Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت
دوره اول، شماره سوم، پاییز ۹۳، صفحه: ۴۹-۴۱

نقش نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی

دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۷ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۱/۲۰

محمد نریمانی (PhD) [۱]
رضا ایل بیگی قلعه نی (MA) [*۱]
مریم رستمی (MA) [۱]

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*نویسنده مسئول: رضا ایل بیگی قلعه نی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

تلفن: ۳۳۵۱۶۴۰۳ ۴۵ ۹۸+
فاکس: ۳۳۵۱۶۴۰۳ ۴۵ ۹۸+
Email: reza.ilbeigy@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می دهند. به منظور تعیین نمونه، تعداد ۱۰۰ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر مراجعه کننده به مرکز درمانی و نگهداری امام سجاد (ع) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های رضایت از زندگی Dienner، نگرش های مذهبی Khodayari Fard، بهزیستی معنوی پالوتزین و Ellison و حمایت اجتماعی واکس را تکمیل کردند. داده های حاصل پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسون چندگانه، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که نگرش مذهبی (r=۰/۳۰۹)، بهزیستی مذهبی (r=۰/۱۵۷)، بهزیستی وجودی (r=۰/۱۹۰)، حمایت اجتماعی خانواده (r=۰/۳۵۹) و حمایت اجتماعی دوستان (r=۰/۱۰۰) با رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی رابطه مثبت معنی دار دارند. همچنین حمایت اجتماعی (B=۰/۴۹۹)، نگرش مذهبی (B=۰/۴۵۱)، و بهزیستی معنوی (B=۰/۳۱۹) به ترتیب می تواند تغییرات مربوط به رضایت از زندگی را در مادران کودکان کم توان ذهنی، به صورت معنی داری پیش بینی کند و ۳۰ درصد از واریانس رضایت از زندگی توسط این متغیر ها تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: می توان نتیجه گیری کرد نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی، نقش تعیین کننده ای در رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی دارند.

واژگان کلیدی: نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، کم توانی ذهنی، مادران

مقدمه

عقب ماندگی ذهنی یا کم توانی ذهنی (mental retardation) یکی از عمده ترین، پیچیده ترین و دشوار ترین مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان در جوامع بشری امروزی است (۱) و به کنش هوش عمومی که به طور معنی دار یا قابل ملاحظه ای کمتر از حد متوسط عمل کرده (بهره هوشی کمتر از ۷۰) و با نقایصی در رفتار سازشی توأم بوده و در دوران رشد پدیدار شده است، گفته می شود (۲). براساس تحقیقات، در هر جامعه حدود ۱ تا ۳ درصد جمعیت را افراد کم توان ذهنی تشکیل می‌دهند (۳). با توجه به آمار اعلام شده از سوی معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵، در کشور حدود دو میلیون و هشت هزار معلول وجود دارد (۴) که از این تعداد نزدیک سی هزار نفر را افراد کم توان ذهنی تشکیل می دهند (۵). بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند به مثابه رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و نومیدی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهند والدین کودکان کم توان ذهنی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند (۶و۷). این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی و افزایش چالش ها و مشکلات در خانواده فراهم می‌کند (۸). در چنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده آسیب می‌بینند (۹)، اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسؤولیت های بیشتری را در قبال فرزندان خود احساس می کنند که در نتیجه با فشار ها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند (۱۰). پژوهش های بسیاری به مقایسه ابعاد سلامت روان و رضایت از زندگی مادران کودکان عادی وکم‌توان ذهنی پرداخته اند و نشان داده اند که میزان سازش یافتگی اجتماعی (۱۱)، سلامت روانی (۱۰)، رضایت از زندگی (۱۲) در مادران کودکان کم توان ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی است. رضایت از زندگی (satisfaction life) را ارزیابی فرد از جنبه های گوناگون زندگی خود توصیف می کنند. به بیان دیگر می توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزو های شخص و وضعیت کنونی اوست (۱۳). رضایت از زندگی بنا به عقیده بسیاری از پژوهشگران با عوامل اجتماعی،

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

اقتصادی، خانوادگی و فردی در رابطه است. ناهمخوانی بین اهداف، تمایلات و نیاز ها، که غالباً به دلیل وجود مسائل و مشکلات خاص پدید می آیند، در بروز نارضایتی مؤثر هستند. در زندگی امروز بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارب تنش زایی هستیم که بهداشت و سلامت روان و مطمئناً رضایت از زندگی را به مخاطره می اندازد. در چنین شرایطی برخی عوامل می توانند به انسان کمک کنند و مانع آسیب دیدگی و اضمحلال وی، زیر فشار سنگین مشکلات شوند. طبق پژوهش های صورت گرفته یکی از عواملی که نقش و جایگاه مؤثری در احساس رضایت افراد از زندگی دارد، نگرش های مذهبی (Religious attitudes) است (۱۴). نگرش های مذهبی، نگرش نظام داری از باور ها و اعمال نسبت به امور مقدس است، باوری است که تقویت آن، یگانگی، ثبات، استمرار و پایداری فرد را موجب می شود (۱۵). شواهد بسیاری نشان داده اند که اعتقادات مذهبی درست، بسیاری از نیاز های اساسی انسان را برآورده کرده و خلاء های اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می کند (۱۶). مذهب به عنوان یک محافظ در برابر فشار های روانی عمل می کند و رابطه ی بین مذهب و سلامت روان بر ابعاد مختلف عملکرد فرد تاثیر می گذارد (۱۹-۱۷). پژوهش ها نشان داده اند که گرایش ها و باور های مذهبی روند رضایت از زندگی را تسهیل و تسریع می کند (۲۳-۲۰).

یکی دیگر از مفاهیمی که ارتباط نزدیکی با دینداری و باور های مذهبی دارد، مفهوم بهزیستی معنوی (spiritual Well-Being) است که از دو مولفه ی معنویت و بهزیستی تشکیل شده است و دارای دو بعد بهزیستی مذهبی (religious Well-Being) و بهزیستی وجودی (existential Well-Being) است (۲۴). Ellison بیان می دارد که بهزیستی معنوی شامل یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است. بهزیستی مذهبی که عنصر مذهبی است، بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی عنصری روانی اجتماعی است و بیانگر احساس فرد از این که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد، می باشد. هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود می باشند. بعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی، ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیطمان سوق می دهد. از آنجایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می کند این دو بعد در عین حال که از هم جدا هستند با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه ما احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی می کنیم (۲۵). پژوهش ها نشان داده اند که بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی ارتباط مثبت معنادار دارند (۲۹-۲۶).

در ادامه باید متذکر شد که یکی دیگر از متغیر هایی که رابطه تنگاتنگی با رضایت از زندگی دارد حمایت اجتماعی (support social) است. حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که می‌توان آن را در چهار گروه از رفتار های حمایتی قرار داد: حمایت عاطفی (emotional support) شامل احساس همدردی، دوست داشتن، اعتماد و توجه که رابطه ای قوی با سلامتی دارد؛ حمایت مادی (material support) که شامل کمک مادی و خدماتی به شخص نیازمند است؛ حمایت اطلاعاتی (data support) مشتمل بر توصیه ها، پیشنهادات و اطلاعاتی که شخص از آن در رویارویی با مشکلات استفاده می کند و حمایت ارزیابی (assessment support) که عبارت است از در دسترس گذاشتن اطلاعات سودمند برای خود ارزیابی (۳۰). حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین و نیرومند ترین نیرو های مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد با شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می کند (۳۱).

تحقیقات و بررسی ها حاکی از آن است که داشتن حمایت اجتماعی می تواند در رضایت از زندگی افراد تأثیر گذار باشد. حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی را از دو طریق متأثر می سازد: اولین روش، تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می گذارد. روش دوم شامل تأثیر غیر مستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس زا محافظت می کند (۳۲) و در واقع حمایت کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می گردد و اضطراب را کاهش می دهد و تمام این ها به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد را می دهد (۳۳). پژوهش های بسیاری به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی پرداخته اند و نشان داده اند بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد (۳۷-۳۴). از آنجا که در مورد نقش باور های مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی در زمینه ی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی پژوهش های محدودی صورت گرفته است، لذا تعیین نقش متغیر های حاضر می تواند گام ارزنده ای در شناسایی تعیین کننده های رضایت از زندگی این افراد باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین نقش باور های مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی در پیش بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی می باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می دهند. به منظور برآورد حجم نمونه با استفاده از روش های متفاوتی مانند مطالعه ی پیشینه ی مطالعات همبستگی و جدول استاندارد مورگان کجرسی، تعداد ۱۰۰ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر مراجعه کننده به مرکز درمانی و نگهداری امام سجاد (ع) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود این پژوهش شامل محدوده ی سنی ۲۰ الی ۵۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و عدم ابتلا به اختلال های پسیکوتیک بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسون چندگانه، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس توسط Dienner و همکاران (۱۹۸۵) ساخته شده است. این مقیاس پنج آیتم دارد که توسط

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای پاسخ داده می شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۵ تا ۳۵ می باشد. Dienner و همکاران ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کردند. پژوهش ها ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۶۹ گزارش کرده اند. ضریب اعتبار این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک (r=۰/۶۰) و مقیاس شادکامی آکسفورد (۰/۶۲ تا ۰/۷۹) معنی دار می باشد (۳۸).

مقیاس نگرش مذهبی: این پرسشنامه در سال ۱۳۷۸ توسط Khodayari Fard و همکاران تهیه شده است. این پرسشنامه یک نگرش‌سنج نوع لیکرت و مشتمل بر ۴۰ سوال است که آزمودنی به هر سؤال بر روی یک مقیاس پنج گزینه ای در کاملاً مخالفم در سوی منفی تا کاملاً موافقم در سوی مثبت پاسخ می دهد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس پاسخ های آزمودنی ها به مواد مختلف آن و در مقیاس پنج تایی لیکرتی، صفر برای کاملاً مخالف تا ۴ برای کاملاً موافقم انجام می شود. جمع نمرات، نمره کلی آزمودنی در مورد نگرش مذهبی وی به دست می‌آید (در دامنه ای بین ۰ تا ۱۶۰)، نمرات بالا، نشان دهندهٔ گرایش های مذهبی قوی تر است. Khodayari Fard و همکاران شاخص های پایایی و روائی پرسشنامه را در دو مطالعه ۰/۹۴ و ۰/۹۶ و ضریب پایایی از روش بازآزمون ۰/۹۱ و به روش دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمده است (۳۹).

مقیاس بهزیستی معنوی: این مقیاس توسط پالوتزین و Ellison در سال ۱۹۸۲ ساخته شد. این مقیاس ۲۰ سوال و دو خرده مقیاس را شامل می شود. سؤال های فرد، مقیاس مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی است و میزان تجربه فرد از رابطهٔ رضایت بخش با خدا را می سنجد و سؤال های زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می سنجد. پاسخگویی به سؤال ها بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و دامنه ی نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ می باشد. ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ را برای این دو عامل به تربیت ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش گردند (۴۰).

مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط واکس، ریدل و استوارت با استفاده از روش تحلیل عاملی ساخته شده است. ساختار نظری این مقیاس بر اساس تعریف کوب از حمایت اجتماعی استوار و مشتمل بر ۲۳ سؤال می باشد که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در بر می گیرد. این آزمون براساس یک مقیاس چهار درجه ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف ساخته شده است. واکس و همکاران ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۹۰ و همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و مؤلفه های آن (از ۰/۸۳ تا ۰/۹۰) گزارش کرده اند. در ایران پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است (۴۱).

یافته ها

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود یافته های جمعیت‌شناختی گروه مورد مطالعه آورده شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی در گروه مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
دیپلم	۳۲	۳۲
فوق دیپلم	۲۰	۲۰
لیسانس	۲۹	۲۹
فوق لیسانس	۱۹	۱۹
دکتری	۰	۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کل نگرش مذهبی ۷۰/۱۹۰ (و ۴/۲۸۳)، میانگین (و انحراف معیار) نمره کل بهزیستی معنوی ۶۴/۶۴۰ (و ۳/۹۸۱)، میانگین (و انحراف معیار) نمره کل حمایت اجتماعی، ۳۷/۱۴۰ (و ۳/۱۳۲) و میانگین (و انحراف معیار) رضایت از زندگی ۲۰/۵۲۹ (و ۴/۰۶۰) می باشد. همچنین میانگین سنی (و انحراف معیار) سن آزمودنی ها ۳۹/۵۵ (و ۴/۲۸) می باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی

	متغیر	Mean±SD
نگرش مذهبی	کل	۷۰/۱۹۰±۴/۲۸۳
بهزیستی معنوی	بهزیستی مذهبی	۳۴/۵۲۰±۳/۴۱۷
	بهزیستی وجودی	۳۰/۱۲۰±۳/۵۶۱
	کل	۶۴/۶۴۰±۳/۹۸۱
حمایت اجتماعی	خانواده	۱۴/۱۱۶±۲/۵۳۹
	دوستان	۱۲/۲۱۹±۳/۷۱۴
	سایرین	۱۰/۸۰۵±۲/۲۰۲
	کل	۳۷/۱۴۰±۳/۱۳۲
رضایت از زندگی	کل	۲۰/۵۲۹±۴/۰۶۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج نشان داد نگرش مذهبی (r=۰/۳۰۹)، بهزیستی مذهبی (r=۰/۱۵۷)، بهزیستی مذهبی (r=۰/۱۹۰)، حمایت اجتماعی خانواده (r=۰/۳۵۹) و حمایت اجتماعی دوستان (r=۰/۱۰۰) با رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی رابطه مثبت معنی دار دارند. برای تعیین تاثیر هر یک از متغیر های نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیر های پیش‌بینی و رضایت از زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله ی

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

رگرسیون، تحلیل شدند. در جدول ۴ میزان F مشاهده شده معنی دار است (P<۰/۰۰۱) و همچنین نتایج نشان می دهد ۳۰ درصد از واریانس رضایت از زندگی توسط این متغیر ها تبیین می شود. همچنین نتایج نشان داد حمایت اجتماعی (B=۰/۴۹۹)، نگرش مذهبی (B=۰/۴۵۱)، و بهزیستی معنوی (B=۰/۳۱۹) به ترتیب می تواند تغییرات مربوط به رضایت از زندگی را در مادران کودکان کم توان ذهنی، به صورت معنی داری پیش‌بینی کند.

جدول ۳: ضریب همبستگی نگرش مذهبی، بهزیستی معنوی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی

	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	نگرش مذهبی	۱						
۲	بهزیستی مذهبی	۰/۱۰۸	۱					
۳	بهزیستی وجودی	۰/۲۰۹*	۰/۹۹۰	۱				
۴	خانواده	۰/۲۵۱*	۰/۳۵۴	۰/۲۷۸*	۱			
۵	دوستان	۰/۲۶۲	۰/۳۹۹	۰/۰۹۲	۰/۲۹۵	۱		
۶	سایرین	۰/۱۲۹	۰/۰۱۵	۰/۲۶۰	۰/۲۰۹	۰/۰۶۹	۱	
۷	رضایت از زندگی	۰/۳۰۹**	۰/۱۵۷*	۰/۱۹۰*	۰/۳۵۹**	۰/۱۰۰*	۰/۹۸	۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵

** معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴: تحلیل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده های رضایت از زندگی در مادران کودکان کم توان ذهنی

متغیر	B	SE	Beta	T(p)
نگرش مذهبی	۰/۵۳۶	۰/۳۰۲	۰/۴۵۱	۳/۶۵۹**
بهزیستی معنوی	۰/۴۸۵	۰/۲۵۷	۰/۳۱۹	۲/۲۲۸*
حمایت اجتماعی	۰/۶۱۶	۰/۲۲۷	۰/۴۹۹	۴/۲۰۷**
	R^2=۰/۲۹۹		R=۰/۵۰۱	

* معناداری در سطح ۰/۰۵

** معناداری در سطح ۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش نگرش های مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که نگرش های مذهبی قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی است. این یافته با نتایج پژوهش های Pavot و همکاران (۲۰)، Richard و همکاران (۲۱)، Thoresen و همکاران (۲۲)، و Trevino (۲۳) همخوان است. در تبیین این یافته می توان عنوان کرد که ایمان به خدا موجب می شود نگرش فرد به کل هستی هدف دار و دارای معنی باشد و عدم ایمان به خدا موجب می‌شود که فرد انسجام و آرامش نداشته باشد. مذهب موجب صبر و بردباری، احساس همدلی و انعطاف پذیری در روابط با دیگران می شود که این ویژگی ها در روابط خانوادگی نقش دارند و موجبات رضایت از زندگی را فراهم می آورند (۴۲). علاوه بر این، می توان چنین بیان کرد که اعمال مذهبی از لحاظ درون فردی، فرد را قادر می سازند تا از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی، استرس و ناتوانی‌اش را کنترل کند. این امر به او کمک می‌کند تا مسئولیت اعمال خود را در تعارض ها بپذیرد و از لحاظ بین فردی، شرایطی ایجاد کند که فرد به هنگام ناامیدی به خدا توجه کند. به عبارت دیگر مذهب قادر است پاسخ بسیاری از پرسش های پیش روی انسان را بدهد و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم نماید و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات زندگی باشد. به همین دلیل می توان گفت که وجود نگرش مذهبی نیرومند در افراد برای سازگاری و حل مشکلات، عاملی روشنگر و حمایتگر است (۱۹). همچنین می توان گفت هنگامی که شخص به مفاهیم دین و هدف حقیقی آفرینش پی می برد، راحت تر با مشکلات کنار می آید و سختی ها را جزء جدایی ناپذیر این دنیا می بیند و با توکل بر خدای هستی به مقابله با مشکلات می پردازد و کمتر دچار اختلالات روانی می شود. انسانی که با سرمشق قرار دادن مفاهیم مذهبی، فلسفه زندگی و هدف خلقت را درک کند، در زندگی فردی و اجتماعی و هنگام مواجهه با موانع و مشکلات، منطقی و عقلانی برخورد می کند و با تکیه بر الطاف الهی و حفظ ایمان و آرامش خود راه هایی را نیز برای مقابله با این ناملایمات می یابد که این عوامل با کمک یکدیگر موجبات

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

داشتن رضایت بالا از زندگی را میسر می سازند (۴۳). همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بهزیستی معنوی قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Vahedi و همکاران (۲۶)، Hooman (۲۷)، Sabatier و همکاران (۲۸) و Lim و همکاران (۲۹) همخوان است. در تبیین این یافته می توان چنین بیان کرد که بهزیستی معنوی موجب می شود که فرد احساس کند یک نیروی برتر از او محافظت می‌کند و به او توجه دارد. از سوی دیگر بهزیستی معنوی باعث ارتباط بهتر با سایر افراد شده و در نتیجه منابع حمایت اجتماعی را افزایش می دهد که این امر احساس تنهایی فرد را کاهش داده و سبب رضایت از زندگی می گردد (۲۷). از سوی دیگر پژوهش ها نشان داده اند معناداری زندگی باعث افزایش شادکامی و احساس رضایت از زندگی می شود (۴۴).

بهزیستی معنوی می‌تواند از طریق فراهم سازی حمایت اجتماعی یا منابع مقابله ای برای افراد و یا با ایجاد عزت نفس و احساس خود ارزشی سهم بسزایی در رضایت از زندگی داشته باشد. افرادی که بهزیستی معنوی بالایی دارند هنگام شرکت در مراسم مذهبی احساس می کنند زندگیشان معنا دارد که این امر به خودی خود به رضایت از زندگی منجر می شود (۴۵). از این رو، معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه گیر عمل می کنند و موجب ارتقا سطح رضایت از زندگی افراد می شود. بهزیستی معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد شده و سطح سازگاری افراد با رویداد های زندگی را افزایش می دهد و در نتیجه رضایت از زندگی افراد را می افزاید (۲۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی بود. این یافته با نتایج پژوهش های Landman و همکاران (۳۷)، Hughes و همکاران (۳۶)، Bakhshipour و همکاران (۳۴)، Cheraghi و همکاران (۳۵) همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت که حمایت اجتماعی برای ادامه زندگی افراد اجتماع به ویژه رضایت از زندگی ضروری است. از طریق حمایت اجتماعی است که افراد می توانند فشارهای روانی خود را تحمل کرده و از این طریق روی کمک دیگران حساب باز کنند. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مهم می‌تواند به رضایت از زندگی افراد کمک کند. حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند (۳۱). همچنین حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسط های میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده و در نتیجه موجب بهبود رضایت از زندگی افراد می شود (۳۷). در واقع برخورداری از حمایت اجتماعی یکی از مؤلفه های بسیار مهم در بهداشت روان افراد و رضایت از زندگی آنان است. افراد وقتی که می دانند از طرف خانواده، دوستان و نزدیکان خود حمایت می شوند، احساس خشنودی بیشتری دارند و در مقابله با مشکلات با منطق و عملکرد بهتری عمل می کنند. بدیهی است که همه انسان ها در هنگام گرفتاری ها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. در واقع هرچه حمایت اجتماعی دیگران بیشتر باشد، امیدواریشان نیز بیشتر می شود. بنابراین به دو روش، حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی تأثیر می گذارد: یکی تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می گذارد. روش دوم تأثیر غیرمستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل تأثیرات منفی در شرایط تنش زا محافظت می کند. در واقع حمایت یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می گردد (۳۳).

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که نگرش‌های مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی ۳۰ درصد از واریانس رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی را تبیین کرده و دارای توان پیش‌بینی معناداری بودند. این نتیجه نشان می دهد که ۷۰ درصد از واریانس و عوامل باقیمانده، توسط متغیر های دیگر موثر بر رضایت از زندگی (نظیر عوامل زیست شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می شود. با توجه به عدم وجود یافته های متناظر در پیشینه، از این یافته می توان استنباط کرد که که نگرش های مذهبی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی، تاثیرشان بر رضایت از زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی خیلی قابل ملاحظه نبوده است. لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. با توجه به محدود بودن نمونه‌ی پژوهش شهرستان تربت حیدریه و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می بایست در تعمیم یافته ها احتیاط کرد. همچنین از آنجا که این بررسی فقط بر روی مادران کودکان کم توان ذهنی بوده است، نمی توان نتایج را به کل مادران کودکان دارای معلولیت تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در مناطق و استان های دیگر و با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنس، نوع کم توانی ذهنی، تحصیلات و غیره) نیز اجرا شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی جامعه ای دیگر از معلولیت ها، اجرا و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می شود.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

References

1. Luckasson, R; Reeve, A. Defining, and classifying in mental retardation. Ment Retard, 2003; 39(1): 47-52.
2. Judith, A; Schilling, Mc. Psychiatric Nursing. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins, 2003: 93-95.
3. Kratochwill, T. R; Morris, R. J. The practice of child therapy. 4th ed. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007: 463-470
4. Country official statistics. Available at: www.behzisti.ir, 2006 [In Persian].
5. Koohsali, M; Mirzamani, M; Karimlo, M; Mirzamani, M. Comparison of social adjustment in mothers of educable mentally retarded daughter. Journal of Behavioral Sciences, 2008; 2(2): 165-72 [In Persian].
6. Hastings, RP. Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 2002; 27: 149-160.
7. Khamis, V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. Social Science & Medicine, 2007; 64: 850-857.
8. Shin, J; Nhan, N. V; Crittenden, K. S; Flory, H. D. T; Ladinsky, J. Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research, 2006; 50: 748-760.
9. Herring, S; Gary, J; Taffe, K.; Sweeney, D; Eifeld, S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. Journal of Intellectual Disability Research, 2006; 12: 874- 882.
10. McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S. & Shukri, R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-culteral study. International Journal of Nursing Studies, 2008; 45.
11. Strachan, J. W. Fathers of children with educational disabilities. The role of stress in life satisfaction. Dissertation (Ph.D), The Florida State University. 2005.
12. Sapp, A. L., Trentham-Dietz. A., Newcomb, P. A., Hampton, J. M., Moinpour, C. M., Remington, P. L. Social Networks and Quality of Life among Female Long-Term Colorectal Cancer Survivors. Cancer, 2003; 98(8): 1749-1758.
13. Nasiri, H; Jokar ,B. Meaning in life, hope, life satisfaction and mental health in woman. Journal of research woman, 2008; 1(2) [In Persian].
14. Ghobari Bonab, B. Common in the realm of religion and psychology studies. Journal of Science, 2000; 7(29) [In Persian].
15. Yavari, F. Spiritual films due to the impact of personality on religious attitude and sense of meaning in the lives of undergraduate students. Master's thesis, Faculty of Education and Psychology martyr Beheshti University, 2006 [In Persian].
16. Asadi Noghani, A; Amiri, Sh; Haji Aghakhani, S. Psychiatric Nursing, First published.Tehran: Boshra, 2005 [In Persian].
17. Krause, N. Religious meaning and subjective well–being in late life. Journals of Gerontology: Series B, 2003; 58(3): 160-170.
18. Hackney, C. H., & Sanderes, G. S. Religiosity and mntal health. Journal for the Scientific Study of Religion, 2003; 42: 43-55.
19. Nooney, G. Religion, stress, and mental health in adolescence. Review of Religious Research, 2005; 46(4): 341-355.
20. Pavot, W., Dienner, E., Suh, E. The Temporal Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 1998; 70: 340-354.
21. Richard, J. A; Bell, C. D; Carlson, W. J. Individual religiosity, moral Community, and drug user treatment. Journal for the Scientific Study of Religion, 2000; 39(2): 240-246.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

22. Thoresen, C. E., Harris, A. H., & Oman, D. Spirituality, Religion and Health: Evidence, Issues, and Concerns. New York and London: The Guilford Press, 2001.
23. Trevino, K. M. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional, 2007.
24. Dehshiri, Gh; Sohrabi F, Jafari E, Najafi, M. Investigation of psychometric properties of spiritual well-being scale among students. Psychology Study, 2008; 4(3): 35-45 [In Persian].
25. Ellison, C. Religious involvement and subjective wellbeing. Journal of Health and Social Behavior, 199; 32: 80–99.
26. Vahedi, Sh; Ghanizade, S. Path analysis model of the relationship between intrinsic motivation, religious, prayer, spiritual well-being and quality of life for students with psychological well-being. Journal of Research on Psychological Health, 2008; 3(2): 27-42 [In Persian].
27. Hooman, H; Ahadi, H; Sepah Mansour, M; Sheikhi, M. Modeling based on the structure of Nthayy sense of spiritual well-being, self-efficacy and life satisfaction. Journal of Psychological Research, 2009; 2(7): 19-32 [In Persian].
28. Sabatier, C., Mayer, B., Friedlmeier, M., Lubiewska, K., Trommsdorff, G. Religiosity, Family Orientation, and Life Satisfaction of Adolescents in Four Countries. International Journal of Behavioral Development, 2004; 28 (5): 385-400.
29. Lim, C., Putnam, R. D. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. American Sociological Review, 2010; 75(6): 914-933.
30. Toljamo, M; Hentinen, M. Adherence to self care and social support. J Clin Nurs, 2001; 10(5): 618-627.
31. Friedlander LJ; Reid GJ. Shupak N. Cribbie R, Social support, self- esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first –year under graduates. Journal of College Student Development, 2007; 48(3): 259-274.
32. Van Leeuwen, M. C., Post, W. M., Van Asbeck, W. F., Vander Woude, H. V., Groot, S. Lindeman, E. Social support and Life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. Journal of psychology, 2010; 3: 265-271.
33. Ghanvatian, M. (2000). The relationship between mental health and social support of paranoid thinking in students of Islamic Azad University. Thesis, Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, 2000 [In Persian].
34. Bakhshipour Roudsari, A; Peiravi, H; Abedian, A. (2005). Examine the relationship between life satisfaction, social support and mental health. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health, 2005; 7(27): 145-152 [In Persian].
35. Cheraghi, M; Dolatabadi, A; Salavati, M; MoghimBeigi, A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Iran Journal of Nursing, 2012; 25(75): 21-31 [In Persian].
36. Hughes, J. W. Tomlinson, A. Blumenthal, J. A; Davidson, J. Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients. Annual Behavior Medicine, 2004; 28(3): 179–185.
37. Landman-Peeters, K. M. Hartman, C. A. Den Boer, J. A; Ormel, J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Social Sciences & Medicine, 2005; 60: 2549-59.
38. Bayani, A; Mohammad Koucheky, A; Goodarzi, H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. Journal of Iranian Psychologists, 2007; 3(11): 259-265 [In Persian].
39. Khodayari Fard, M; Shoukoohi Yekta, M; Ghobari Bonab, B. Preparing Religious Attitude Scale. Journal of Psychology, 1998; 15: 268-285 [In Persian].
40. Vahedi, Sh; Fathabadi, J; Akbari, A. A mediated model of emotional and social feeling of loneliness, spiritual well-being, social distancing and depression in female university students. Journal of Applied Psychology, 2011; 4(16): 7-24 [In Persian].
41. Hasanzade, P; Dehkordi, M; Khamseh, M. The Study of the Relationship of Social Support and Coping Strategies in Patients with Diabetes Type 2 diabetes. Health Psychology: 2012, 1(2): 12-21 [In Persian].

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

42. Ceccero, J. J; Bedrosian, D. R., Fuentes, A., & Bornstein, R. F. Religiosity and health dependency as predictors of spiritual well-being. International Journal for the Psychology of Religion, 2006; 16(3): 225-238.
43. Miller, W. R., & Thoresen, C. E. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. American Psychologist, 2003; 58(1): 24-35.
44. Peterson, C., Park, N., Seligman, M. E. P. Orientation to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life versus the Empty Life. Journal of Happiness Studies, 2005; 6: 25-41.
45. Steger, M. F., & Frazier, P. Meaning in Life: One Link in the Chain from Religiousness to Well-Being. Journal of Counseling Psychology, 2005; 52 (4): 574-582.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]

Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

Babol Univ. of Med. Sciences
Islam and Health Journal/ 2014; 1(3): 41-49

Role of Religious attitudes, Spiritual Well-Being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children

Received: 28 Dec 2014 Accepted: 9 Feb 2015

Narimani M (PhD)[1]
Ilbeigy ghale nei R (MA)[1*]
Rostami M (MA)[1]

1. Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran

[*]**Corresponding Author:**
Ilbeigy ghale nei R, Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran

Tel: +98 45 33516403
Fax: +98 45 33516403
Email: reza.ilbeigy@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this present research was to study Religious attitudes, Spiritual Well-Being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children.

Methods: This descriptive and correlational study was conducted on all mothers of mental retardation children referring to Emam Sajjad therapeutic center at Torbat-E-Heydarieh city in 2014. The convenience sampling method is used here. Therefore, 100 mothers of mental retardation children referring to Emam Sajjad centers were selected and filled out thequestionnaires. The Life satisfaction questionnaire, Religious attitudes measure, Spiritual Well-Being questionnaires and social support questionnaire were used to collect the data. The data was analyzed using Pearson's correlation index and multivariable regression analysis.

Findings: The results showed there was a positive relationship between the Religious attitudes (r=0/309), Religious Well-Being (r=0/157), Existential Well-Being (r=0/190), Family social support (r=0/390) and friends social support (r=0/100) and the life satisfaction among mothers of mental retardation children. Also, the results showed that social support (B=0/449), Religious attitudes (B=0/451) and Spiritual Well-Being (B=0/319) can significantly predicted change the life satisfaction in mothers of children with intellectual disability, Respectively and 30% of quality of life variance was elaborated using Religious attitudes, Spiritual Well-Being and social support.

Conclusion: It can be concluded that Religious attitudes, Spiritual Well-Being and social support play the major roles in life satisfaction among mothers of mental retardation children.

Keywords: **Religious attitudes, Spiritual Well-Being, Social, life satisfaction, Mental retardation, Mothers**

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-15]