

رابطه دینداری و حمایت اجتماعی با شیوه‌های مقابله با تنیدگی در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه

عیسی جعفری^۱، علی اسماعیلی^۲، اکبر عطادخت^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۹/۰۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۰۳

چکیده

بررسی عوامل مرتبط با منابع مقابله‌ای مادران کودکان استثنایی به علت در معرض تنیدگی بودن این افراد واجد اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش دینداری و حمایت اجتماعی با شیوه‌های مقابله با تنیدگی در مادران کودکان استثنایی بود. روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن همه مادران کودکان استثنایی شهرستان آستارا بود. داده‌های پژوهش از ۶۷ نفر که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، جمع‌آوری گردید. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عمل به باورهای دینی، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دینداری و راهبردهای مقابله با تنیدگی رابطه وجود دارد و رابطه بین حمایت اجتماعی با شیوه‌های مقابله‌ای نیز معنادار بود. همچنین هر دو متغیر قادر به پیش‌بینی شیوه‌های مقابله‌ای در مادران کودکان استثنایی بودند. شیوه‌های مقابله با تنیدگی مادران کودکان استثنایی توسط متغیرهای دینداری و حمایت اجتماعی به خوبی قابل پیش‌بینی است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود جهت کاهش تنیدگی و نیز ارتقاء شیوه‌های مقابله‌ای در این افراد، نقش دینداری و حمایت اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: دینداری، حمایت اجتماعی، شیوه‌های مقابله با تنیدگی، مادران، کودکان با

نیازهای ویژه.

مقدمه

والدین کودکان استثنایی درخواست‌های مراقبتی قابل ملاحظه و زندگی تنش‌زایی را تجربه می‌کنند و این شرایط سلامت روانی این افراد را به خطر می‌اندازد (گیالو، سیمور، متیوس،

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، نویسنده مسئول Esa_jafary@yahoo.com

۲. استادیار روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی dresmaeili49@yahoo.com

۳. استادیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی Atadokht@uma.ac.ir

گاویدیا-پاین، هادسون و کامرون^۱، (۲۰۱۴). افرادی که کودکان با نیازهای ویژه دارند نه تنها با ویژگی‌های خاص این کودکان نظیر رفتارهای چالش‌زا، کاهش کارکرد عقلی، محدودیت‌های جسمی، نارسایی در توانایی‌های مربوط به خودمراقبتی و مهارت‌های اجتماعی محدود مواجه هستند (لیسنبری و ریفلد^۲، ۲۰۰۴)، بلکه همچنین از برجسته‌های ناشی از تفسیرهای متفاوت فرهنگی از آسیب‌دیدگی رنج می‌برند (خامیس^۳، ۲۰۰۷). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که والدین کودکان با ناتوانی‌های رشدی در مقایسه با والدین کودکان بدون چنین نارسایی‌هایی، تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند (هاستینگز^۴، ۲۰۰۲). در این میان، نقش مادران به علت اینکه اوقات زیادی در کنار کودکان هستند و ارتباط مستمری با آنان دارند، بیشتر آشکار می‌شود. همچنین به علت اینکه مادران در مقایسه با پدران مسئولیت بیشتری در مراقبت از کودکان دارند، بیشتر در معرض مشکلات مربوط به سلامت روان هستند (اولسون و هوانگ^۵، ۲۰۰۶). بنابراین شناسایی عوامل محافظتی برای این افراد جهت مقابله با مشکلات پیش رو مهم می‌باشد.

یکی از عوامل مهم جهت مقابله با تنیدگی در والدین کودکان استثنایی، باورهای دینی و عمل به آن است. معنویت به طور فزاینده‌ای یکی از عوامل دخیل در سلامت روان به شمار می‌آید. پژوهش‌های انجام شده در زمینه معنویت نشان می‌دهد که معنویت به عنوان یک منبع اجتماعی و روانشناختی در مقابله با تنیدگی عمل می‌کند (کوئینگ^۶، ۲۰۱۰). در پژوهشی که به صورت مروری و فراتحلیلی انجام شد، نتایج نشان داد که معنویت و مذهب تأثیر مثبتی بر روی فرایندهای روانشناختی نظیر بهزیستی و عزت نفس دارد (یانکر، اسکنابلروچ و دی‌هان^۷، ۲۰۱۲). اعمال معنوی و مذهبی و حمایت اجتماعی از راه‌های مختلفی به مثابه ضربه‌گیر در

-
1. Giall, Seymour, Matthews, Gavidia-Payne, Hudson & Cameron
 2. Lessenberry & Rehfeldt
 3. Khamis
 4. Hastings
 5. Olsson & Hwang
 6. Koeing
 7. Yonker, Schnabelrauch & DeHaan

برابر عوامل تنش‌زا قرار می‌گیرد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که معنویت و مذهب بعد مهمی از سلامت و بهزیستی در افراد است و به زندگی معنا می‌بخشد، همچنین به عنوان منبع مقابله‌ای مهم به شمار می‌آید و در مدیریت موقعیت‌ها به افراد کمک می‌کند (تسی، لیوید، پتچکوسکی و مانایا، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش کاریکو^۲ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که معنویت رابطه مثبت و معنی‌داری با ارزیابی مجدد مقابله‌ای دارد. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که رابطه بین پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه و معنویت به ویژه در میان زنان، معنادار و قوی می‌باشد (تانگنبرگ، ۲۰۰۱؛ تیسوات، ۲۰۰۶؛ به نقل از آروالو، پرادو و آمارو^۳، ۲۰۰۸). در زمینه نقش مذهب در سلامت روانی مادران کودکان استثنایی نیز در پژوهشی مشخص شد که باورهای دینی نقش مهمی در یافتن معنا و در نتیجه افزایش سلامت عمومی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی دارد (رضاپور میرصالح، عبدی، صافی، قاسمی، ۱۳۸۹). با توجه به پژوهش‌های مطرح شده می‌توان گفت که بین سازه‌های معنوی نظیر عمل به باورهای دینی با شیوه‌های مقابله‌ای در افراد رابطه وجود دارد و عمل به باورهای دینی قادر به پیش‌بینی شیوه‌های مقابله‌ای در افراد مورد پژوهش است. با این حال، نقش باورهای دینی در تاب‌آوری افراد در زمینه‌های مختلف از جمله داشتن کودک با نیازهای ویژه و نحوه مقابله با آن بررسی نشده است و این پژوهش نقش دینداری را با شیوه‌های مقابله‌ای بررسی کرده است.

از طرفی، در برخی از پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با حمایت اجتماعی و مقابله، مشخص شده است که حمایت اجتماعی ادراک شده به مثابه یک منبع مقابله در پیش‌بینی بهزیستی والدین در مواجهه با رخداد‌های تنیدگی‌زا همچون تولد کودکان استثنایی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند (دلنگیس و هلتنی من، ۲۰۰۵؛ هیمن، ۲۰۰۸؛ جان و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاستر، ۲۰۰۹؛ به نقل از کاکابرایی، ارجمندنیا و افروز، ۱۳۹۱). حمایت اجتماعی با پیامدهای مثبت و منفی در مادران کودکان دارای کودکان استثنایی رابطه دارد (ایکاس، لیکنبروک و وایتمن^۴، ۲۰۱۰؛

1. Tse, Liloyd, Petchkovsky & Manaia
2. Carrico
3. Arevalo, Prado & Amaro
4. Ekas, Lickenbrock & Whitman

اسمیت، گرینبرگ و سلترز، ۲۰۱۲). همچنین حمایت اجتماعی میزان تاب آوری ادراک شده خانواده را افزایش می‌دهد (بوزو، آناهار، اتس و ایتل^۲، ۲۰۱۰). پژوهش ویس^۳ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که حمایت اجتماعی در کنار خود کارآمدی ادراک شده با سخت رویی خانوادگی رابطه دارد و حمایت اجتماعی والدین قادر به پیش‌بینی سخت‌روی در خانواده می‌باشد. در پژوهش هیمن و برگر^۴ (۲۰۰۸) مشخص شد که والدین کودکان مبتلا به نشانگان اسپرگر و ناتوانی‌های یادگیری در مقایسه با گروه کنترل از حمایت اجتماعی و حمایت گروهی پایینی برخوردار بودند و میزان حمایت اجتماعی در این والدین پایین گزارش شد. در پژوهشی مشخص شد که بین حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با تنیدگی در زنان باردار رابطه وجود دارد و حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی شیوه‌های مقابله در این افراد است (بیرامی، زحمت‌یار و خسروشاهی، ۱۳۹۱). در مجموع، نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با شیوه‌های مقابله با تنیدگی در افراد مورد بررسی رابطه وجود دارد. مرور پژوهش‌های انجام شده در حوزه دینداری و حمایت اجتماعی نشان داد که بین این دو متغیر با شیوه‌های مقابله‌ای رابطه وجود دارد. با این حال، بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدید کننده زندگی نظیر سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی و ایدز مطالعه شده است و پژوهش روی والدین کودکان استثنایی انجام نشده یا اندک است. از طرفی مادران چنین کودکانی بیشتر در مخاطره تنیدگی هستند و بررسی نقش سازه‌های معنوی و حمایت اجتماعی جهت مقابله با مشکلات پیش رو در این افراد دارای اهمیت است. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر سعی دارد تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین عمل به باورهای دینی و حمایت اجتماعی با شیوه‌های مقابله‌ای در مادران کودکان استثنایی رابطه وجود دارد؟

-
1. Smith, Greenberg & Seltzer
 2. Bozo, Anahar, Ates & Etel
 3. Weiss
 4. Heiman & Berger

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را همه مادران کودکان استثنایی شهرستان آستارا در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌داد. با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه تعداد ۸۰ نفر از جامعه آماری پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به دلیل نقص در پاسخ‌ها، تعداد ۱۳ نفر از افراد مورد پژوهش از تحلیل نهایی کنار گذاشته شد و سرانجام پاسخ ۶۷ نفر از آن‌ها وارد تحلیل گردید.

جهت رعایت معیارهای اخلاقی پژوهش، اطلاعاتی راجع به محرمانه بودن پاسخ‌های اخذ شده در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و شرکت‌کنندگان رضایت خود برای تکمیل پرسشنامه‌های ارائه شده اعلام نمودند. جهت اجرای پژوهش، بعد از شناسایی و تهیه فهرست اسامی دانش‌آموزان استثنایی با والدین آنها هماهنگی لازم جهت حضور در مدرسه انجام شد و اطلاعاتی در مورد پژوهش و هدف از اجرای آن در اختیارشان قرار داده شد. بعد از مشخص شدن هدف پژوهش، پرسش‌نامه مرتبط به مادران ارایه شد و از آن‌ها خواسته شد تا حد امکان و با دقت به سؤال‌های مطرح شده پاسخ دهند و در صورت نیاز توضیحات لازم داده شد و در مدت دو هفته پرسش‌نامه‌ها تکمیل شده و در اختیار پژوهش‌گر قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

ابزار پژوهش: مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد): این پرسش‌نامه از ۲۵ سؤال تشکیل شده است که عمل به باورهای دینی را می‌سنجد. مقیاس معبد از چهار خرده مقیاس (عمل به واجبات دینی، مستحبات، فعالیت‌های مذهبی و کاربرد مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی) تشکیل شده است. هر سؤال پنج گزینه دارد و روش نمره‌گذاری این مقیاس از صفر تا چهار است. برای تک تک سؤال‌ها کمترین حالت ممکن صفر و بالاترین حالت نمره ۴ و برای کل آزمون کمترین نمره کل صفر و بیشترین نمره کل ۱۰۰ است. این آزمون از پایایی خوبی برخوردار است. در پژوهش حاجی زاده و برغمندی (۱۳۸۹) که از ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه ضریب همسانی درونی استفاده شد، میزان آلفای کرونباخ در نمونه مورد پژوهش ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز

میزان آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۹ محاسبه شد. همچنین اعتبار این آزمون توسط دو نفر از اساتید دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار آن مطلوب گزارش شد (حاجی زاده و برغمندی، ۱۳۸۹).

پرسش نامه شیوه‌های مقابله: این پرسش‌نامه توسط بیلینگز و موس^۱ در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با تنیدگی طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و سه راهبرد مقابله‌ای شناختی (۶ گویه)، رفتاری (۶ گویه)، اجتنابی (۷ گویه) را می‌سنجد. همچنین این مقیاس دو مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمودنی به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچوقت «۰»، گاهی اوقات «۱»، اغلب اوقات «۲» و همیشه «۳») پاسخ می‌دهد. در پژوهش پورشهباز (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه $I = 0.73$ ، مقابله رفتاری $I = 0.77$ ، مقابله شناختی $I = 0.83$ و مقابله اجتنابی $I = 0.60$ به دست آمد. دهقانی (۱۳۷۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را بالای ۰/۹۰ محاسبه کرده است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی: پرسش‌نامه حمایت اجتماعی توسط فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲) تهیه شده است و دارای ۲۵ سؤال و ۵ خرده مقیاس می‌باشد. حمایت ادراک شده عمومی، حمایت ادراک شده از خانواده، حمایت ادراک شده از دوستان، حمایت ادراک شده از همکلاسی‌ها و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی را می‌سنجد. در نسخه نهایی این مقیاس، خرده مقیاس مربوط به حمایت دوستان و همسایگان ترکیب شده‌اند و به صورت خرده مقیاس‌های واحدی در آمده‌اند. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت صفر (۰) و یک (۱) می‌باشد، به این معنی که به جز گویه‌های شماره ۷، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۴ که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ یعنی پاسخ نادرست (۱) نمره می‌گیرد و پاسخ درست (۰) نمره می‌گیرد، در سایر گویه‌های پرسش‌نامه به پاسخ نادرست صفر و به پاسخ درست نمره ۱ تعلق می‌گیرد. در پژوهشی ضریب اعتبار این پرسش‌نامه ۰/۴۲ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه حاضر توسط سازندگان آزمون ۰/۸۹ گزارش شده است (فلمینگ و همکاران، ۱۹۸۲؛ به نقل از طیبی، ابوالقاسمی و

1. Billings & Moos

محمودعلیلو، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها پژوهش

از کل افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۳ نفر ۳۰-۲۰ سال، ۲۵ نفر ۴۰-۳۰ سال و ۱۹ نفر ۵۰-۴۰ سال داشتند. ۲۰ نفر دارای مدرک تحصیلی سیکل، ۱۹ نفر دیپلم، ۲۲ نفر فوق‌دیپلم و ۶ نفر لیسانس بودند. ۵۴ نفر خانه‌دار و ۱۳ نفر هم‌کارمند بودند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، از نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف^۱ استفاده شد. با توجه به این که مقدار این آزمون در همه متغیرهای پژوهش بین +۱/۹۶ و -۱/۶۹- قرار داشت، بنابراین می‌توان گفت که توزیع نمرات همه متغیرهای مورد پژوهش دارای شکل نرمال بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
عمل به باورهای دینی	۷۳/۳۱	۱۱/۴۲
مقابله اجتنابی	۸/۳۲	۳/۰۸
مقابله شناختی	۱۳/۰۲	۲/۴۱
مقابله رفتاری	۱۲/۲۲	۲/۲۳
مقابله (کل)	۳۳/۵۸	۴/۰۰
حمایت اجتماعی ادراک شده از خانواده	۴/۸۵	۱/۳۸
حمایت ادراک شده از دوستان	۵/۹۵	۱/۲۹
نظر و عقیده درباره حمایت اجتماعی	۳/۵۹	۱/۳۲
حمایت عمومی	۴/۱۱	۱/۰۴
حمایت اجتماعی (کل)	۱۸/۴۷	۳/۲۴

برای بررسی رابطه بین عمل به باورهای دینی و حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های راهبردهای مقابله از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول آورده شده است.

1. Kolmogorov- Smirnov

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر عمل به باورهای دینی و حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای

مؤلفه‌های مقابله	مقابله اجتنابی	مقابله شناختی	مقابله رفتاری	مقابله (کل)
ضریب همبستگی	-۰/۱۲	۰/۰۰۰**	۰/۳۹۴**	۰/۴۹۴**
عمل به باورهای دینی	سطح معناداری	۰/۳۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
ضریب همبستگی	-۰/۵۹**	۰/۵۵**	۰/۴۲**	۰/۱۲۵
حمایت اجتماعی	سطح معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۳

** $p < ۰/۰۱$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که به جز مؤلفه مقابله اجتنابی، بین عمل به باورهای دینی با مقابله شناختی ($P < ۰/۰۱$)، مقابله رفتاری ($P < ۰/۰۱$) و مقابله (کل) ($P < ۰/۰۱$) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای نشان داد به جز راهبرد مقابله‌ای (کل)، مقابله اجتنابی ($P < ۰/۰۱$)؛ مقابله شناختی ($P < ۰/۰۱$) و مقابله رفتاری ($P < ۰/۰۱$) با حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای بر اساس عمل به باورهای دینی و

حمایت اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	F	R	R ²	Sig
عمل به باورهای دینی	۰/۱۷۳	۰/۰۳۸	۰/۴۹۴	۴/۵۸	۲۱/۰۰	۰/۴۹۴	۰/۲۴۴	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی (کل)					۶/۸۰	۰/۵۵۲	۰/۳۰۵	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی خانواده	۱/۱۶۹	۰/۳۴۰	۰/۳۹۸	۳/۴۴				۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی دوستان	۰/۳۱۸	۰/۳۵۵	۰/۱۰۳	۰/۸۹۵				۰/۳۷۴
عقیده و نظر در مورد حمایت	۰/۰۲۹	۰/۳۸۵	۰/۰۱۰	۰/۰۷۵				۰/۹۴۰
حمایت عمومی	۱/۵۲	۰/۴۰۵	۰/۴۱۲	۳/۷۶				۰/۰۰۰۱

منابع

- بیرامی، م. زحمت‌یار، ح. بهادری خسروشاهی، ج. (۱۳۹۱). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با فشار روانی دوران بارداری در زنان باردار نخست‌زا براساس مؤلفه‌های سرسختی و حمایت اجتماعی. *پژوهش پرستاری*، ۷، ۹-۱.
- جعفری، ع. محمدزاده، ع. (۱۳۹۲). بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در کارکنان نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۴، ۲۳-۱۷.
- حاجی زاده میمندی، م؛ یرغم‌دی، م. (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۵، ۹۴-۸۷.
- رضاپور میرصالح، ی. عبدی، ک. صافی م. قاسمی، م. (۱۳۸۹). نقش باور دینی و سبک‌مدارا در پیش‌بینی سلامت عمومی مادران دارای کودک دچار ناتوانی ذهنی، *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰، ۱۵۰-۱۲۳.
- طیّبی، ک. ابوالقاسمی، ع. محمودعلیلو، م. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روانگردان و افراد بهنجار. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲، ۶۲-۵۴.
- کاآبرایی، ک. ارجمندنیای، ع. افروز، غ. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس‌های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۲، ۲۶-۱.
- نادری، ف. صفرزاد، س. مشاک، ر. (۱۳۹۰). مقایسه خود‌بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی و عادی. *فصلنامه سلامت و روانشناسی*، ۱، ۴۱-۱۵.

Arevalo, S., Prado, G., Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31, 113-123.

Billings & Moos. (1981). Coping stress and social resources among with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Bozo, O. , Anahar, S., Ates , G., & Etel, E. (2010). Effects of illness

- representation, perceived quality of information provided by the health-care professional, and perceived social support on depressive symptoms of the caregivers of children with leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 23–30.
- Carrico, A.W., et al. (2006). A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 51– 58.
- Dehghani N, (1994). *Investigated the relationship between stress and social support and mental health*. MS Azad University - Unit of Rodehen. [Persian]
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1274–1284.
- Frydenberg E. (2008). *Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice*. New York, Routledge.
- Giallo, R., Seymour, M., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Hudson, A., Cameron, C. (2014). Risk factors associated with the mental health of fathers of children with an intellectual disability in Australia. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1-15.
- Hastings, R. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 149-160.
- Heiman, T., Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.
- Khamis, V. (2007) Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science and Medicine*, 64, 850–7.
- Koeing, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7, 116-122.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A., Phares, V. (2008). *introduction to clinical psychology*. London: Pearson.
- Lessenberry, B. M., & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. *Exceptional Children*, 70, 231–44.
- Olsson, M., & Hwang, C. (2006). Well-being, involvement in paid work and division of child-care in parents of children with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 963–9.
- Purshhbaz A. *The relationship between stress and life events and personality type assessment in patients with leukemia*. Master Thesis in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry, Iran. 1994, [Persian].
- Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Seltzer, M. M. (2012). Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with

-
- autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1818–1826.
- Tse, S., Lloyd, C., Petchkovsky, L., Manaia, W. (2005). Exploration of Australian and New Zealand indigenous people's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 181-187.
- Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P., Lunsy, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1310–1317.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35, 299-314.