



Explaining the Parents' Attitudes toward the Children with Disabilities Based on Religious Belief and Social Support: the Mediation of Marital Satisfaction

■ Shiva Falahi Seresht¹ ■ Kamran Yazdanbakhsh² ■ Parviz Fadakar Gabloo³




- **Objective:** This study aimed to explain the parents' attitude towards their children with disabilities based on religious belief and social support through the mediating role of marital satisfaction.
- **Method:** This was a descriptive cross-sectional study. The statistical population included 200 parents of the students in the schools and care centers for the students with disabilities in Tabriz. The parents were selected through the available sampling method. They completed the questionnaires on parental attitude, marital satisfaction, social support, and religious belief. The software of SPSS-25 and AMOS-18 was used to analyze the data.
- **Findings:** The findings of the correlation coefficient showed that there was the highest correlation (0.59) between the positive parents' attitude towards the children with disabilities and religious belief. Furthermore, the findings of path analysis showed that the highest path coefficient was related to the effect of parents' attitudes through religious belief (0.38), as well as marital satisfaction, and social support (0.20) respectively.
- **Conclusion:** According to these findings, the strong religious belief of people in the society and marital satisfaction and social support will cause the parents to have positive attitudes towards their children and accept them better.

Keywords: parents' attitude, children with disabilities, religious belief, social support, marital satisfaction

Citation: Shiva Falahi Seresht, Kamran Yazdanbakhsh, Parviz Fadakar Gabloo.(2021). Explaining the Parents' Attitudes toward the Children with Disabilities Based on Religious Belief and Social Support: the Mediation of Marital Satisfaction , Applied Issues in Islamic Education, 6(1):53-72.

Received: 2021/01/25

Accepted: 2021/02/20

1. **Corresponding author:** An MA in Psychometrics, the Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: Falahi1370@gmail.com.  0000-0002-6938-7288
2. An Assistant Professor, the Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
E-mail: Kamran6@hotmail.fr.  0000-0002-6499-4783
3. A Ph.D. Student in Psychometrics, the Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: fadakar921@atu.ac.ir.  2020-03-30UTC





پژوهشگاه مطالعات
آموزش و پرورش



وزارت آموزش و پرورش
سازمان پژوهش
و برنامه‌ریزی آموزشی



پژوهشگاه
تعلیم و تربیت

تبیین نگرش والدین نسبت به فرزند معلول براساس باور مذهبی و حمایت اجتماعی: میانجی‌گری رضایت زناشویی

شیوا فلاحی سرشت* ■ کامران یزدانبخش** ■ پرویز فداکار گبلو*

چکیده

- هدف: هدف از پژوهش حاضر تبیین نگرش والدین نسبت به فرزند معلول براساس باور مذهبی و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی بود.
- روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی از نوع همبستگی است. برای انجام پژوهش ۲۰۰ نفر از والدین دانش‌آموزان افراد معلول در سطح شهرستان تبریز که در مدارس و مراکز نگهداری معلولین بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های نگرش والدین، رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی و باور مذهبی را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-25 و نرم‌افزار AMOS-18 استفاده شد.
- یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی نشان داد از بین عوامل ذکر شده بین نگرش مثبت والدین نسبت به فرزند معلول و باور مذهبی بالاترین میزان همبستگی (۰/۵۹) وجود دارد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد بزرگ‌ترین ضریب مسیر مربوط به تاثیر نگرش والدین از طریق باور مذهبی (۰/۳۸) بود و بعد از آن به ترتیب رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی (۰/۲۰) تأثیرگذار بودند.
- نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که باور مذهبی قوی افراد جامعه و رضایت زناشویی در بین زوجین و حمایت اجتماعی توسط اطرافیان باعث نگرش مثبت والدین نسبت به فرزند معلول و پذیرش بهتر آنها خواهد گردید.



تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

* کارشناسی ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: Falahi1370@gmail.com. ID 0000-0002-6938-7288

** نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

Email: Kamran6@hotmail.fr. ID 0000-0002-6499-4783

*** دانشجوی دکتری روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: fadakar921@atu.ac.ir. ID 2020-03-30UTC

روان‌کاوی کیفی: نگرش والدین، فرزند معلول، باور مذهبی، حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی

مقدمه

خانواده‌های کودکان معلول معمولاً فشار روحی و روانی قابل توجهی را تجربه می‌کنند (Peckham, Spalding, Watkins, Bruce-Barrett & et al, 2014). داشتن کودک با معلولیت بار سنگینی را بر دوش والدین می‌گذارد (Khanlou, Mustafa, Vazquez, Haque & et al, 2015). نمونه‌هایی از مشکلاتی که والدین دارای کودک معلول تجربه می‌کنند عبارتند از پاسخ‌گویی به مشکلات رفتاری کودک (Woodman, Mawdsley & Hauser-Cram, 2015)، انگ در بین بستگان (Werner & Shulman, 2015)، مشکلات مالی و اجتماعی (Resch, Mireles Benz, Grenwelge, Peterson & et al, 2010) و مشکلات آماده‌سازی کودک در دوران انتقالی مانند انتقال به مدرسه (Pears, Kim, Healey, Yoerger & et al, 2015). معلولیت و ناتوانی در کودکان ممکن است شامل اختلال طیف اوتیسم، ناتوانی در یادگیری، اختلالات شناختی یا سلامتی مزمن و اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی باشد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد این اختلالات سطح بالایی از پریشانی روان‌شناختی و استرس را در والدین کودکان معلول ایجاد می‌کند (Hayes, Dardas & Ahmad, 2014). Watson, 2013؛ Rayan & Ahmad, 2016). سطح بالای استرس در والدین کودکان معلول باعث افزایش مشکلات رفتاری کودک (Neece, Green & Baker, 2012) و افزایش درگیری‌های زناشویی، و در نتیجه افزایش نرخ طلاق را در پی دارد (Walsh & O'Leary, 2013؛ Namkung, Song, Greenberg, Mailick & et al, 2015). برخی از ویژگی‌های شخصیتی، محیطی یا مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند به‌عنوان عوامل مؤثر در برابر تنیدگی نقش داشته باشند این ویژگی‌ها شامل حمایت اجتماعی ادراک شده (Schroevers, Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010) و باورهای مذهبی (Akbari, Lotfi Kashani, Fallah, Keshmir & et al, 2012) می‌باشد. مطالعات قبلی نشان می‌دهند که مذهب بر سلامتی تأثیر می‌گذارد (Corallo, Bonanno, Formica, orallo & et al, 2019؛ Miri, Salehiniya, Tiyyuri, Bahlgerdi & et al, 2015).

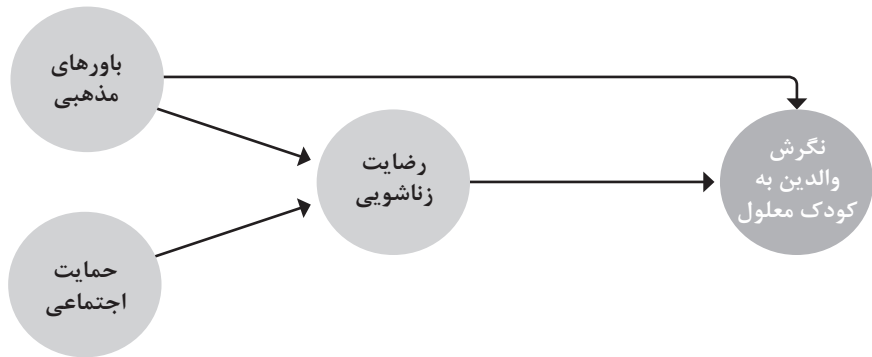
امروزه مذهب و معنویت و تأثیرات آنها بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی موضوع

بسیاری از تحقیقات و فعالیت‌های بالینی است (Miller, 2003). ادبیات تحقیق شامل میزان قابل توجهی از پژوهش‌هایی است که نشان‌دهنده ارتباط مذهب و معنویت با سلامت جسمانی و روانی هستند (Koenig & Larson, 2001؛ Simpson, Newman & Fuqua, 2007). مذهب از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه‌لحظه‌های عمر فراهم کند و در شرایط خاص با فراهم‌سازی تکیه‌گاه تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد. باورهای مذهبی شیوه مؤثری برای مقابله با مصایب و تجارب دردناک می‌باشد. همچنین در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها بر نحوه روابط انسانی نیز تأثیر دارد (صدیقی، معصومی و شاه‌سیاه، ۱۳۹۴).

بنابراین با توجه به اینکه اعتقادات مذهبی نگرشی مثبت و پیشگیرانه نسبت به مشکلات ایجاد می‌کند، در سال‌های اخیر توجه بیشتری به تأثیر باورهای مذهبی بر وضعیت سلامت روان شده است (Fakuori, Pilehvarzadeh, Shamsi, & Ghaderi, 2015). اعمال مذهبی به‌عنوان منبع حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کنند تا با مشکلات کنار بیایند (Cruz, Pincus, Welsh, Greenwald & etal, 2010). ساراسون معتقد است که حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که با ایجاد تصوّر مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی، اضطراب را کاهش می‌دهد، فرصت خودشکوفایی و رشد را برای فرد فراهم می‌آورد (Sarason, 1988). حمایت اجتماعی به‌عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با شرایط تنیدگی‌زا تحمل مشکلات را برای افراد آسان‌تر می‌کند (Lee, Yae Chung, Boog Park & Hong Chung, 2004). از دیگر متغیرهای پژوهش حاضر رضایت زناشویی می‌باشد که به‌عنوان متغیر میانجی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش (Burke & Hodapp, 2014؛ Ki & Joanne, 2014)؛ خدابنده، محمدی، تقی‌نژاد و جلالی (۱۳۹۵)؛ استون و شاکفلد نشان می‌دهد که رضایت زناشویی در بین والدین دارای کودک معلول پایین می‌باشد. رضایت زناشویی براساس کیفیت درک شده از تعامل بین افراد شکل می‌گیرد (Stone & Shackelford, 2007). عوامل تعیین‌کننده میزان رضایت زناشویی شامل میزان خوشبختی یک زن و شوهر و روابط آنها با یکدیگر، احساسات مربوط به ازدواج و عوامل مرتبط با عملکرد جنسی و وضعیت عاطفی می‌باشد (Cliford & Begstan, 1979؛ Tucker & Grady, 1991). وینچ معتقد است که رضایت زناشویی مهم‌ترین و اساسی‌ترین عامل برای پایداری و دوام

زندگی مشترک است (Winch, 1974). برخی از صاحب نظران در تعریف رضایت زناشویی، آن را تابع مراحل چرخه زندگی می‌دانند و رضایت زناشویی را احساس خشنودی، رضایت و لذت زن و شوهر در زمانی می‌دانند که همه جنبه‌های ازدواج خود را در نظر دارند. رضایت متغیری نگرشی است و به‌عنوان ویژگی فردی زن و شوهر محسوب می‌شود. با این تعریف رضایت زناشویی نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند (Ellis, 1996). باورهای مذهبی یکی از عوامل مهم در رضایت و سازگاری زناشویی است (صدیقی و همکاران، ۱۳۹۴) و بین مذهبی بودن و رضایت زناشویی همبستگی معناداری وجود دارد (مشیریان‌فراهی، اصغری ابراهیم‌آباد، مشیریان‌فراهی، رزاقی‌کاشانی و همکاران، ۱۳۹۵).

در زمینه اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت که وجود کودک معلول علاوه بر استرس‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری‌های جسمانی مانند درد و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در پی دارد. بطوری که والدین اختلال روانی، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند. وجود یک کودک معلول سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌گردد و هر قدر شدت معلولیت فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی نیز محدودتر می‌شود، هر چه سطح روابط اجتماعی این دسته از خانواده‌ها کمتر باشد، به مراتب احساس درماندگی روانی والدین نیز بیشتر می‌شود (علاقه‌بند، آقاییوسفی، کمالی، دهستانی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین بررسی دین و مسائل مربوط به آن، در زمره مطالعاتی است که اخیراً در بسیاری از حوزه‌ها از مطلوبیت و جایگاهی خاصی برخوردار است. محققان از طریق بررسی دین و چگونگی تأثیرگذاری آن بر سایر ویژگی‌های انسان، به‌خصوص در حوزه تعلیم و تربیت، سعی در نشان دادن اهمیت نقش این متغیر در زندگی دارند. بنابراین با توجه به مطالب ارائه شده هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر باورهای مذهبی و حمایت اجتماعی با نقش میانجی رضایت زناشویی در نوع نگرش والدین به کودک معلول خود با استفاده از طراحی مدل مفهومی و استفاده از روش تحلیل مسیر بود و اینکه آیا مدل پیشنهادی مربوط به پیش‌بینی نگرش والدین نسبت به کودک معلول، با داده‌ها برازش دارد؟



شکل ۱. مدل پیشنهادی برای نگرش والدین به کودک معلول

مبانی نظری

دین واژه‌ای است که گستردگی مفهومی آن، وسعتی به درازای تاریخ بشریت دارد و مصادیق آن شاید به تعداد انفس خلایق باشد. اما در تعریف کلاسیک آن نظریات متعددی مطرح شده است (از تعریف به شباهت خانوادگی گرفته تا تعریفات که ناظر به ادیان خاص است)؛ به‌طوری‌که جمع کردن آنها ذیل یک مفهوم واحد، که هم جامع باشد و هم مانع، کاری است بس دشوار و شاید محال. اما به‌طور کلی می‌توان دین را چنین تعریف کرد: دین مجموعه‌ای است از عقاید، اخلاق، قوانین فقهی و حقوقی که از ناحیه خداوند برای هدایت و رستگاری بشر تعیین شده است. لذا دین مصنوع و مجعول الهی است. به این معنا که قوانین فقهی و محتوای حقوقی آن را خداوند تشریع و جعل می‌کند؛ همانگونه که محتوای اخلاقی و اینکه چه اموری جزء اصول اعتقادی این مجموعه باشد نیز از طرف ذات اقدس الهی تعیین می‌گردد (جوادی‌آملی، ۱۳۸۶). اما در خصوص باور دینی باید گفت که باور (اعتقاد) منشأ بحث‌های متعددی در فلسفه و خصوصاً در مباحث معرفت‌شناختی است و در کیفیت تحقق آن، بحث‌های اساسی در فلسفه و معرفت‌شناختی (خصوصاً در دهه‌های اخیر) ارائه شده است. باور از عناصری است که می‌تواند شخص را وادار به عمل کند؛ به‌طوری‌که در صورت نبود آن باور، فعل از سوی فاعل تحقق نمی‌یافت (معادله آن را می‌توان به این صورت ترسیم کرد: باور قصد فعل). بنابراین هر انسانی رفتار خود را به تناسب عقاید خویش انجام می‌دهد و هیچ کس نیست که بدون عقیده کار کند، حتی افراد منافق هم که سود خود را در دورویی می‌پندارند، براساس همین توهم ناروا، به سودمندی نفاق اعتقاد پیدا کرده‌اند (جوادی‌آملی، ۱۳۷۸). دور کیم در کتاب «صور اولیه حیات دینی» دین را اساس و پایه خانواده به‌شمار می‌آورد چرا که تمامی

نهادهای بزرگ اجتماعی از جمله نهاد خانواده به‌زعم وی در دین متولد شده‌اند و معنی عقاید و مقصود جامعه، روح دین است. از آنجا که از نظر «دورکیم» باورهای دینی پایه سازمان خانواده است. از لحاظ معرفت‌شناسی، ماهیت خانواده در نظر «دورکیم» ریشه در عقاید مذهبی که پایه و اساس تمامی وقایع اجتماعی است، دارد و لذا امری باقی است و در تحول جوامع، به اشکال گوناگون ظاهر می‌گردد، بطوری که در سیر دگرگونی تاریخی، روابط زناشویی از حالت تشابه به عدم تشابه تحول می‌یابد و به تبع آن کارکردهای خانواده در سایر نهادها توزیع می‌گردند. بنابراین زیربنای همه جهت‌گیری‌های انسان در زندگی عقاید و باورهای اوست. عقیده، بالاترین نقش را در زندگی فردی و اجتماعی انسان دارد (محمدی ری شهری، ۱۳۷۰).

کودکان معلول هنگامی که در یک خانواده متولد می‌شوند، جزیی از آن خانواده و مؤثر در سرنوشت تمام افراد آن خانواده خواهند بود. فرزندان معلول خانواده که از قدرت کمتری در زندگی برخوردار هستند می‌توانند با تعلیم و تربیت و آموزش صحیح مایه خوشبختی و سعادت خانواده خود باشند و عکس آن نیز می‌تواند صادق باشد که فرد معلول با روش‌های نامطلوب تربیتی و تعصب‌های نابه‌جا و دلسوزی‌های بی‌مورد به‌سمتی سوق داده شود که بار سنگینی بر دوش خانواده، مخصوصاً پدر و مادر خود باشد به‌عبارت دیگر، والدین چنین کودکانی، در برابر این بحران، ممکن است واکنش‌های متفاوتی از ناامیدی و یاس و انکار گرفته تا مواجهه منطقی با مسئله و تصمیم گرفتن برای کمک و یاری رساندن به فرزندشان در ادامه مسیر زندگی و کسب موفقیت در آن را از خود نشان می‌دهند. والدین یک کودک استثنایی هنگامی که کودکشان برای اولین بار به‌عنوان معلول شناسایی می‌شود، اغلب دچار شوک می‌شوند و سپس پیش از آن که با وضعیت خو بگیرند، حالاتی نظیر تکذیب، گناه، خشم و اندوه در آنان به وجود می‌آید. تعدادی چنان با این وضعیت تاسف بار برخورد می‌کنند که گویی کودکشان مرده است و تقریباً تمام اعضای خانواده دچار فشار روانی می‌شوند (کشاوری، ۱۳۹۱).

فیسمن و ولف معتقدند تولد کودک با معلولیت خرده نظام‌های درون خانواده و نظام‌های بیرون از خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، موجب فشار بیشتری در درون نظام خانواده می‌شود و انسجام و سازگاری درون نظام را به خطر می‌اندازد و در نتیجه احتمال نارسایی کارکرد خانواده افزایش می‌یابد و موجب تنش در خرده نظام‌های خانواده می‌شود (شکوهی یکتا، به پژوه، غباری بناب، زمانی و پرند، ۱۳۸۷). همچنین فیسمن و ولف معتقدند

خانواده‌های دارای کودک استثنایی، خرده نظام‌های والدینی، زناشویی، خواهر و برادری و حتی نظام‌های برون خانوادگی مثل دوستان، همسایه‌ها، مدرسه و مؤسسات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فشار بیشتری در درون نظام می‌شود، قوام و سازگاری درون نظام را به‌ویژه در خانواده‌های هسته‌ای به خطر می‌اندازد و احتمال وجود اختلال نظام را بالا می‌برد (Fisman & Wolf, 1991). این تأثیرات در دوره‌های گذر خانواده همچون ارزیابی ناتوانی، شروع مدرسه، انتقال از کودکی به بزرگسالی و نیز در زمان افزایش سن و کهنولت والدین بیشتر می‌گردد (Kraemer & Blacher, 2001).

بنابراین بشر در زندگی خواه ناخواه همچنان که خوشی‌ها، شیرینی‌ها، به‌دست آوردن‌ها و کامیابی‌هایی دارد رنج‌ها، مصیبت‌ها، شکست‌ها، از دست‌دادن‌ها، تلخی‌ها و ناکامی‌هایی نیز دارد و روشن است که بشر موظف است با طبیعت دست و پنجه نرم کند و تلخی‌ها را به شیرینی تبدیل نماید. ایمان مذهبی در انسان نیروی مقاومت می‌آفریند و تلخی‌ها را قابل تحمل می‌کند و انسان با ایمان می‌داند هر چیزی در جهان حساب معینی دارد و اگر واکنش در برابر تلخی‌ها به نحو مطلوب باشد، به فرض اینکه خود این جبران‌ناپذیر باشد، به نحوی دیگر از طرف خداوند متعال جبران می‌شود. رضایت دادن به مقدرات الهی و تسلیم بودن در مقابل آن، از آثار ایمان به خداوند و باور دینی است. پدید آمدن این حالت مبتنی بر فراهم شدن زمینه‌های شناختی و عاطفی است. فرد باید باور داشته باشد که همه رویدادهای جهان هستی منوط به اذن خداوند و قدرتی است که او به اسباب و علل می‌دهد. دست‌یابی انسان به این شناخت و آگاهی که خداوند نه تنها به مصالح انسان آگاه‌تر است، بلکه خیرخواه‌تر از خود آنها نسبت به خودشان است، سبب می‌شود فرد بپذیرد که همه حوادث در جهت خیر و صلاح انسان‌ها روی می‌دهد و از جهت عاطفی نیز از بروز حوادث راضی است و در مقابل خواست خداوند تسلیم است. این حالت به‌ویژه برای شرایطی سودمند است که حوادثی روی دهد که تلاش و خواست انسان‌ها در آن نقشی نداشته باشد. بروز این حوادث برخی خانواده‌ها را دچار تنش و ناسازگاری می‌کند و گاهی ممکن است برخی از اعضا، دیگر اعضا را به سبب بروز مشکل سرزنش کنند و این نیز بر ناسازگاری‌ها می‌افزاید (سالاری‌فر، ۱۳۸۵). در چنین موقعیت‌هایی اعضای خانواده‌ای که در برابر قضای الهی تسلیم و راضی باشند، رویارویی آنان با مشکلات سهل‌تر خواهد شد. حالت رضایت باعث می‌شود اعضای خانواده بروز

حوادث و مشکلات را مثبت و تکامل بخش بشمارند و زمینه سازگاری و پذیرش آنها آسان تر فراهم شود. پذیرش و تسلط بر نابسامانی و ناسازگاری ها تضمین کننده کارآمدی خانواده است.

در پژوهشی که توسط (Robinson, Weiss, Lunsky & Ouellette-Kuntz, 2016) انجام شد نتایج نشان داد که والدینی که حمایت غیررسمی بیشتری را دریافت می کنند، بار مراقبت کمتری را نشان می دهند. نتایج پژوهش نعمتی و محمدپور (۱۳۹۵) نشان داد که بین راهبرد مقابله مذهبی مثبت و منفی با کیفیت تعامل مادر کودک در مادران دارای کودک با اختلال خواندن همبستگی معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش رضایی (۱۳۹۴) نشان داد رضایت زناشویی در والدین کودکان فلج مغزی بالاتر از والدین کودکان اتیستیک است. کوئینگ در تحقیقی نشان داده است افرادی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند سازگاری بهتری با موقعیت های دشوار زندگی دارند (Koenig, 2007). فیلیسیتی پذیرش و نگرش مثبت در مادران ایرلندی دارای کودک با ناتوانی های هوشی را مورد ارزیابی قرار داد. نتایج پژوهش نشان داد که اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان با ناتوانی های هوشی در یک محیط غیرکلینیکی کم تر است. ضمن آنکه میزان حمایت مورد نیاز از کودک هم کمتر می باشد و حمایت اجتماعی منظم و سازمان یافته، مؤثرتر از حمایت توسط مادران بود. سیستم حمایت اجتماعی منظم بر سازگاری اجتماعی و خانوادگی کودکان با ناتوانی های هوشی مؤثر بود و به پذیرش آنها در جامعه کمک می کرد و بر سازگاری خانوادگی مادران هم تأثیرگذار بود (Felicity, 2006). نتایج مطالعه رشیدزاده، بدری گرگری و واحدی (۱۳۹۷) و فولادچنگ و مرحمتی (۱۳۹۶) نشان داد که آموزش مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی بر متغیرهای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری هر دو معنادار است. بر این اساس آموزش مهارت های مثبت اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی می تواند باعث ارتقای بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزند اتیسم و نیز افزایش تاب آوری آنها شود و با توجه به ارتباطی که بهزیستی روان شناختی و همچنین تاب آوری با بسیاری از متغیرهای تضمین کننده سلامت دارد، این آموزش می تواند تحولات مثبت زیادی را در زندگی افراد دارای فرزند اتیسم ایجاد نماید.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادران کودکان با نیازهای ویژه (شامل عقب‌مانده ذهنی، جسمی-حرکتی، چندمعلولیتی، نیمه شنوا و ناشنوا، نیمه‌بینا و نابینا) دوره ابتدایی و خردسالان دریافت‌کننده خدمات آموزشی و تخصصی مدارس آموزش و پرورش دانش‌آموزان با نیازهای ویژه شهرستان تبریز و مراکز تخصصی توانبخشی بهزیستی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۸ بود. مشارکت‌کنندگان به شیوه تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که واحد مدرسه یا مرکز توانبخشی به‌عنوان خوشه در نظر گرفته شدند پس از انتخاب هر خوشه به تعداد دانش‌آموزان برای والدین پرسش‌نامه ارائه گردید. با توجه به متغیرهای مورد مطالعه تعداد نمونه مطلوب ۲۵ تا ۳۰ نفر به ازای هر متغیر است بنابراین در پژوهش حاضر حجم نمونه ۲۲۰ در نظر گرفته شود که در نهایت از بین پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده تعداد ۲۰۰ پرسش‌نامه که به‌صورت صحیح و کامل تکمیل شده بودند از طریق نرم‌افزار SPSS-25 و AMOS-18 مورد تحلیل قرار گرفتند. متغیرهای برون‌زا در پژوهش حاضر شامل حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی و متغیر درون‌زا نیز نگرش والدین نسبت به کودک معلول می‌باشد همچنین متغیر رضایت زناشویی نیز به‌عنوان متغیر میانجی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

● پرسش‌نامه نگرش سنج والدین نسبت به فرزند معلول (APSNCS):^۱

این مقیاس اولین بار توسط گوندر ساخته شد گویه‌های این مقیاس از بسط و گسترش گویه‌های مقیاس نگرش والدینی شفر و بل به‌دست آمده است (Govender, 2002). این ابزار دارای ۲۳ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس پذیرش و محبت (۸ گویه)، شرم‌زدگی (۳ گویه)، ناکامی (۳ گویه)، ناامیدی (۳ گویه) و حمایت افراطی (۷ گویه) است. طیف گزینه‌های این مقیاس از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای و از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. گویه‌هایی که به شیوه منفی نمره‌گذاری می‌گردند، عبارتند از: ۲-۳-۴-۵-۷-۸-۹-۱۰-۱۹ و ۲۱. نمره بیشتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر است. پایایی این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب

آلفا برای نمره کل مقیاس ۰/۸۰ است همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پذیرش و محبت، شرم‌زدگی، ناکامی، ناامیدی و حمایت افراطی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۶۶ و ۰/۷۵ می باشد. روایی صوری و روایی محتوایی این مقیاس توسط چند تن از متخصصان این حوزه مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری نکاح و بلقان آبادی، ۱۳۹۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۷ به دست آمد.

● **پرسش‌نامه باورهای مذهبی:** این پرسش‌نامه توسط گلریز و براهنی (۱۳۵۳) ساخته شده و دارای ۲۵ سؤال و ۵ خرده مقیاس که شامل ابعاد اعتقادی، پیامدی، ارتقا، مناسکی و عواطف دینی می باشد که براساس مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود که نمره کل این پرسش‌نامه ۱۰۰ می باشد. دسته بندی نمرات از ۰ تا ۱۰۰ براساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف که به صورت نمره (۷۶-۱۰۰) نگرش مذهبی عالی، (۵۱ تا ۷۵) خوب، (۲۶ تا ۵۰) متوسط و (۲۵ به پایین) نگرش مذهبی ضعیف طبقه بندی شده است. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی به دست آمده که برابر با ۰/۸۰ است (گلریز، ۱۳۵۳). همچنین در اعتباریابی این پرسش‌نامه از طریق روش گروه‌های شناخته شده نیز استفاده شده و تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنادار بود و میزان تهیه شده بین دو گروه تفاوت می گذارد. این پرسش‌نامه در سال‌های اخیر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت پایایی این پرسش‌نامه از روش اسپیرمن- براون برابر با ۰/۶۳ و اعتبار آن برابر با ۰/۲۴۹ به دست آمده است (نوری قاسم آبادی و بوالهری، ۱۳۷۶). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۵ به دست آمد.

● **پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (PSSFR):** این پرسش‌نامه توسط مری پروسیدانو و کنیت هلر طراحی شده و دارای ۲۰ سؤال می باشد (Procidano & Heller, 1983). گزینه‌های این آزمون شامل بله، خیر و نمی دانم است. نمره نمی دانم همیشه برابر با صفر است. در سؤالات (۲۰، ۱۸، ۱۵، ۷، ۶، ۲) خیر مساوی ۱ است و برای بقیه سؤالات (۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۴، ۵، ۱۰، ۳) پاسخ بله مساوی

۱ است. دامنه نمره کل سؤالات بین صفر تا ۲۰ است. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. این پرسش‌نامه با ضریب آلفای $0/90$ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردار است. همچنین از روایی همزمان خوبی برخوردار است. نمرات این پرسش‌نامه با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. ضرایب همبستگی بین نمرات این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه شخصیت‌سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود (ثنایی، علاقه‌بند، فلاحتی و هومن، ۱۳۸۷). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و $0/89$ به‌دست آمد.

● **پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ^۱ (فرم کوتاه):** نسخه اصلی این پرسش‌نامه توسط اولسون و همکاران طراحی شده. فرم کوتاه این مقیاس توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) تهیه شده است که دارای ۴۷ سؤال می‌باشد این پرسش‌نامه به‌منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به‌کار می‌رود. این پرسش‌نامه برای هر یک از ماده‌ها شامل پنج گزینه «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نه موافق و نه مخالف»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» می‌باشد. که برای آنها به ترتیب نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و به سؤالات ۴، ۶، ۸، (۱۱-۱۶)، (۱۸-۲۴)، (۳۰-۳۳)، (۳۷-۴۲)، (۴۵-۴۷) نمره‌دهی به‌صورت معکوس است. نمرات بین ۴۷ تا ۸۴ نارضایتی شدید، نمرات بین ۸۵ تا ۱۲۲ نارضایتی نسبی، نمرات بین ۱۲۳ تا ۱۶۰ رضایت متوسط، نمرات بین ۱۶۱ تا ۱۹۸ رضایت زیاد و نمرات بین ۱۹۹ تا ۲۳۵ بیانگر رضایت خیلی زیاد است. اولسون همکاران ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن را $0/92$ گزارش کرده‌اند. سلیمانیان پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ $0/65$ محاسبه کرد. سلیمانیان روایی همزمان پرسش‌نامه ۴۷ سؤالی رضایت زناشویی را با فرم اصلی آن $0/95$ محاسبه کرد. معتمدین (۱۳۸۳) برای بررسی روایی سازه پرسش‌نامه انریچ از پرسش‌نامه سازگاری زناشویی استفاده کرد و ضریب همبستگی $0/65$ به‌دست آورد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و $0/91$ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است که بالاترین میانگین مربوط به حمایت اجتماعی است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
نگرش والدین نسبت به کودک معلول	۳/۰۳	۰/۹۰
رضایت زناشویی	۲/۹۴	۰/۹۴
حمایت اجتماعی	۳/۳۵	۰/۶۵
باور مذهبی	۲/۵۵	۰/۹۸

در جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها آورده شده است که نشان‌دهنده مقدار همبستگی هر کدام از متغیرها با یکدیگر است. در این جدول بالاترین مقدار همبستگی مربوط به همبستگی بین باورهای مذهبی و نگرش والدین نسبت به کودک معلول است ($R = ۰/۵۹$).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴
نگرش والدین به کودک معلول	۱			
رضایت زناشویی	۰/۵۴	۱		
حمایت اجتماعی	۰/۴۱	۰/۴۰	۱	
باور مذهبی	۰/۵۹	۰/۵۸	۰/۳۰	۱

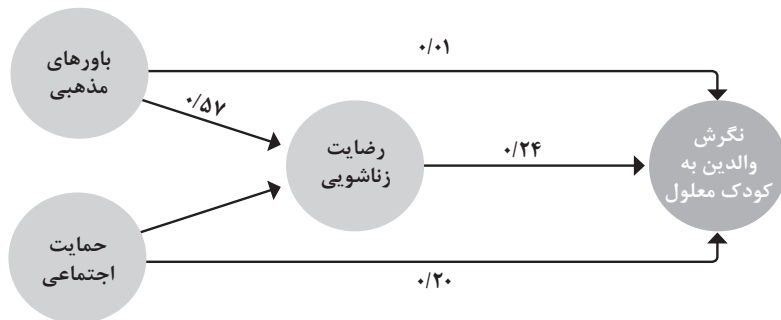
نتایج جدول نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش همبستگی مثبت و معناداری در سطح (۰/۰۰۱) وجود دارد.

در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آیا مدل پیشنهادی با داده‌های تجربی برازش دارد شاخص‌های نیکویی برازش حاصل از نتایج تحلیل‌ها بررسی شد.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش

مدل	RMSEA	بازه اطمینان ۹۰٪	NFI	CFI	GFI	AGFI
اولیه	۰/۱۷	۰/۱۵؛ ۰/۲۷	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۶۰
نهایی	۰/۰۴۳	۰/۰؛ ۰/۰۸۵	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۹

مقادیر NFI و CFI در تحقیق حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۹۸ است که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل با داده‌ها است. مقدار ریشه دوم خطای تقریب (RMSEA) برای پژوهش ۰/۰۴۳ به‌دست آمد که این مقدار هم می‌تواند نشان‌دهنده برازش مناسب مدل با داده‌ها باشد. برای تعیین اثر هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس نگرش والدین از روش تحلیل مسیر استفاده گردید که نتایج آن در شکل شماره ۲ آورده شده است.



شکل ۲. مدل نهایی تحلیل مسیر برای عوامل مؤثر بر نگرش والدین به کودکان معلول

نتایج مدل نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین ضریب مسیر مربوط به تأثیر باورهای مذهبی بر رضایت زناشویی زوجین است ($R=۰/۰۵۷$). جدول ۴ تأثیرات استاندارد شده و ضرایب معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. تأثیرات استاندارد شده و ضرایب معناداری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
نگرش والدین	رضایت زناشویی	*۰/۲۴	-	۰/۲۴
	باور مذهبی	*۰/۳۸	*۰/۱۴ (رضایت زناشویی)	۰/۵۳
	حمایت اجتماعی	*۰/۲۰	۰/۰۱	۰/۲۱

به منظور بررسی فرضیه پژوهش در جدول ۴ تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. مطابق جدول فوق، تأثیرات مستقیم رضایت زناشویی، باورهای مذهبی و حمایت اجتماعی به صورت مثبت بر نگرش والدین در سطح (۰/۰۵) معنادار است. علاوه بر این نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی از طریق باور مذهبی معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به انجام اکثر تحقیقات در حوزه کودکان معلول به صورت مقایسه‌ای با کودکان عادی تحقیقات کمتری در خصوص عوامل تأثیرگذار در نگرش والدین نسبت به فرزندان معلول در سطح کشور صورت گرفته است. اولین هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مؤثر در نگرش والدین به کودک معلول بود نتایج نشان که باور مذهبی و حمایت اجتماعی با نگرش والدین نسبت به کودک معلول همبستگی معناداری دارند که در این بین باورهای مذهبی بیشترین تأثیر را در نگرش مثبت نسبت به فرزند معلول دارد. این نتایج با تحقیقات (Stroebe, Zech, Stroebe, Batshaw, Roizen & Lotrecchiano, 2012) (Eisenhower, Baker & Blacher, 2005 و 1391) علمی و شاورانی، ۲۰۰۵؛ Abakoumkin, 2005) همخوانی دارد.

داشتن کودک معلول، تنش‌ها و فشارهای زیادی بر والدین وارد می‌کند و از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین می‌توان به سختی‌ها و فشارهای مالی مانند هزینه‌های پزشکی، مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی، طرد کودکان و اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده را نام برد. بنابراین مراقبت از کودک معلول فشار زیادی را بر والدین وارد می‌کند. علمی و شاورانی (۱۳۹۱) بیان کردند که باورهای مذهبی در معنا ساختن زندگی همچون موهبت زندگی، توبه، امید، خوش‌بینی، آزمایش، ابتلا، صبر، توکل، یادمرگ و آخرت، ارتباط با خدا، قضا و قدر و مناسک گروهی در اسلام و شبکه‌های مذهبی در این امر تأثیر زیادی دارد. فرد مذهبی به یک خاستگاه والا باور دارد و او را پرستش می‌کند. باورها و نگرش‌های مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد مانند تفسیر وقایع، خوش‌بینی یا بدبینی و نوع پنداشت آنها تأثیر دارد. بنابراین افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌های مذهبی هستند این روان‌بنه‌ها می‌توانند در سازگاری افراد مؤثر باشند

(Mcintosh, Silver & Wortman, 1993). سازگاری بالا، نیازمند روابط درون شخصی و سودمند در دنیای نامطمئن بیرونی است. نگرش و باورهای مذهبی با ایجاد قدرت تحمل و صبر در برابر ناملایمات و سختی‌ها از عوامل مؤثر برای ایجاد احساس اطمینان و افزایش سازگاری در زندگی است. مذهب قادر است اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم نماید و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات زندگی باشد. به‌طور کلی نتایج این پژوهش بیانگر این واقعیت است که بین مؤلفه‌های مفهوم خداوند، نوع ادراکی که فرد از مفهوم خدا دارد، با میزان تنیدگی که احساس می‌کند و نوع رفتارهای مقابله‌ای وی رابطه مستقیمی وجود دارد. بنابراین ضرورت توجه به باورهای مذهبی و چگونگی نگرش فرد نسبت به خداوند بیش از پیش آشکار می‌گردد. عامل مؤثر دیگر در نگرش والدین حمایت اجتماعی است که از طرف اقوام و دوستان صورت می‌گیرد. هر مقدار میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد نوع نگرش والدین نسبت به فرزند معلولشان مثبت‌تر خواهد بود که پژوهش‌های (Batshaw & et al, 2013, و Aass, Fosså, Dahl & Aloe, 1997) نیز با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد.

هدف دوم پژوهش بررسی نقش میانجی رضایت زناشویی در رابطه بین نگرش والدین نسبت به فرزند معلول با حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی بود. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی پژوهش دارای برازش می‌باشد. تحقیقات مختلفی به تأثیر وجود کودک معلول بر رضایت زناشویی پی برده‌اند همچنین تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی والدین کودکان معلول و عادی وجود دارد. یافته‌های تحقیق با تحقیق فردریچ، گرینبرگ و کرینک در خصوص رضایت زناشویی والدین منطبق است (FRiedRich, GReenbeRg & CRnic, 1983). در تبیین این یافته می‌توان گفت دین در فراگرد رشد انسان بسیار اهمیت دارد زیرا به افراد در بحران‌های زندگی و مقاطع گذار از یک وضعیت به وضعیت دیگر کمک می‌کند و در نتیجه بخشی از فراگرد اجتماعی شدن به‌شمار می‌آید (همیلتون، ۱۳۷۷). بنابراین هر گاه تعارض خانوادگی بر سر موضوعی خاص شکل می‌گیرد، مذهب می‌تواند از طریق مفاهیم معنوی و ارزش‌های مذهبی مشترک، اختلاف نظر بین افراد را تعدیل کند باور مذهبی مشترک و همسان بین زوجین که به باورهای مذهبی و وجود توافقات شناختی بین زوجین منجر می‌شود، می‌تواند به رضایت زناشویی بیشتر منتهی گردد

(Mahoney, Pargament, Jewell, Swank & et al, 1999). اعتقادات مذهبی درست، بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده کرده و خلاهای اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می‌کند. این عامل پاسخ بسیاری از پرسش‌ها را می‌دهد و بسیاری از مسائل را روشن می‌کند و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم می‌نماید و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در اجتماعات استحکام می‌بخشد و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (عسگری و صفری‌زاده، ۱۳۹۲)، در حالی که دور ماندن از باورهای مذهبی اصیل راه را برای ابتلای فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و بی‌هدفی، یاس و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمات و فشارهای روانی هموار می‌کند و سازگاری کلی افراد در زندگی را با مشکل مواجه می‌کند (گرشاد، هاشمی، حاتمی، حسین‌پور و همکاران، ۱۳۹۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر جامعه آماری پژوهش می‌باشد این پژوهش در بین مادران دارای کودک معلول انجام شد با توجه به اینکه امروزه پدران نسبت به گذشته در زندگی روزمره کودکانشان بیشتر درگیر هستند تنش زیاد در پدر می‌تواند رفتارهای تهاجمی و بدنبال آن مشکلات اجتماعی و خانوادگی را ایجاد کند لذا پیشنهاد می‌شود که در بین پدران نیز اجرا شود با توجه به نتایج پژوهش به‌دستگاه‌های اجرایی، برنامه‌ریزان و متولیان امر پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت نقش والدین در حمایت از کودکان معلول و همچنین جهت بهبود کیفیت زندگی این خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌هایشان در این زمینه، به افزایش رضایت زناشویی والدین و باورهای مذهبی شان توجه بیشتری کنند و همچنین حمایت اجتماعی لازم از این والدین به عمل آید تا بتوانند در گذر از این مسیر دشوار بهترین عملکرد را داشته باشند و با کودک معلولشان رابطه بهتری برقرار کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام عزیزانی که به نحوی در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

- اصغری نکاح، محسن و بلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۲). اعتباریابی و تجدیدنظر مقیاس نگرش والدین نسبت به کودک با نیازهای ویژه شان. *فصلنامه افراد استثنایی*. ۱۶۳، ۱۴۷-۱۴۶.
- ثناپی، باقر؛ علاقبند، سستیل؛ فلاحتی، شهره و هومن، عباس (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعث.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۷۸). *معرفت‌شناسی در قرآن*. قم: مرکز نشر اسراء، چاپ اول.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۸۶). *منزلت عقل در هندسه معرفت دینی*. قم: مرکز نظر اسراء، چاپ اول.
- خدابنده، نرگس؛ محمدی، فرحناز؛ تقی‌نژاد، نوشین و جلالی، فاطمه (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌شناختی و رضایت زناشویی در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و معلول جسمی. *مجله پزشکی هرمزگان*. ۲۰(۵)، ۳۴۴-۳۳۷.
- رشیدزاده، عبدالله، بدری گرگری، رحیم، واحدی، شهرام (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تکیه بر منابع معنوی و اعتقادات دینی اسلامی در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم، *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*. ۳(۲): ۵۹-۸۶.
- رضایی، سعید (۱۳۹۴). *رضایت زناشویی و اشتیاق جنسی والدین دارای کودک با اختلال اتیسم و فلج مغزی*. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۲(۲)، ۲۱-۱۶.
- سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۸۵). *خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی*. قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه و سمت.
- شکوهی یکتا، محسن؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ زمانی، نیره و پرند، اکرم (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دیرآموز. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۸(۴)، ۳۶۹-۳۵۸.
- صدیقی، اکرم؛ معصومی، احمد و شاه سیاه، مرضیه (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با رضایت زناشویی در زوجین شهر قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۲۲(۶)، ۹۶۵-۹۷۱.
- عسگری، پرویز و صفرزاده، سحر (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۱۴(۱)، ۹۹-۹۱.
- علاقه‌بندی، مریم؛ آقاییوسفی، علی رضا؛ کمالی، محمود؛ دهستانی، مهدی؛ حقیرالسادات، بی بی فاطمه؛ نظری، طاهره و شیخ‌ها، محمدحسن (۱۳۹۰). تأثیر مقابله درمان‌گری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند معلول. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۱۹(۱)، ۱۱۳-۱۰۴.
- علمی، قربان و شاورانی، مسعود (۱۳۹۱). کارکرد باورها و مناسک اسلامی در کاهش بستر خودکشی. *فصلنامه فلسفه و کلام اسلامی آینه معرفت*. ۱۰(۳۲)، ۱۶۳-۱۸۹.
- فولادچنگ، محبوبه، مرحمتی، زهرا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی از منظر اسلام و روان‌شناسی بر بهزیستی روان‌شناختی، *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*. ۲(۲): ۹۱-۱۱۲.
- کشاورز، سوسن (۱۳۹۱). *خانواده و کودک با نیازهای ویژه (تبیین نقش قبل از تولد و بعد از تولد)*. تعلیم و تربیت استثنایی. شماره ۱۱۰، ۵۷-۷۰.
- گرشاد، افسانه؛ هاشمی، میترا؛ حاتمی، اعظم؛ حسین پور، بهناز؛ استادی، ناهید؛ حسین زاده، عاطفه؛ تاج‌زاده، عادل؛ بهروان، سوسن و خانی، هانیه (۱۳۹۲). بررسی رابطه عزت نفس و نگرش مذهبی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بجنورد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۸(۳)، ۴۴۵-۴۳۹.
- گلریز، گلشن و براهنی، محمدنقی (۱۳۵۳). *پژوهشی برای تهیه نگرش مذهبی و بررسی رابطه نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- محمدی ری شهری، محمد (۱۳۷۰). *مبانی شناخت، قم: دفتر تبلیغات اسلامی*.
- مشیریان‌فراچی، سیدمحمد مهدی؛ اصغری‌ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ مشیریان‌فراچی، سیده مریم؛ رزاقی‌کاشانی، شمیم و توکلی، حامد (۱۳۹۵). ارتباط نگرش مذهبی با میزان رضایت زناشویی، سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری در کارمندان زندان. *مجله پژوهش در دین و سلامت*. ۲(۲)، ۳۳-۲۴.
- نعمتی، شهرزاد و محمدپور، کبری (۱۳۹۵). رابطه راهبردهای مقابله‌ای مذهبی و کیفیت تعامل مادر-کودک در مادران دارای کودکان با اختلال خواندن. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۵(۱)، ۳۳-۲۷.

نوری قاسم آبادی، ربابه و بوالهری، جعفر (۱۳۷۶). بررسی مقدماتی اثر فشار اجتماعی بر گزارش افراد از نگرش مذهبی. همایش نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۷۵.

همیلتون، ملکم (۱۳۷۷). جامعه‌شناسی دین. ترجمه محسن ثلاثی، تهران: تبیان.

REFERENCES

- Akbari, M. E., Lotfi Kashani, F., Fallah, R., Keshmir, F., & Azargashb, E. (2012). Post-traumatic growth in breast cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 3 (2 & 3), 35-44.
- Aass, N., Fosså, S. D., Dahl, A. A., & Aloe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European journal of cancer*, 33(10), 1597-1604.
- Batshaw, M. L., Roizen, N. J., & Lotrecchiano, G. R. (Eds.). (2012). *Children with Disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Burke, M.M., & Hodapp, R. M. (2014). Relating stress of mothers of children with developmental disabilities to family-school partnerships. *Mental Retardation*, 52(1), 13-23.
- Cliford, R., & Begstan, B. (1979). Measuring marital satisfaction in three generations: positive and negative dimensions. *J Marriage Fam*. 41:387-389.
- Corallo, F., Bonanno, L., Formica, C., Corallo, F., De Salvo, S., Lo Buono, V., & Marino, S. (2019). Religious coping in caregiver of patients with acquired brain injuries. *Journal of Religion and Health*, <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00840-8>.
- Cruz, M., Pincus, H. A., Welsh, D. E., Greenwald, D., Lasky, E., & Kilbourne, A. M. (2010). The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(1), 68-76.
- Dardas L.A., Ahmad M.M. (2014). Psychosocial correlates of parenting a child with Autistic Disorder. *J Nurs Res*. 22(3):183-191.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671.
- Ellis, A. (1996). Book Review. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(2), 149-150.
- Fakuori, E., Pilehvarzadeh, M., Shamsi, A., & Ghaderi, M. (2015). The relationship between religious beliefs and self-esteem in students. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 16(49), 50-60.
- Felicity, A. G. (2006). Coping and positive perceptions in Irish mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(3), 231-248.
- Fisman, S., & Wolf, L. (1991). "The handicapped child: psychological effects of parental, marital and sibling relationships. *Pervasive Developmental Disorders*, 14, 199-217.
- Friedrich, W. N., Greenberg, M. T., & Crnic, K. (1983). A short-form of the Questionnaire on Resources and Stress. *American journal of mental deficiency*, 88(1), 41-8.
- Govender, N. (2002). *Attitudes of parents towards their mentally retarded children: a rural area examination* (Doctoral dissertation).
- Govender, P. (2002). *Management of insect pests: Have the goalposts changed with certification? The Southern African Forestry Journal*, 195(1), 39-45. doi:10.1080/20702620.2002.10434602.
- Hayes, S., & Watson, S. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 43(3):629-642.
- Khanlou, N., Mustafa, N., Vazquez, L.M., Haque, N., & Yoshida K. (2015). Stressors and

barriers to services for immigrant fathers raising children with disabilities. *Int J Mental Health Addict* 13(6):659–674.

Ki, Y. W., & Joanne, C. C. Y. (2014). Stress and marital satisfaction of parents with children with disabilities in Hong Kong. *Psychology*, 5(05), 349.

Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 2, 67.

Koenig, Harold G. (2007). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence. *Southern Medical Journal*, 100 (7), 737-739.

Kraemer, B. R., & Blacher, J. (2001). Transition for young adults with severe 7mental retardation: School preparation, parent expectations, and family involvement. *Mental Retardation*, 39, 423–435.

Lee, E. H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (5), 425-433.

Mahoney, A., Pargament, K. I., Jewell, T., Swank, A. B., Scott, E., Emery, E., & Rye, M. (1999). Marriage and the spiritual realm: The role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13, 321-338.

Mcintash, D.N., Silver, R.C., & Wortman, C.B. (1993). Religious Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the loss of a child. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 65(4), 812-821.

Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Miri, M. R., Salehiniya, H., Tiyuri, A., Bahlgerdi, M., & Taghizadeh, A. A. (2015). Relationship between religious orientation and mental health in older people. *Medical History Journal*, 6(21), 83–102.

Namkung, E.H., Song, J., Greenberg, J.S., Mailick, M.R., & Floyd, F.J. (2015). The relative risk of divorce in parents of children with developmental disabilities: impacts of lifelong parenting. *Am J Intellect Dev Disabil*. 120(6):514–526.

Pears, K.C., Kim, H.K., Healey, C.V., Yoerger, K., & Fisher, P.A. (2015). Improving child self-regulation and parenting in families of pre-kindergarten children with developmental disabilities and behavioral difficulties. *Prev Sci*. 16(2):222–232.

Peckham, A., Spalding, K., Watkins, J., Bruce Barrett, C., Grasic, M., & Williams, A. P. (2014). Caring for caregivers of high needs children. *Healthcare Quarterly*, 17, 30–35.

Procidano M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Robinson S, Weiss JA, Lunsby Y, & Ouellette-Kuntz H. (2016). Informal support and burden among parents of adults with intellectual and/ or developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(4):356-65. [DOI:10.1111/jar.12184]

Rayan, A., & Ahmad, M. (2016). Psychological distress in Jordanian parents of children with autism spectrum disorder: the role of trait mindfulness. *Perspect Psychiatr Care*, 31(1), 38-42. doi:10.1111/ppc.12187.

Resch, J.A., Mireles, G., Benz, M.R., Grenwelge, C., Peterson, R., & Zhang, D. (2010). Giving parents a voice: a qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabil Psychol*, 55(2):139.

Sarason, I. G. (1988). *Social support personality and health*. In M. Janniss (ed.), Individual differences, stress and health psychology, (pp. 109- 128). New York. Springer.

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support

- matters for prediction of post-traumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology*, 19 (1), 46-53.
- Simpson, D.B., Newman, J.L., & Fuqua, D. R. (2007). Spirituality and personality: Accumulating evidence. *Journal of Psychology and Christianity*, 26, 1, 33.
- Stone, E. A., & Shackelford, T. K. (2007). Marital satisfaction. *Encyclopedia of social psychology*, 2, 541-544.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Tucker, W. & Grady, E. (1991). Effects of physical attractiveness, intelligence, age of marriage and cohabitation on the perception of marital satisfaction. *J Soc Psychol*, 131:253-269.
- Walsh, C.E., & O'Leary, D.K. (2013). A comparative study of the marital relationship between parents with children with autism and those with children without autism. *Good Autism Practice (GAP)*. 14(1): 28-33.
- Werner, S, & Shulman, C. (2015). Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *J Intellect Disabil Res*. 59(3):272-283.
- Winch, R. (1974). *Selected studies in marriage and the family*. New York: Holt Rinehart and Winston, 411-417.
- Woodman, A.C, Mawdsley, H.P, & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: transactional relations across 15 years. *Res Dev Disabil*, 36:264-276.