باید مرحله جدیدی از فرآیند تحقیق که به مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها معروف است آغاز شود. محقق پس از استخراج اطلاعات به خلاصه کردن و طبقه‌بندی داده‌های آماری اقدام می‌نماید و این کار با تشکیل جداول توزیع فراوانی انجام می‌دهد. در این تحقیق در جهت آزمون فرضیه‌ها و تأیید یا رد آن‌ها از آزمون آماری تحلیل مانووا^۱ استفاده گردید.

یافته های پژوهش

اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جداول زیر ارائه شده است:

اطلاعات توصیفی تحمل پریشانی به تفکیک گروه در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی بر اساس گروه‌ها (n=70)

مادران دارای کودک عادی (n=35)		مادران دارای کودک عقب مانده (n=35)		گروه
SD	M	SD	M	تحمل پریشانی
۱/۷	۵/۳۸	۱/۷	۶/۰۲	تحمل
۲/۷	۷/۷	۲/۹	۹/۱۹	جذب
۴/۴	۱۴/۱	۴/۶	۱۸/۲	ارزیابی
۲/۲	۵/۹۹	۲	۷/۰۸	تنظیم
۵/۴	۳۳/۲۲	۵/۹	۴۰/۴۹	کل

چنانکه در جدول بالا ملاحظه می‌شود، میانگین هر چهار مؤلفه "تحمل پریشانی" در والدین مادران دارای فرزند عقب مانده، بیشتر از مادرانی است که دارای فرزند عادی هستند. مقایسه نمره کل تحمل پریشانی در دو گروه نیز بیانگر این نتایج است نمودار ستونی زیر نیز نتایج بالا را نشان می‌دهد.

راهبرهای مقابله‌ای به تفکیک گروه در جدول زیر ارائه شده است

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله‌ای بر اساس گروه (n=70)

مادران دارای کودک عادی (n=35)		مادران دارای کودک عقب مانده (n=35)		گروه
SD	M	SD	M	راهبردهای مقابله‌ای
۱/۲	۵/۴۶	۱/۳	۴/۳۱	حل مساله
۲/۸	۵/۴۹	۲/۷	۷/۲	مهار جسمانی
۱/۴	۳/۰۳	۱/۳	۵/۲	جلب حمایت اجتماعی
۳/۴	۱۶/۲۲	۲/۹	۱۹/۴۳	مهار هیجانی
۳	۹/۹	۱/۸	۷/۴۶	ارزیابی شناختی

^۱ MANOVA

بر اساس اطلاعات جدول بالا، میانگین راهبردهای "مهیار جسمانی"، "جلب حمایت اجتماعی" و "مهیار هیجانی" در مادران دارای فرزند عقب مانده بالاتر از مادرانی است که فرزند عادی دارند. این تغییرات در راهبردهای "حل مساله" و "ارزیابی شناختی" به نفع مادران دارای فرزند عادی است. این نتیجه در نمودار ستونی زیر نیز قابل استنباط می‌باشد.

پایبندی مذهبی به تفکیک گروه در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پایبندی مذهبی بر اساس گروه (n=70)

مادران دارای کودک عادی (n=35)		مادران دارای کودک عقب مانده (n=35)		گروه
SD	M	SD	M	مؤلفه‌ها
۱۴/۶	۱۰۳	۱۱/۲	۱۰۹/۷	پایبندی مذهبی
۹/۸	۵۳/۶۶	۸/۹	۵۳/۴۷	دوسوگرایی
۶/۹	۳۳/۳۳	۷/۳	۳۳/۹۷	نا پایبندی مذهبی

نتایج جدول بالا نشان‌دهنده نمره بالای مؤلفه "پایبندی مذهبی" در مادرانی است که دارای فرزند عقب مانده هستند. درحالی‌که در مؤلفه‌های "دوسوگرایی" و "نا پایبندی مذهبی"، هر دو گروه نمره تقریباً یکسانی کسب کرده‌اند. این نتایج در نمودار ستونی زیر نیز نشان داده شده است. در این بخش با توجه به ماهیت متغیره و روش پژوهش، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره (Manova) استفاده شد.

فرضیه اول: بین تحمل پریشانی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۴. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه تحمل پریشانی مادران دارای کودک عقب

مانده و مادران دارای کودک عادی

توان آزمون	حجم اثر	سطح معنی‌داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض شده	F	لاندا ویلکز	اثرات گروه
۱	۰/۲۹۶	۰/۰۱	۶۵	۴	۱۸/۴	۰/۷۰	گروه

چنانکه اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد، شاخص لاندا ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($Wilks\ Lambda = 0/70$)، $F=18/4$ ، $P=0/01$ ، $\eta^2 = 0/296$. به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که دست‌کم در ترکیب یکی از میانگین‌های مربوط به "تحمل پریشانی"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد.

فرضیه دوم: بین راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۵. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودک عقب

مانده و مادران دارای کودک عادی

اثرات	لانداى ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۲۶	۳۴/۳	۵	۵۹	۰/۰۱	۰/۷۴۴	۱

بر اساس اطلاعات جدول بالا شاخص لانداى ويلكز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($F=۳۴/۳$ ، Wilks Lambda = ۰/۲۶).

این نتیجه بدان معنی است که در مجموع، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. ($\eta^2 = ۰/۷۴۴$ ، $P= ۰/۰۱$)

فرضیه سوم: بین پایبندی مذهبی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۶. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه پایبندی مذهبی مادران دارای کودک عقب

مانده و مادران دارای کودک عادی

اثرات	لانداى ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۹۳	۴/۱	۳	۶۶	۰/۰۱	۰/۰۶۶	۰/۸۴

بر اساس اطلاعات جدول بالا شاخص لانداى ويلكز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($F=۴/۱$ ، Wilks Lambda = ۰/۹۳).

یعنی حداقل در یکی از سبک‌های مقابله با استرس تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. ($\eta^2 = ۰/۰۶۶$ ، $P= ۰/۰۱$)

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد بین تحمل پریشانی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد، همانطور که مشاهده شد؛ میانگین مؤلفه‌های "تحمل"، "جذب"، "ارزیابی" و "تنظیم" در مادران دارای فرزند عقب مانده، بالاتر از مادران دارای کودک عادی می‌باشد؛ بنابراین ۱ می‌توان نتیجه گرفت که "تحمل پریشانی" در مادرانی که کودک عقب مانده دارند بیشتر از مادران دارای کودک عادی است. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از تفاوت آزمودنی‌ها در ارزیابی، از طریق انتساب به گروه‌ها، قابل تبیین است. این رقم در مؤلفه‌های تحمل، جذب و تنظیم به ترتیب به ۳/۶، ۶/۶ و ۶/۴ درصد می‌رسد. تحقیقات نشان می‌دهد، تشخیص عقب مانده مستقیماً بر کیفیت زندگی بیمار و مراقبان خانوادگی‌شان تاثیر می‌گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه‌های متفاوت تغییر می‌دهد (سائیگرو، ۲۰۰۵)، به خصوص در مادرانی که کودک عقب مانده دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود روبرو می‌شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری می‌گردند (فلچر، ۲۰۱۱؛ خوری و همکاران، ۲۰۱۲).

بدیهی است زمانی که ابتلای کودک به عقب مانده تشخیص داده شود، می‌تواند بر ابعاد روانشناختی، عاطفی و جسمانی اعضای خانواده آنان تاثیرگذار باشد و بسیاری از ابعاد زندگی از جمله ابعاد جسمانی، روانی و مالی آنان را تغییر دهد و همچنین بر روابط اجتماعی آنان تاثیرگذار باشد (شمر، ۲۰۱۰). برخی از این مادران در سازگاری با تشخیص عقب مانده مشکل دارند که این مساله بر پریشانی‌روانی و مسیر آینده بیماری کودک تاثیرگذار است (لطفی کاشانی، ۲۰۱۱). یافته‌های برخی از پژوهشگران

از جمله کریر و همکاران (۲۰۱۴)، هیفانتیس و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به طور کلی مشکلات روانشناختی در بیماران عقب مانده و خانواده‌ی آنان، ۲۵ تا ۳۰ درصد است. پژوهش‌های دیگری نیز حاکی از این است که در مسیر این بیماری از لحظه تشخیص تا درمان، زنده ماندن یا عود و همچنین مراحل درمان، وقوع پریشانی بین ۳۵ تا ۴۵ درصد متغیر است (آنس و همکاران، ۲۰۱۳).

بیش از ۵۸ درصد از خانواده‌های بیماران عقب مانده در طول درمان فرزندشان سطوح قابل ملاحظه‌ای از پریشانی را تجربه می‌کنند (فیشبک و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین دیگر نتایج پژوهش نشان داد بین سبکهای دفاعی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد، همانطور که مشاهده شد؛ میانگین راهبردهای "مهار جسمانی"، "جلب حمایت اجتماعی" و "مهار هیجانی" در مادرانی که دارای فرزند عقب مانده هستند، بیشتر از مادران دارای کودک عادی، در حالی که مادران دارای فرزندان سالم در راهبردهای "حل مساله" و "ارزیابی شناختی" نمره بالاتری بدست آورده اند. در رابطه با نحوه‌ی رویارویی مادران کودکان عقب مانده با استرس و سبک‌های مقابله‌ای آنها، نتایج برخی از پژوهش‌ها (شعاع کاظمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خدامرادی و همکاران، ۱۳۹۲) نشان داد که مادران کودکان عقب مانده (نسبت به مادران کودکان سالم) از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و مادران کودکان سالم از سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج این پژوهش یافته‌های واتسون و پتینگل را مبنی بر عدم رویارویی موثر و مقابله مستقیم مادران کودکان عقب مانده با استرس و سرکوب کردن عکس‌العمل‌های عاطفی آنها را تایید می‌کند. همچنین یافته‌های موریس و گریب (۱۹۸۵) را مبنی بر این که مادران کودکان عقب مانده از سبک دفاعی انکار استفاده می‌کنند؛ تایید می‌شود زیرا سبک انکار نیز از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار است. با این حال نتایج این پژوهش با یافته‌های کاور و پزو (۱۹۹۳) را مبنی بر وجود تفاوت، در سبک مقابله‌ای ارزیابی مجدد مثبت، تایید نمی‌کند.

نتایج این پژوهشها نشان می‌دهند که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک و نابالغ نیز یک روند بحرانی را در مادران کودکان عقب مانده ایجاد خواهد کرد، بدین ترتیب که آنها تنش‌های خویش را یا سرکوب می‌کنند که همین ضربه مهلکی به روان آنها خواهد بود و یا با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نظیر جا به جایی، فراق‌کنی و تفرق، هم محیط اطراف خویش را با مشکل مواجه خواهند کرد و هم از لحاظ هویتی دچار اشکال خواهند شد. همچنین بین پایبندی مذهبی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد، همانطور که نشان داده شده میزان پایبندی مذهبی مادران دارای فرزند عقب مانده بیشتر از مادران دارای کودک عادی برآورد شده است. باین‌وجود میانگین دوسوگرایی و ناپایبندی مذهبی در هر دو گروه تقریباً یکسان است. در همین رابطه بارا و اشپیگل (۲۰۱۴)، در تحقیق خود نشان دادند بیمارانی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جست و جو ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی و اجتماعی، امید داشتن و شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، سریعتر بهبود می‌یابند و سلامت روانی بیشتری دارند. افزون بر این باورهای مذهبی تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهبود رفتارهای مربوط به سلامت دارد.

منابع فارسی

۱. ثناگوی، محمد. جان بزرگی، مسعود. مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه الگوهای ارتباطی زوجین با رضامندی زناشویی. فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، شماره ۹، صص: ۵۷-۷۷.
۲. جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۸). ساخت و اعتبار یابی آزمون پایبندی مذهبی بر اساس گزاره های قرآن و نهج البلاغه. مطالعات اسلام و روانشناسی، صص: ۷۹-۱۰۷.
۳. خدامرادی، صادق؛ بشارت، محمدعلی و همتی، آزاد. (۱۳۹۲). مقایسه سبک های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با گروه غیربالینی. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره ۱۵، شماره ۳.
۴. شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ حقانی، سعیده؛ سعادت، معصومه و خواجه وند، آرامه. (۱۳۹۲). رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده و سبک های مقابله ای در سیر بهبودی بیماران سرطان پستان. فصلنامه بیماریهای پستان ایران، سال ششم، شماره چهارم.
۵. علوی، خدیجه. (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار سازمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
۶. افروز، غلامرضا. (۱۳۸۱). روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته گام. تهران: دانشگاه تهران، موسسه انتشارات و چاپ.

7. Anes, T, Dodd, M, Henriksen, N, & Rustoen, T. (2013). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer out patients. *Journal of Palliative and Supportive care*, 9 (1): 63- 72.
8. Bauer-Wu S, Farran CJ (2005). Meaning in life and psycho- spiritual functioning: A comparison of breast cancer Survivors and healthy Women. *J Holist Nurs* 2005; 23(2): 172-90
9. Carlson, L. E, Waller, A, Groff, S. L, Giese-Davis, J, & Bultz, B. D. (2013). What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-Oncology*, 22(1), 168-176.
10. Fischbeck, S, Maier, B. O, Reinholz, U, Nehring, C, Schwab, R, Beutel, M. E, & Weber, M. (2013). Assessing Somatic, Psychosocial, and Spiritual Distress of Patients with Advanced
11. Fletcher, P. C. (2011). My child has cancer: Finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 34(1), 40-55.
12. Hyphantis, T, Papadimitriou, I, Petrakis, D, Fountzilas, G, Repana, D, Assimakopoulos, K, ... & Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2009-2015.
13. Khoury, M. N, Huijer, H. A. S, & Doumit, M. A. A. (2012). Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 16-21.
14. Drydak, N (2017), Trans employees, transitioning, and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*. Volume 98, February 2017, Pages 1–16.
15. Krebber, A. M. H, Buffart, L. M, Kleijn, G, Riepma, I. C, Bree, R, Leemans, C. R, ...

- & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.
16. Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping.
 17. McClain, C. S, Rosenfeld, B, & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
 18. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
 19. Romas, J. A, & Sharma, M. (2004). *Practical Stress Management: A Comprehensive Workbook*. Pearson Higher Ed.
 20. Runesson I, Elander G(2007). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of pediatric nursing*;17(2):140-8.
 21. Saegrove, S. (2005). Health, quality of life and cancer. *IntNurs Rev*, 52(3): 533-40.
 22. Schmer, C. E. (2010). The effect of a cancer diagnosis on hope and resilience: A correlational, longitudinal study. UNIVERSITY OF MISSOURI-KANSAS CITY.
 23. Schmer, C. E. (2010). The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas
 24. Simoni, J. M, Marton, M. G, &Kerwin, J. (2002).Spirituality andpsychological adaptation among women with HIV/AIDS:Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*,49(2), 139-147.
 25. Simons, J. S, Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
 26. Simons.J.S and Gaher, R. M (2005). The distress tolerance scale: Development & Validation of a self report measure. *Motivation & emotion*. 20(9),83-102.
 27. Smite, C. E. (2005). The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas.
 28. Watson M, Pettingale K, Greer S (1984). Emotional control and automatic arousal in breast cancer patient. *J Psychosomatic Research* 1984; 28(6): 467-74
 29. Yung;c. Chang, H (2011). The coping process of patients with cancer European. *Journal of Oncology Nursing*; 14(4):112-5.

Study of Effectiveness of Hope Therapy Educational Package Based on Cognition and Spirituality on Increase of Hope and Planning Ability of Mothers of Children Suffering from Cancer

Zohreh Najiani

M.A Graduated in Department of Psychometric discipline (The field of measurement and measurement, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

Abstract

The present research was conducted to compare distress tolerance, defensive styles, and religious adherence in mothers of mentally retarded children and normal children. The research method was practical in terms of purpose and casual-comparative type in terms of data collection. The statistical population included all mothers of normal and mentally retarded children. The statistical sample included 70 individuals from mothers of normal and mentally retarded children that were selected based on available sampling method. The Research tools were Simons and Gahar's distress questionnaire (2005), Billings and Moos's coping strategies questionnaire (1984), and Janbozorgi's religious adherence (2009). The reliability of questionnaires was calculated by Cronbach's alpha and it was greater than 0.70 for the three questionnaires. Content validity was also used to test the validity of questionnaires and for this purpose the questionnaires were approved by due specialists. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics (multivariate analysis of variance). Findings indicated that mean of distress tolerance components (tolerance, absorption, evaluation and regulation) in mothers of the children suffering from mental retardation was greater than mothers of the normal children. Mean of physical inhibition strategies, attraction of social support, and emotional inhibition was less in mothers of the retarded from mothers of the normal, while mothers of the healthy children achieved greater scores in problem solving strategies and cognitive assessment. The results also indicated that religious adherence of mothers of the retarded was higher than those with normal children, and mean of ambivalence and religious unfaithfulness was almost the same in both groups.

Keywords: distress tolerance, defensive styles, religious adherence
