

The Role of Iranian Religious Coping in Mothers' Parenting Stress with Autistic Children

Narges Chimeh. Ph.D.

Family research institute, University of Shahid Beheshti, Iran

نقش مقابله مذهبی ایرانی در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دارای کودک اتیسم

نرگس چیمه*

روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی

Abstract

The aim of this research was to investigate the role of Iranian religious coping in predicting mothers' parenting stress with autistic children. The method of current research was descriptive-correlational and the population consisted of all mothers with autistic children who were educated and treated in Tehran during 2013-2014. Fifty mothers were selected as sample according to inclusion criteria using available sampling. Iranian Religious Coping Scale (Aguilar-Vafaie & Abyari 2007) and Parenting Stress Index questionnaire (Abidin 1995) administered to them. The obtained data were analyzed by multiple regression analysis. The results showed that the Iranian religious coping had a negative significant relationship with parenting stress ($P=0.001$). Iranian religious coping could predict 35 percent of variance of parenting stress. Iranian religious coping, mothers' level of education and age had no impact on parenting stress. According to the results of present research, Iranian religious coping as a general and internal factor could help mothers of autistic children to improve their mental health.

Keywords: Iranian religious coping, parenting stress, autism.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش مقابله مذهبی ایرانی در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم بود. روش پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان مبتلا به اتیسم مشغول به آموزش و درمان در سال ۱۳۹۲-۹۳ شهر تهران بودند. از بین مادران با توجه به شرایط ورود به نمونه پژوهش ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مقابله مذهبی ایرانی (آگیلار-وفایی و آبیاری ۲۰۰۷) و شاخص استرس والدینی (آبیدین، ۱۹۹۵) در مورد آنها اجرا شد. داده‌های به‌دست آمده از طریق رگرسیون همزمان چندگانه تحلیل شد. نتایج نشان داد مقابله مذهبی ایرانی با استرس والدینی رابطه منفی معنی‌دار دارد ($P=0.001$). نتایج نشان داد که مقابله مذهبی ایرانی ۳۵ درصد از واریانس استرس والدینی را پیش‌بینی می‌کند. مؤلفه‌های مقابله مذهبی ایرانی، همچنین سن و میزان تحصیلات مادران بر استرس والدینی آنان تأثیری نداشت. با توجه به نتایج این پژوهش با استفاده از مقابله مذهبی ایرانی به عنوان یک عامل کلی و درونی می‌توان به ارتقای سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اتیسم کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: مقابله مذهبی ایرانی، استرس والدینی، اتیسم.

مقدمه

مبتلا به اטיسم می‌شوند. برای مثال حمایت‌های اجتماعی یکی از مهمترین عوامل کاهشدهنده این تأثیرات منفی است (بیشاپ، ریچلر، کین و لرد^۱، ۲۰۰۷؛ بروملی، هری، دیویسون و امرسون^۲، ۲۰۰۴؛ هاسال، رز و مک‌دونالد^۳، ۲۰۰۵). یکی دیگر از روش‌های کاهش استرس در افراد، مقابله مذهبی است. مقابله مذهبی شیوه‌ای است که انسان‌ها از آداب و رسوم و عقاید مذهبی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می‌گیرند (پارگامنت، کوئینگ و پرز^۴، ۲۰۰۰). مقابله مذهبی به‌عنوان روشی که از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد از آنجا که این نوع مقابله‌ها منبع حمایت عاطفی و هم‌روشی برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و به‌کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل می‌کنند، لذا به‌کارگیری آنها برای بیشتر افراد، موجب سلامتی می‌شود (کارور، چیر و ویترب^۵، ۱۹۸۹). اثربخشی این روش مقابله، بستگی به اعتقادات مذهبی خاص فرد و نقش این اعتقادات در زندگی فردی او دارد. مطالعات زیادی نشان داده است که معنویت و مذهب با هر دو بعد سلامت جسمی و روانی مرتبط هستند (پاتریک و کینی^۶، ۲۰۰۳).

تاکنون مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان در زمینه ارتباط بین گرایش‌های مذهبی و سلامت روانی انجام شده است. پرسمن، لایونز، لارسون داوید، استرین^۷ (۱۹۹۰) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین به‌کارگیری شیوه‌های مقابله مذهبی و کاهش میزان و شدت افسردگی وجود دارد. شهبازی (۱۳۷۶) و مکارمی (۱۳۷۶) نیز در پژوهش‌های خود بر مثبت بودن اثر متغیرهای مذهبی (اعتقادات، ارزش‌های دینی، دعا، زیارت و غیره) بر سلامت روانی تأکید دارند. پاتریک و کینی^۸ (۲۰۰۳) طی مطالعه‌ای گزارش کردند که وابستگی مذهبی با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه است. ایکاس، ویتمن و شیورز^۹ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی نشان داده‌اند که باورهای دینی، فعالیت‌های دینی و معنویت، منابع مورد استفاده مادران بسیاری از کودکان مبتلا به طیف اختلال اטיسم برای مقابله (سازگاری)

اטיسم یکی از اختلالات فراگیر رشد دوران کودکی است که با رفتارهای قالبی، تحریک‌پذیری، رفتارهای تخریبی و اشکال جدی در ارتباط اجتماعی کودک مشخص می‌شود و معمولاً قبل از سه سالگی بروز می‌کند (سادوک و سادوک^{۱۰}، ۲۰۰۳). این اختلال تأثیر زیادی بر روی افراد، خانواده و جامعه دارد (جاشی، پتی، وزنیک، هنین، فرید، گالدو و بیدرمن^{۱۱}، ۲۰۱۰). والدین این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبه‌رو هستند. بسیاری از آنها به دنبال دانش، مهارت و یادگیری مسائلی به‌عنوان راهکارهای مناسب برای رویارویی با پیامدهای این اختلال در زندگی خود هستند (الهورانی، حاسان و باتینه^{۱۲}، ۲۰۱۳). آنها باید با این واقعیت که کودکشان شرایط خاصی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار آیند (برادفورد^{۱۳}، ۱۹۹۷). پژوهش‌های اخیر نشان داده است که ممکن است والدین کودکان مبتلا به اختلال اטיسم احساساتی مانند استرس، اضطراب و انزوا را داشته باشند. دلیل این امر را می‌توان به ناتوانی آنها برای کنترل فرزندشان - که در بیشتر موارد به نظر می‌رسد از لحاظ جسمی سالم هستند - نسبت داد (مارتینز پدرازا و کارتر^{۱۴}، ۲۰۰۹). پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اטיسم در قیاس با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (اسبورن و رید^{۱۵}، ۲۰۱۰؛ ایستس، مانسون، داوسون، کوهلر، زو و آبات^{۱۶}، ۲۰۰۹؛ دابروسکا و پیسولا^{۱۷}، ۲۰۱۰؛ خرم‌آبادی و پوراعتماد، طهماسیان و چیمه، ۱۳۸۸؛ خوشابی، فرزادفر، کاکاسلطانی، پوراعتماد و نیکخواه، ۱۳۸۹). در پژوهشی که چیمه، پوراعتماد و خرم‌آبادی (۱۳۸۶) انجام دادند، نشان داده شد که واکنش اولیه بیشتر مادران به هنگام تشخیص اטיسم در کودکانشان به صورت انکار، عدم پذیرش و ناباوری، سردرگمی، احساس خشم، احساس گناه و علایم افسردگی به‌صورت گریه‌های مداوم، ناامیدی، از دست دادن علایق و کاهش اعتماد به‌نفس بوده است.

پژوهشگران درصدد ارزیابی عواملی هستند که موجب کاهش تأثیرات روانی این مشکل در خانواده‌های دارای کودکان

1. Sadock & Sadock

3. AlHorany, Hassan & Bataineh

5. Martínez-Pedraza & Carter

7. Estes, Munson, Dawson, Koehler, Zhou, Abbott

9. Bishop, Richler, Cain, Lord

11. Hassall, Rose & McDonald

13. Carver, Scheir, Weintraub

15. Pressman, Lyons, Larson David, Strain

17. Ekas, Whitman, Shivers

2. Joshi, Petty, Wozniak, Henin, Fried, Galdo, Biederman

4. Bradford

6. Osborne & Reed

8. Dabrowska & Pisula

10. Bromley, Hare, Davison & Emerson

12. Pargament, Koenig & Perez

14. Patrick & Kinney

16. Patrick & Kinney

نیلنز،^۱ (۲۰۰۸). در این زمینه حمایت از خانواده‌هایی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند، ضروری است. از سوی دیگر انجمن روان‌شناسی آمریکا^{۱۱} (۲۰۰۶ به نقل از لوین، ۲۰۱۰) در آخرین طبقه‌بندی که از اختلالات روانی دارد، توجه روان‌شناسان و روانپزشکان را جلب می‌کند و از آنها می‌خواهد در بررسی اختلالات روانی به عامل مذهب توجه بالینی ویژه‌ای داشته باشند؛ چرا که براساس الگوی کل‌نگر، انسان دارای ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی است که باید در بررسی مشکلاتش تمامی این ابعاد در نظر گرفته شود؛ در این پژوهش بیشتر بر بعد معنوی تمرکز شده است و از آنجایی که مطالعات نشان داده‌اند استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به اتیسم بالاست، به نقش مقابله مذهبی در تبیین استرس والدین این کودکان پرداخته و به این پرسش اساسی پاسخ می‌دهد که آیا مقابله مذهبی ایرانی (مبتنی بر اسلام) در استرس والدینی مادران کودکان مبتلا به اتیسم نقش دارد؟ برای دستیابی به این هدف چند فرضیه مطرح می‌شود:

- ۱- مقابله مذهبی ایرانی با استرس والدینی رابطه دارد.
- ۲- مقابله مذهبی ایرانی با آشفتگی والدین رابطه دارد.
- ۳- مقابله مذهبی ایرانی با تعامل ناکارآمد والد - کودک رابطه دارد.
- ۴- مقابله مذهبی ایرانی با ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین رابطه دارد.
- ۱- مقابله مذهبی ایرانی بر استرس والدینی تأثیر دارد.
- ۲- خواندن قرآن، احادیث و اقامه نماز بر استرس والدینی تأثیر دارد.
- ۳- توکل و توسل به خدا بر استرس والدینی تأثیر دارد.
- ۴- توسل به ائمه، نذر و صدقه بر استرس والدینی تأثیر دارد.
- ۵- سن مادران بر استرس والدینی آنان تأثیر دارد.
- ۶- میزان تحصیلات مادران بر استرس والدینی آنان تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع طرح همبستگی است. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان مبتلا به اتیسم در سال ۹۳-۱۳۹۲ بود که به مرکز آموزش و توانبخشی به‌آرا در شهر تهران مراجعه کرده بودند. از شرایط ورود به نمونه در این پژوهش این بود که: مادرانی در پژوهش شرکت داشته باشند که فرزندشان فقط به اختلال اتیسم مبتلا باشد نه اختلالات طیف اتیسم مانند اختلال آسپرگر^{۱۱} و یا

با این بیماری است. پلام^۱ (۲۰۱۱) نیز طی مطالعه‌ای نشان داده است که معنویت خانواده با پریشانی والدین مرتبط است. بدین معنی که وقتی خانواده‌ها نظام اعتقادی قوی‌تری داشته باشند، زندگی معنی‌دارتری دارند. در مطالعه‌ای که حاسانک، طالقانی، میلز، بیرکز، فرانسیس و احمدی^۲ (۲۰۱۰) در ایران در بین جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی انجام دادند، یافته‌ها بر تأثیر مثبت راهبردهای مذهبی در تحمل درد و رنج ناشی از جراحات شیمیایی دلالت دارد.

بنابراین همان‌طور که پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد، معنویت و مذهب یکی از بهترین راهبردهای مقابله‌ای برای سازگاری و سلامت جسمی و روانی است، اما در این خصوص نتایج مطالعات متفاوت است. برخی مطالعات ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین به‌کارگیری شیوه‌های مقابله مذهبی و کاهش میزان و شدت افسردگی، اضطراب، طلاق، سوء مصرف مواد و به‌طور کلی اختلالات روانی و جسمانی نشان می‌دهند (یه‌یا^۳ و داتا، ۲۰۱۰؛ زنگ، دانان و جرج^۴، ۲۰۱۱؛ لوین^۵، ۲۰۱۰؛ ایدلر^۶، مک لولین و کاسل، ۲۰۱۰) برخی مطالعات هم نتایج دیگری گزارش کرده‌اند؛ برای مثال پاراگامنت (۱۹۹۷) با بررسی ۱۳۰ پژوهش در زمینه مقابله و سازگاری مذهبی و نقش آن در سلامت روانی نتیجه گرفت که ۳۴ درصد از مطالعات به تأثیرات مثبت و معنی‌دار مقابله و سازگاری مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب اشاره دارد. ۴ درصد از مطالعات مرور شده، حاکی از تأثیر منفی مقابله و سازگاری مذهبی بر سلامت روانی بودند و ۶۲ درصد نیز هیچ‌گونه ارتباطی را بین متغیرهای مقابله مذهبی و سلامت روان نشان نداده‌اند. وجود چنین تناقضاتی ضرورت پژوهش در این زمینه را بیشتر نشان می‌دهد.

مطالعات در زمینه اتیسم، در رابطه والد - کودک، بیشتر معطوف به تأثیراتی بود که والدین بر کودک داشتند، اما به تازگی پژوهش‌ها بر روی مشکلاتی که کودکان روی والدین خود دارند، متمرکز شده‌اند (شال^۷، ۲۰۰۰؛ گری^۸، ۲۰۰۲). از طرفی در دهه‌های اخیر حمایت از خانواده‌هایی که کودک معلول یا استثنایی دارند، اهمیت حیاتی پیدا کرده است، چرا که پژوهش‌ها نشان داده که حمایت از این خانواده‌ها روی والدین و کودک نتایج مثبتی داشته است (دمسی، کین، پنل، اوریلی و

1. Plumb

3. Yehya, Dutta

5. Levin

7. Schall

9. Dempsey, Keen, Pennell, O'Reilly, Neilands

11. Asperger

2. Hassank, Taleghani, Mills, Birks, Francis, Ahmadi

4. Zeng, Danan, George

6. Idler

8. Gray

10. American Psychological Association (APA)

قرار گرفتن پرسش‌های زیرمقیاس‌ها در کل مقیاس نامرتب است و پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها در طول کل مقیاس پخش شده‌اند و روش نمره‌گذاری همه پرسش‌ها یکسان نیست. این مقیاس را در ایران فدایی، دهقانی، طهماسبیان و فرهادی (۱۳۸۹) هنجاریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر کدام از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸، ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۹، ۰/۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۸ و برای مادران کودکان پسر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۸ و برای مادران کودکان دختر ۰/۹۱، ۰/۸، ۰/۸۴ و ۰/۸ به دست آمد. ضریب اعتبار بازمیابی در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول، برابر با ۰/۷۵ برای نمره کل استرس والدین، ۰/۸۲ برای نمره آشفتگی والدین، ۰/۷۳ برای زیرمقیاس تعامل ناکارآمد والد-کودک و ۰/۷۱ برای ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین بود که این مقادیر همبستگی گویای ثبات نمرات شاخص PSI-SF در طول زمان است. روایی همگرا از طریق تعیین ضریب همبستگی با مقیاس سلامت خلقی (DASS) و پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) محاسبه شد (به نقل از فدایی و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸۳ برای آشفتگی والدین، ۰/۷۵۴ برای زیرمقیاس تعامل ناکارآمد والد-کودک، ۰/۸۳۳ برای ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و برای کل مقیاس ۰/۷۳۹ به دست آمد. دو نمونه از پرسش‌های استرس والدین عبارت‌اند از «۱- فرزندم آنقدر فعال است که مرا به کلی در مانده می‌کند.» «۲- فرزندم کمتر کارهایی را انجام می‌دهد که موجب خوشحالی من شود.»

روش اجرا و تحلیل

با توجه به اینکه یک مرکز آموزش و توانبخشی جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌داد، همه مادران مراجعه‌کننده به این مرکز با توجه به شرایط ورود به نمونه و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش شرکت کرده و پرسشنامه‌های مقابله مذهبی ایرانی و استرس والدینی را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم، و تحلیل رگرسیون استفاده شد. لازم به ذکر است در صورتی که هدف پژوهش، پیش‌بینی همزمان چند متغیر ملاک از متغیرهای پیش‌بین یا زیرمجموعه‌ای از آنها باشد، از رگرسیون چندمتغیره استفاده می‌شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶). در ضمن پیش‌فرض‌های رگرسیون شامل

رت^۱. دیگر اینکه کودک دارای اختلالات همراه مانند سندرم داون و اختلالات جسمانی مانند فلج مغزی نیز نباشد. بنابراین با حذف تعدادی از افراد در جامعه پژوهش، تعداد ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه در این پژوهش شرکت کردند. مادران شرکت‌کننده در این پژوهش با میانگین سنی ۳۲ سال، ۵۰ درصد دارای یک فرزند، ۴۵ درصد دو فرزند و ۵ درصد دارای سه فرزند بودند. همچنین ۲۰ درصد مادران شرکت‌کننده دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۱۵ درصد فوق‌دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۵ درصد فوق‌لیسانس بودند. کودکان مبتلا به اتیسم که مادرانشان در این پژوهش شرکت داشتند، ۳۰ درصد دختر و ۷۰ درصد پسر و در میانگین سنی ۷/۵۸ سال قرار داشتند.

ابزار سنجش

مقیاس مقابله مذهبی ایرانی (مبتنی بر اسلام): این مقیاس را آگیلار-وفایی و آبیاری (۲۰۰۷) طراحی و هنجاریابی کرده‌اند. آزمون دارای ۱۴ پرسش و همسانی درونی آزمون ۰/۹ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۸۸ و برای زنان ۰/۹۳ به دست آمده است. این مقیاس با گرایش مذهبی درونی آلپورت دارای همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/49$) و با جهت‌گیری بیرونی مذهبی آلپورت دارای همبستگی منفی است ($r=-0/2$). این مقیاس با توجه به تحلیل عامل تأییدی دارای سه عامل است؛ عامل اول در برگرفته موارد مربوط به مقابله‌های شناختی مذهبی مانند خواندن قرآن، احادیث و همین‌طور اقامه نماز بود. عامل دوم در برگرفته دعا، توسل و توکل به خدا و عامل سوم شامل توسل به ائمه، نذر و صدقه بود. ضریب آلفای هر کدام از عوامل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲ و ۰/۶۸ گزارش شده است (به نقل از آگیلار-وفایی، ۲۰۱۲). ضریب پایایی در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. دو نمونه از پرسش‌های مقیاس مقابله مذهبی ایرانی عبارت‌اند از: «۱- آیا شما برای حل مشکلاتان قرآن می‌خوانید؟» «۲- آیا شما برای حل مشکلاتان دعا می‌کنید؟».

پرسشنامه استرس والدینی (PSI-SF): این مقیاس شامل یک نسخه کوتاه‌شده ۳۶ گویه‌ای از شاخص اصلی استرس والدینی (PSI) است که آبدین (۱۹۹۵) تهیه کرده است. سه زیرمقیاس آشفتگی والدین، تعاملات ناکارآمد والد-کودک و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین در پرسشنامه کوتاه استرس والدینی وجود دارد. در نمره‌گذاری این شاخص باید توجه کرد که ترتیب

1. Rett

3. Depression Anxiety Stress Scales

2. Parenting Stress Index (PSI)

4. The Child Behavior Checklist

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، شاخص مقابله مذهبی ایرانی ($P=0/001, \beta=-0/513$)، خواندن قرآن، احادیث و اقامه نماز ($P=0/244, \beta=0/258$)، توسل و توکل به خدا ($P=0/224, \beta=0/31$)، توسل به ائمه، نذر و صدقه ($P=0/074, \beta=-0/41$)، سن ($P=0/702, \beta=-0/385$) و میزان تحصیلات ($P=0/157, \beta=-0/157$) به‌طور هم‌زمان وارد تحلیل شدند. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد مقابله مذهبی ایرانی ۳۵ درصد از واریانس استرس والدینی را تبیین می‌کنند. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد فقط فرضیه اول تأیید شد ($P=0/001$) و فرضیه‌های دوم، سوم، چهارم، پنجم و ششم تأیید نشدند.

استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون^۱، هم‌خطی با آزمون کولینیتی^۲ و توزیع هنجار که با آماره کولمونوگروف - اسمیرنوف سنجیده می‌شود، بررسی و تأیید شد.

یافته‌ها

برای بررسی تأثیر مقابله مذهبی ایرانی و مؤلفه‌های آن بر استرس والدین همچنین به‌منظور بررسی سن و میزان تحصیلات مادران بر استرس والدینی در شرکت‌کنندگان پژوهش از رگرسیون چندمتغیری استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون مقابله مذهبی ایرانی و مؤلفه‌های آن، سن و میزان تحصیلات بر استرس والدین

متغیر پیش‌بین	ضریب استاندارد (B)	ضریب	خطای استاندارد	نسبت تی	سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری	نسبت تی	سطح معنی‌داری
مقابله مذهبی ایرانی	-۱/۰۱	-۰/۵۱۳	۰/۳۴۱	-۳/۴۱	۰/۰۰۱			
خواندن قرآن، احادیث و اقامه نماز	۱/۱۳	۰/۲۵۸	۱/۱۸	۱/۱۸	۰/۲۴۴			
توسل و توکل به خدا	۱/۹۳	۰/۳۱	۱/۲۳	۱/۲۳	۰/۲۲۴			
توسل به ائمه، نذر و صدقه	-۰/۴۱	-۰/۰۷۴	۰/۷۰۲	-۰/۳۸۵	۰/۷۰۲	۰/۰۰۳	۳/۹۵	۰/۳۵۶
سن	-۱/۳۹	-۰/۲۲۷	۱/۸۱	-۱/۸۱	۰/۰۷۶			
میزان تحصیلات	-۳/۷۷	-۰/۱۵۷	۱/۲۳	-۱/۲۳	۰/۲۲۲			

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی نقش مقابله مذهبی ایرانی و مؤلفه‌های آن در تبیین استرس والدینی مادران کودکان مبتلا به اتیسم صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مقابله مذهبی ایرانی بر شاخص استرس والدینی تأثیر دارد، بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. از طرفی این پژوهش نشان داد که مقابله مذهبی ایرانی ۳۵ درصد واریانس استرس والدین کودکان مبتلا به اتیسم را تبیین می‌کند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های مقابله مذهبی ایرانی از جمله خواندن قرآن، احادیث و اقامه نماز، توکل و توسل به خدا، توسل به ائمه، نذر و صدقه بر استرس والدینی تأثیر ندارد. بنابراین فرضیه‌های دوم، سوم و چهارم تأیید نمی‌شود. همچنین این پژوهش نشان داد که سن و میزان

تحصیلات مادران بر استرس والدینی آنان تأثیر ندارد، بنابراین فرضیه‌های پنجم و ششم نیز تأیید نمی‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین که به نوعی تأثیر مثبت مقابله مذهبی را در حیطه‌های مختلف بررسی کرده‌اند، هماهنگ است (پرسمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ پاتریک و کینی، ۲۰۰۳؛ ایکاس و همکاران، ۲۰۰۹؛ حاسنک و همکاران، ۲۰۱۰؛ پلام، ۲۰۱۱؛ شهبازی، ۱۳۷۶؛ مکارمی، ۱۳۷۶).

در تبیین نتایج می‌توان از چند جهت به این موضوع اشاره کرد. طبق مطالعات به‌دست آمده مقابله مذهبی به افراد کمک می‌کند تا نتایج خوبی در زمان‌های پرتنیدگی به‌دست آورند، یکی از این موارد عبارت‌اند از: حسی از معنا و هدف زندگی. لیوتسی و اسوینی^۳ (۲۰۰۸) معتقدند در خانواده‌هایی که کودک معلول یا استثنایی دارند، احساس معنا در زندگی از جمله

1. Durbin Watson
3. Lightsey & Sweeney

2. collinearity

مواردی است که در رضایت خانواده بسیار تأثیرگذار است. به این ترتیب که اگر احساس معنا در زندگی بالا باشد، والدین با آنکه فرزندشان معلولیت دارد، اما از وجود فرزندشان و زندگی احساس رضایت می‌کنند؛ این موارد باعث می‌شود که تئیدگی کمتری احساس شود و از آنجایی که نماز به‌عنوان یکی از عمومی‌ترین منابع مقابله (لوونتال، مک لوتید، گلدبلات، لوبیتچ و ولنتین^۱، ۲۰۰۰) روزانه در زندگی مسلمانان وجود دارد، باعث می‌شود که همواره زندگی از معنی و هدف برخوردار باشد و این امر باعث ایجاد هیجانات مثبت قوی می‌شود و بنابراین پذیرش استرس‌ها تسهیل می‌گردد. توکل به خدا، خواندن دعا، رفتن به مسجد و تلاوت قرآن از جمله ساز و کارهای دیگر مقابله مذهبی است که در جامعه ایرانی فراوان تکرار می‌شود. از طرفی اینکه مذهب میزان استرس و عدم پذیرش کودک دارای مشکل را کمتر می‌کند، شاید به این دلیل باشد که مذهب خود بخشی از فرایند مقابله تلقی می‌شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن اثر می‌گذارد. ضمن اینکه مذهب در فرایند مقابله مداخله می‌کند و در تعریف دوباره از مسأله و مشکل به‌گونه‌ای که قابل حل باشد، کمک می‌کند و در نهایت بر پیامدهای حاصل از عوامل تنش‌زا تأثیر می‌گذارد (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). بنابراین اعتقادات مذهبی به بهبود روابط شخصی و اجتماعی فرد منجر می‌شود، توان او را در چالش با موقعیت‌های غیرقابل انتظار و مشکل‌آفرین زندگی بیشتر می‌کند و سازگاری وی را با محیط اطرافش افزایش می‌دهد و در نهایت به‌عنوان یک عامل حفاظتی در برابر افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی به‌کار می‌رود (والش، کینگ، جونز، توکمن و بلیزارد^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ قهاری، فلاح، بوالهروی، موسوی، رزاقی و اکبری، ۱۳۹۱)، همچنان که مطالعه فرنج، ایزنبرگ، واگان، پاروو، ساریانتی^۳ (۲۰۱۰) نشان داده است که راهبردهای مقابله مذهبی با عزت‌نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار ارتباط مستقیم دارد.

اما در خصوص مطالعات مذهبی نکته قابل تأملی که در تبیین فرضیات دوم، سوم و چهارم باید به آن توجه شود، تفکیک مقابله مذهبی به دو سبک مثبت (جهت‌گیری درونی) و منفی (جهت‌گیری بیرونی) است (اسنوپ^۴، ۲۰۰۸؛ بهرامی و رضائی، ۱۳۸۴). چنانچه مذهب به‌صورت اعتقادات سطحی و کورکورانه باشد، نه تنها مفید نیست؛ بلکه ممکن است بر

سلامت روانی تأثیرات منفی بگذارد، در حالی که مقابله مذهبی مثبت نوعی رابطه ایمن با خداست. چنانکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند، این جهت‌گیری درونی مذهبی است که بر میزان سلامت روانی افراد در بلندمدت تأثیر می‌گذارد نه صرف اینکه فردی مذهبی باشد یا نباشد. چرا که ممکن است فردی خود را از نظر مذهبی در سطح بالایی ارزیابی کند ولی از توانایی استفاده از مذهب در زندگی روزمره برای مقابله با مشکلات، سختی‌ها، استرس‌ها و سازگاری با آنها ناتوان باشد، بدین معنی که چنین فردی اعمال مذهبی را به‌جا می‌آورد و به ظاهر معتقد است، اما این اعتقاد درونی نشده است یا به گفته دیگر جهت‌گیری مذهبی او درونی نیست. پژوهش‌ها نشان‌دهنده این مطلب هستند که افراد دارای مذهب درونی نسبت به افراد دارای مذهب بیرونی از سلامت روانی و شادکامی بیشتری برخوردارند (فلاح و نیک‌فرجام، ۱۳۸۸). این یافته توجیه‌کننده نتایج ضد و نقیضی است که در این زمینه وجود داشته است. به‌عبارتی اگر مذهب را به‌عنوان مذهب درونی و مثبت تفسیر کنیم، یعنی مذهبی که به شخص در زندگی معنا و هدف می‌دهد، نتایج مفیدی را برای افراد به ارمغان می‌آورد. از طرفی خداوند در سوره رعد آیه ۲۸ یاد خود را مایه آرامش دلها و اطاعتش را مایه دوری از هرگونه افسردگی و اضطراب می‌داند (سوره بقره، آیه ۲۶۲) بنابراین وقتی افراد با مبدأ هستی ارتباط صمیمانه پیدا می‌کند، این اعتقاد و ارتباط با خدا تأثیر عمیقی بر عواطف و شناخت‌ها، رفتارها و عملکرد آنها می‌گذارد. به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورها و ارزش‌های دینی وقتی درونی شوند و فرد آنها را به‌طور واقعی و اصیل بپذیرد، این ارزش‌های دینی بیش از سایر روش‌ها توانایی ایجاد وحدت‌بخشی شخصیت و رفع انحرافات را به همراه دارد (پلانن و شرمن^۵، ۲۰۰۱). بنابراین با توجه به مطالب گفته شده و با استناد به نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که مقابله مذهبی ایرانی به‌صورت یک عامل کلی بر استرس والدینی مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر می‌گذارد و عوامل دیگر مثل سن و میزان تحصیلات مادران بر استرس والدین مادران کودکان مبتلا به اتیسم تأثیری ندارد که در این مورد نیاز به مطالعات آینده‌نگر احساس می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی هم همراه بود از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش، مادران کودکان مبتلا به اتیسم در یک مرکز آموزش و توانبخشی بود که امکان تعمیم این

1. Loewenthal, MacLeod, Goldblatt, Lubitsch, Valentine
3. French, Eisenberg, Vaughan, Purwowq, Suryanti
5. Planet & Sherman

2. Walsh, King, Jones, Tookman, Blizard
4. Snoep

فدایی، ز.، دهقانی، م.، طهماسبیان، ک.، فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۱۲-۷ سال. *مجله علوم تحقیقات رفتاری*، ۸(۲): ۸۱-۹۱.

فلاح، م.ح.، نیک‌فرجام، م.ر. (۱۳۸۸). جایگاه اعتکاف در آموزه‌های دینی و تأثیر آن بر افزایش شادکامی (مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه‌های یزد)، *فصلنامه علمی - پژوهشی علوم اسلامی*، ۴(۱۶): ۱۱۴-۱۲۵.

قهراری، ش.، فلاح، ر.، بوالهیری، ج.، موسوی، س.م.، رزاقی، ز.، اکبری، م.ا. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله‌های شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۴): ۳۳-۴۰.

Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Aguilar-Vafaie, M.E. (2012). *Iranian Religious Coping Scale Based on Islam*. Scale developed for research purpose only. Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.

Aguilar-Vafaie, M.E., & Abyari, M. (2007). Coping Response Inventory: Assessing Coping among Iranian College Students and Introductory Development of an Adapted Iranian Coping Response Inventory (CRI). *Mental Health, Religion, and Culture*, 10(5); 489-513.

AlHorany, A.K., Hassan, S.A., & Bataineh, M.Z. (2013). Do Mothers of Autistic Children are at Higher Risk of Depression? A Systematic Review of Literature. *Life Science Journal*, 10, 3303-3308.

Bishop, S.L., Richler, J., Cain, A.C., & Lord, C. (2007). Predictors of perceived negative impact in mothers of children with autism spectrum disorder. *American Journal of Mental Retardation*, 112, 450-461.

Bradford, Y. (1997). Psychological well-being and coping in mothers of youths with Autism, Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(3), 237-54.

Bromley, J., Hare, D.J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autism spectrum disorders-Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8, 409-423.

Carver, C.S., Scheir, M.F. and Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-288.

Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54(3), 266-80 .

پژوهش به سایر مادران در کشور با احتیاط روبه‌رو می‌شود. همچنین با توجه به محدودیت در حجم نمونه به‌منظور انجام تحلیل رگرسیون، پیشنهاد می‌شود که پژوهش دیگری با احتساب محدودیت‌های گفته شده، علاوه بر نقش پیش‌بینی‌کنندگی به نقش مداخله‌ای مذهب در بهبود وضعیت والدین کودکان مبتلا به ایتسم بپردازد.

مذهب ارزش‌های عاطفی و شناختی مشخص دارد و به‌عنوان یک نظام خودمهارگری و مدیریتی عمل می‌کند. بنابراین مذهب و مقابله همگرا هستند و مذهب نقش جدایی‌ناپذیری در مقابله دارد؛ همچنان که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به این عامل به‌عنوان یک متغیر مهم در پژوهش‌های پایه و بالینی توجه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولان مربوطه با برنامه‌ریزی‌های مناسب به تقویت باورهای مذهبی والدین کودکان مبتلا به ایتسم به‌خصوص مادران به‌عنوان یک عامل کلی و درونی بپردازند و برنامه‌هایی را در مراکز آموزش و توانبخشی کودکان مبتلا به ایتسم طراحی کنند.

منابع

بهرامی، ف.، رضایی‌فرانی، ع. (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی بیرونی و درونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. *توانبخشی*، ۶(۱): ۴۳-۴۷.

تاجری، ب.، بحیرایی، ا.ر. (۱۳۸۷). بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم‌توان ذهنی در مادران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۸(۲): ۲۰۵-۲۲۴.

چیمه، ن.، پوراعتماد، ح.، و خرم‌آبادی، ر. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات ایتستیک: یک پژوهش کیفی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۱، ۶۹۷-۷۰۷.

خرم‌آبادی، ر.، پوراعتماد، ح.، طهماسبیان، ک.، و چیمه، ن. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال ایتسم با مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۹، ۳۸۷-۳۹۹.

خوشسای، ک.، فرزادفرد، ز.، کاکاسلطانی، ب.، پوراعتماد، ح. و نیکخواه، ح. (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به ایتسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۱، ۸۷-۹۷.

سرمد، ز.، بازرگان، ع.، حجازی، ا. (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. انتشارات آگاه، چاپ سیزدهم، تهران.

شهبازی، آ. (۱۳۷۶). بررسی ارتباط بین جهت‌گیری دینی و سلامت روانی. *خلاصه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان*. تهران. صفحه ۸۵.

مکارمی، آ. (۱۳۷۶). همبستگی بین آرامش روانی، ارزش‌های دینی. *خلاصه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان*. تهران، ص ۷۲.

- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities, 30*(3), 558–66.
- Ekas, N., Whitman, T., Shivers, C. (2009) Religiosity, Spirituality, and Socioemotional Functioning in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism developmental disorder, 39*:706–719.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X., Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism, 13*, 375-387.
- French, D., Eisenberg, N., Vaughan, J., Purwowq, U., Suryanti, T. (2008). Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Developmental Psychology, 44*(2): 597-611.
- Gray, D.E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 215–222.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 405–418.
- Hassank, H., Taleghani, F., Mills, J., Birks, M., Francis, K., Ahmadi, F. (2010). Being Hopeful and Continuing to Move Ahead: Religious Coping in Iranian Chemical Warfare Poisoned Veterans, a Qualitative Study. *Journal Religious Health; 49*(3): 311-21.
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(11), 1361-1370. doi: 10.1007/s10803-010-0996-9.
- Idler, EL., McLaughlin, J., Kasl, S. (2009). Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 4*: 528–537.
- Levin, J. (2010). Religion and Mental Health Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 7*(2): 102–115.
- Loewenthal, KM., MacLeod, A., Goldblatt, V., Lubitsch, G., Valentine, JD. (2000). Comfort and Joy? Religion, cognition and mood in individuals under stress. *Cognition and Emotion, 14*: 355-374.
- Lightsey, O.R., & Sweeney, J. (2008). Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities. *The Family Journal, 16*(3), 212-221.
- Martínez-Pedraza, F.D.L., & Carter, A.S. (2009). Autism spectrum disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(3), 645- 663.
- Osborne, L.A., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(3), 405–414.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543.
- Planet, & A. Sherman (2001). *Faith and health: Psychological perspective*. New York: Guilford.
- Patrick, J.H., & Kinney, J.M. (2003). Why believe? The effects of religious beliefs on emotional well being. *Journal of Religious Gerontology, 14*, 153–170.
- Plumb, J.C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families eith a child diagnosed with an autism spectrum disorder*. Doctor of Social Work, Pennsylvania.
- Pressman, P., Lyons, J., Larson David, B., Strain, J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry, 147*, 758-760.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry IX*. Baltimor: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schall, C. (2000). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies, 9*(4), 409–423.
- Snoep, L. (2008). Religiousness and happiness in three nations: a research Note. *Journal of Happiness Studies, 9*:207–211.
- Yehya, N.A., Dutta, M.J. (2010). Health, Religion, and Meaning: A Culture-Centered Study of Druze Women. *Qualitative Health Research, 20*: 845-858
- Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A., Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: Prospective study. *British Medical Journal, 324*: 1551-4.
- Zeng, Y., Danan, G.U., George, L.K. (2011). Association of Religious Participation with Mortality among Chinese Old Adults. *Research on Aging, 33*(1): 51-83.