

## Comparison of disturbance tolerance, stress coping strategies and quality of life among mothers with Intellectual Disability children and mothers with normal children

Ehsane AhmadiGolsefidi<sup>\*1</sup>, Ummol Binin MahghaniNodeh<sup>2</sup>

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Gorgan Branch, Gorgan, Iran

2. Master's degree in General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

### Abstract

**Background and Purpose :** compare the disturbance tolerance, stress coping strategies and quality of life among mothers with Intellectual Disability children and mothers with normal children in Gorgan city.

**Method:** The current research is a causal-comparative method. The statistical population included all mothers with intellectually disabled children who referred to speech and language pathology centers in Gorgan, 40 of them were selected based on the available sampling method, And 40 mothers with normal children were selected from the schools of Gorgan in the comparison group. Research tools include disturbance tolerance by Sevens et al.; Endler and Parker's stress coping strategies and World Health Organization's quality of life.

**Results:** The findings indicated that there is a difference between the amount of disturbance tolerance, stress coping strategies and quality of life among mothers with intellectually disabled children and mothers with normal children; there is a significant difference. So that the amount of disturbance tolerance and quality of life in mothers with intellectually disabled children compared to mothers with normal children; has been significantly low. It was also observed that mothers with intellectually disabled children significantly use more emotion-oriented and avoidant stress coping strategies.

**Conclusion:** mothers with Intellectual Disability children endure more stress and it seems that they have a lower quality despite the presence of Intellectual Disability children. The presence of a child with special intellectual conditions causes mothers to use emotion-oriented strategies.

### ArticleInfo

#### Keywords :

disturbance tolerance, stress coping strategies, quality of life, mothers with intellectually disabled children

Received: 21 Sep 2024

Accepted: 04 Oct 2024

Available: 21 Oct 2024

**Author Address:** Ehsane AhmadiGolsefidi , Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Gorgan Branch, Gorgan, Iran

**Author E-mail:** ahmadigolsefidi@yahoo.com

## مقایسه تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی

احسانه احمدی گلسفیدی\*<sup>۱</sup>، ام‌البین مهقانی نوده<sup>۲</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران  
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

**هدف:** مقایسه تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی شهر گرگان است.

**روش:** پژوهش حاضر از نظر نوع روش علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مراجعه کننده به مراکز آسیب شناسی زبان و گفتار در شهر گرگان بود که براساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند و تعداد ۴۰ نفر هم از مادران دارای کودک عادی در گروه مقایسه از مدارس شهر گرگان انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل تحمل آشفتگی سیونز و همکاران؛ راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بودند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن بود که بین میزان تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی؛ تفاوت معنی داری وجود دارد. بطوریکه میزان تحمل آشفتگی و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نسبت به مادران دارای کودک عادی؛ به طور معناداری پایین بوده است. همچنین مشاهده شد که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج بیانگر آن است که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی استرس بیشتری را تحمل می‌کنند و به نظر می‌رسد با وجود کودکان با کم‌توانی ذهنی کیفیت پایین‌تری دارند. حضور کودک با شرایط خاص هوشی باعث استفاده از راهبردهای هیجان مدار در مادران می‌شود.

### کلیدواژه‌ها:

تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس، کیفیت زندگی، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

تاریخ دریافت مقاله : ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

تاریخ پذیرش : ۱۴۰۳/۰۷/۱۳

تاریخ انتشار : ۱۴۰۳/۰۷/۳۰

\* نویسنده مسئول: احسانه احمدی گلسفیدی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران  
 رایانامه: ahmadigolsefidi@yahoo.com

## مقدمه

خانواده سیستمی پویا و متشکل از افرادی است که با احساس تعلق و هویت منحصر به فرد درصدد ایجاد یک محیط امن می‌باشند، این سیستم، افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می‌کند و وجود یک اختلال در خانواده؛ عملکرد کل خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد (سافارا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). کودک عامل گسترش نسل در خانواده است و تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را به دنبال خواهد داشت. بنابراین تولد کودک کم توان ذهنی کانون خانواده را با مسائل متعددی روبرو می‌سازد (حیاتی و همکاران، ۱۴۰۲). از این رو مراقبان چنین کودکانی، بار فیزیکی و ذهنی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به والدین دارای فرزند عادی، سطح بالاتری از بار مسئولیت، فشار روانی و همچنین مشکلات سلامت روان را گزارش می‌دهند (آلون، ۲۰۱۹). در سیستم خانواده‌ای که دارای کودک کم توان ذهنی است، مادران بیشتر از پدران استرس می‌گیرند و احتمالاً این ناشی از درگیری بیشتر مادر با کودک است. زیرا مادران زمان بیشتری را به مراقبت از فرزند خود اختصاص می‌دهند و به علت شرایط و مسئولیت‌هایی که این کودکان از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، در معرض تنش و آسیب‌های روانی بیشتری قرار می‌گیرند (ستین باکیس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). چنانچه نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از پایین بودن تحمل آشفتگی و پریشانی در این مادران است (بن نعیم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تحمل آشفتگی و پریشانی را قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی و ناراحتی‌های هیجانی در نظر می‌گیرند، بدون اینکه در سازگاری روانی فرد اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند بتواند شرایط ناکامی را تحمل نماید (حیدری و کمالی اردکانی، ۱۴۰۲؛ نظام زاده و همکاران، ۱۴۰۰) و شامل ارزیابی انتظارات یک فرد از تجربه حالات هیجانی منفی در مورد تحمل پذیری این تجارب؛ ارزیابی و ظرفیت پذیرش آن‌ها، جذب به هیجانات منفی و سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد و تنظیم شناختی هیجانات است (دی بلاسی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات پژوهش‌ها بیانگر آن است که تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف می‌شود (آرنائودووا و آمار، ۲۰۲۰). کاهش سطح تحمل آشفتگی و پریشانی یکی از علائم روان شناختی مهم در خانواده‌های دارای فرزند بیمار مانند کم توان ذهنی است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌های روان

شناختی، نمود می‌یابد (متیو و ژو، ۲۰۲۰). افراد با تحمل آشفتگی پایین در تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می‌شوند و تجربه آشفتگی هیجانی را توان فرسا و غیرقابل پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می‌کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند (طالبی و همکاران، ۱۴۰۰).

از سویی در خانواده‌هایی که سعی در مراقبت از کودکان کم توان ذهنی می‌کنند، یکی از موضوعات قابل توجه، کیفیت زندگی والدین می‌باشد. در بسیاری از موارد؛ مراقبت از کودک کم توان ذهنی باعث بهبود کیفیت زندگی او می‌شود، ولی ممکن است کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده به خصوص مادران را که مسئولیت بیشتری دارند را کاهش دهد (تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه بیان می‌کنند که به نظر می‌رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های اصلی زندگی ناشی می‌شود (اوزتوک و المدار، ۲۰۲۳). همچنین کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد می‌دانند که شامل رضایت از زندگی، رضایت در تصور خود، سلامت و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی است (جونور<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). تولد فرزند در هر خانواده می‌تواند نقطه عطفی در زندگی هر فرد ایجاد کرده و تغییرات زیادی را به دنبال داشته باشد. اما تولد زمانی مشکل‌ساز می‌شود که این تولد با معلولیت همراه باشد (فولادی اردکانی و چوب فروش زاده، ۱۴۰۲). حضور کودک کم توان ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند یک رویداد نامطلوب و چالش زا تلقی شود، از آنجایی که به طور معمول، والدین قبل از تولد فرزندشان انتظار یک کودک کم توان ذهنی را ندارند؛ این رویداد، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی، محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در والدین ایجاد می‌کند (زعفرانی و آذری، ۱۴۰۲). والدین به خصوص مادران کودکان کم توان ذهنی به دلیل داشتن مشکلات فراوان در زمینه نگهداری، تربیت و آموزش آنها؛ مشکلات متعددی را تجربه می‌نمایند که عدم توجه به این مشکلات می‌تواند نتایج نامطلوبی را در پی داشته باشد که می‌توانند بر روی کیفیت زندگی آنان تاثیر بسزایی را داشته باشند (حیاتی و قاسمیان رضاحله، ۱۴۰۲). از سویی مطالعات نشان می‌دهند که وجود کودکان کم توان ذهنی می‌تواند منجر به افزایش اضطراب، استرس، افسردگی، احساس شرم و خجالت بیشتر در مادران آنان شود (تولایی، ۱۴۰۲) و از آنجایی که کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است می‌توان بیان نمود که میزان کیفیت زندگی چنین مادرانی تحت تاثیر قرار می‌گیرد

<sup>6</sup> Arnaudova & Amaro

<sup>7</sup> Mathew & Zhou

<sup>8</sup> Öztürk & Alemdar

<sup>9</sup> Junior

<sup>1</sup> Safara

<sup>2</sup> Alon

<sup>3</sup> Cetinbakis

<sup>4</sup> Ben-Naim

<sup>5</sup> Di Blasi

(ارمانده، ۱۳۹۸). تولد کودک کم توان ذهنی می تواند پیامدهای منفی بسیاری را برای دیگر اعضای خانواده به خصوص پدر و مادر به همراه داشته باشد که می توان به نقص کارکردهای روان شناختی اشاره نمود. همچنین این شرایط می تواند منجر به عدم ابراز احساسات والدین (سیاهپوش و همکاران، ۱۴۰۰)؛ افزایش آشفتگی های هیجانی و عاطفی، عصبانیت و خشم، احساس گناه و درماندگی مادران (طالبی و همکاران، ۱۳۹۹) و کاهش امید به زندگی (صف آراء و همکاران، ۱۳۹۹) شود که می تواند بر روی کیفیت زندگی آنان تاثیر بسزایی داشته باشند.

همچنین حضور کودک کم توان ذهنی با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه تجربیات استرس زا برای والدین همراه است. در نتیجه فشارهای هیجانی و فیزیکی که ناشی از استرس نامطلوب و آزاردهنده است؛ لذا افراد به انجام فعالیت هایی برانگیخته می شوند تا استرس خود را کاهش دهند؛ در نتیجه مقابله و راهبردهای مقابله ای به عنوان تلاش شناختی و رفتاری برای اداره خواست های بیرونی یا درونی ویژه ای تعریف شده است (آل یاسین و همکاران، ۱۴۰۲). راهبردهای مقابله به روش های آگاهانه و منطقی مدارا با استرس های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش های مبارزه با استرس مورد استفاده قرار می گیرد. راهبردهای مقابله ای عبارت است از تسلط یافتن، کم کردن و یا تحمل آسیب هایی که استرس ایجاد می کند. به عبارت دیگر، راهبردهای مقابله ای شامل تمام تلاش های شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست های درونی یا بیرونی به کار گرفته می شود. مقابله ممکن است رابطه فرد را با محیط تغییر و یا میزان ناراحتی عاطفی او را کاهش دهد (چادهری و داوود، ۲۰۲۲). در زمان مواجهه با شرایط برخی از افراد هیجانات خود را مدیریت نموده و به برنامه ریزی برای حس مشکلات می پردازند که در نتیجه می توان نمود دارای راهبرد مقابله مساله مدار هستند؛ از سویی برخی به جای آنکه بر روی خود مسئله تمرکز نمایند به هیجانات ناشی از آن مشکل توجه می کنند و به جای آنکه مشکل را حل کنند؛ سعی بر کاهش هیجانات منفی دارند که در نتیجه می توان بیان نمود دارای راهبرد مقابله هیجان مدار هستند؛ و گروهی نیز به طور کلی از مواجه شدن با مشکل فرار می کنند که در نتیجه می توان بیان نمود دارای راهبرد مقابله اجتنابی هستند (ابراهیمی شهرابی و وطن خواه کورنده، ۱۴۰۲). خلیل ارجمندی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی نشان دادند که مادران دارای کودک کم توان ذهنی از بهزیستی روان شناختی پایینی برخوردار هستند. در نتیجه کاهش بهزیستی روان شناختی چنین مادرانی، احساس مثبتی به زندگی ندارند، زندگی هدمندی نداشته و توانایی مدیریت و تسلط بر محیط را ندارند. مادران دارای کودک کم توان ذهنی نمی توانند با دیگران روابط مثبت داشته و ظرفیت کافی برای برقراری روابط گرم

و رضایت بخش با دیگران ندارند که می تواند به کاهش کیفیت زندگی آنها منتهی شود. زعفرانی و آذری (۱۴۰۲) در مطالعات خود بیان کردند که بین تحمل ناکامی و فشار روانی مادران کم توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که تحمل ناکامی مادران کودکان کم توان ذهنی کمتر از مادران عادی است. علاوه بر این میزان ابعاد فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی بیشتر از مادران عادی بود. شیخ زاده و درخشان در سال ۱۴۰۲ در تحقیقات نشان داد تفاوت آماری معناداری بین مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی در نمرات اضطراب وجود داشت. همچنین با توجه به نتایج میانگین نمرات مادران کودکان کم توان ذهنی در متغیر اضطراب به طور معناداری بیشتر از مادران کودکان عادی بود. همچنین زارع (۱۴۰۲) در بررسی های خود نشان داد که بین میزان امیدواری و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی با مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که میزان تاب آوری و امیدواری در مادران کودکان کم توان ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی می باشد که می تواند به کاهش تحمل آشفتگی در آنان منجر شود. شوارتمن و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعات خود به بررسی میزان تحمل آشفتگی و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی پرداختند. نتایج بدست آمده نشان داد که مادرانی که دارای کودکان کم توان ذهنی می باشند؛ سازگاری کمتری با تجارب سخت و چالش انگیز زندگی خود داشته و میزان تحمل آشفتگی و تاب آوری کمتری از خود نشان می دهند. جی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) بیان کردند که مادرانی که دارای کودک کم توان ذهنی می باشند؛ توانایی مقابله با استرس ها و فشارهای والدگری را نداشته و هیجانات منفی را بیشتر تجربه می کنند و بیشتر بر کاهش این هیجانات تمرکز کرده و از راهبردهای مقابله هیجان مدار استفاده می کنند؛ در صورتیکه مادران دارای کودک عادی از راهبردهای مقابله ای مساله مدار استفاده می کنند. لی<sup>۳</sup> (۲۰۲۲) در تحقیقی به مقایسه میزان تحمل آشفتگی در بین مادران کودکان کم توان ذهنی و کودک عادی پرداخت و نشان داد که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادرانی که دارای کودک عادی هستند، میزان تحمل آشفتگی کمی دارند و تفاوت معنی داری از نظر میزان تحمل آشفتگی در بین مادران کودکان کم توان ذهنی و کودک عادی وجود داشت.

با توجه به اهمیت سلامت مادرانی که دارای فرزندان کم توان ذهنی می باشند؛ بر آن شدیم تا در تحقیق حاضر به مقایسه تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی بپردازیم و سوال اصلی آن است که آیا تحمل آشفتگی، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری وجود دارد یا خیر؟

<sup>3</sup> Li<sup>1</sup> Schwartzman<sup>2</sup> Ji

**روش**

پژوهش حاضر از نظر نوع روش علی-مقایسه‌ای؛ بر حسب نوع هدف، کاربردی و از لحاظ زمانی، مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مادران دارای کودک کم توان ذهنی شهر گرگان مراجعه کننده به مراکز آسیب شناسی زبان و گفتار در شهر گرگان بود. ابتدا با مراجعه به مراکز گفتار درمانی تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی مراجعه کننده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که با توجه به حجم مادران دارای کودکان کم توان ذهنی؛ تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای کودک عادی از مدارس شهر گرگان که سلامت کودکان آنان تایید شده است به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان تعداد نمونه گروه مقایسه انتخاب شده و به پرسشنامه‌ها جواب دادند. برای همتاسازی دو گروه مورد بررسی عواملی همچون رده سنی؛ سطح تحصیلات در نظر گرفته شده است. بطوریکه مادران دارای رده سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال و دارای تحصیلات لیسانس تا دکتری بودند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد که عبارتند از:

**پرسشنامه تحمل آشفتگی:** این پرسش نامه توسط سیونز و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی با سوالات ۱- ۳ و ۵ اندازه گیری می‌شود، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (جذب هیجانی) با سوالات ۲-۴ و ۱۵ اندازه گیری می‌شود، برآورد ذهنی پریشانی با سوالات ۶- ۷- ۹- ۱۰- ۱۱ و ۱۲ اندازه گیری می‌شود و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی با سوالات ۸- ۱۳ و ۱۴ اندازه گیری می‌شود است. عبارات این پرسش نامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان گر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسش نامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. ملکی (۱۴۰۰) در تحقیق خود میزان آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۷۹ بدست آوردند. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ می‌باشد.

**پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس:** این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ طراحی شده است که به وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. که دارای ۴۸ سوال و سه مولفه سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار یا برخورد فعال با مساله در جهت مدیریت وحل

آن؛ هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مساله و اجتنابی فرار از مساله می‌باشد. نمره گذاری براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای هرگز=۱ تا خیلی زیاد=۵ می‌باشد. هر مولفه دارای ۱۶ سوال می‌باشد. حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ می‌باشد. آزمودنی بایستی به همه سوالات پاسخ دهد. اگر آزمودنی تعداد ۵ سوال یا کمتر از ۵ سوال را جواب نداده باشد در زمان نمره گذاری پژوهشگر می‌تواند به این سوالات گزینه ۳ را علامت بزند اما در غیر این صورت یعنی اگر بیش از ۵ سوال بدون پاسخ باشد آن پرسشنامه نمره گذاری نمی‌شود. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره هر یک از رفتارهای رویارویی سه گانه یعنی مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود. ایزدی و همکاران در سال ۱۳۸۰ میزان آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۸ و سدر و همکاران در سال ۲۰۱۸ برابر با ۰/۸۸ بدست آوردند.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۱ با ۱۰۰ سؤال اجرا شد. سپس فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی سازمان بهداشت جهانی طراحی که دارای ۲۶ سؤال در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (خیلی بد تا خیلی خوب) می‌باشد. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطة مرتبط با سلامت که شامل الف- حیطة سلامت جسمانی (فیزیکی) ؛ ب- حیطة روان‌شناختی؛ ج- حیطة روابط اجتماعی د- حیطة محیط زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین این پرسشنامه در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت بوده و سوالات ۳-۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره کل ۲۶ و حداکثر نمره کل ۱۳۰ و میانگین ۵۲ بوده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ توسط رصافیانی در سال ۱۳۹۹ برابر با ۰/۹۱ و توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ برابر با ۰/۷۲ بدست آمده است.

**یافته‌ها**

ابتدا برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده گردید. براساس نتایج بدست آمده در جدول ۱ مشاهده گردید که میزان سطح معنی‌داری برای کلیه متغیرهای پژوهش بیش از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان بیان کرد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده‌اند و می‌توان از آزمون آماری پارامتریک (تحلیل واریانس چندمتغیره) برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده نمود.

**جدول ۱: آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای پژوهش**

متغیر	آماره آزمون Z	سطح معنی داری Sig	نتیجه آزمون
تحمل آشفتگی	۱۱۲/۰	۱۱۵/۰	نرمال
راهبرد مقابله با استرس	۱۲۵/۰	۹۴/۰	نرمال
کیفیت زندگی	۰۸۹/۰	۱۸۲/۰	نرمال

فرضیه اول پژوهش: تحمل آشفتگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد

**جدول ۲: نتایج تحلیل چندمتغیره مانوا برای بررسی معنی داری تفاوت گروه‌ها در تحمل آشفتگی**

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	مجذوراتا
آزمون اثر پیلای	۴۴۶/۰	۹۱۰/۱۱	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۴۶/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۵۵۴/۰	۹۱۰/۱۱	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۴۶/۰
آزمون اثر هتلینگ	۸۰۵/۰	۹۱۰/۱۱	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۴۶/۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۸۰۵/۰	۹۱۰/۱۱	۵	۷۴۱	۰۰/۰	۴۴۶/۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معنی دار ( $P \leq 0/01$ ) در متغیر تحمل آشفتگی بین دو گروه؛ یعنی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای تحمل آشفتگی و مولفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تاثیر برابر با ۰/۴۴۶ است یعنی

۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های دو گروه مربوط به متغیرهای وابسته تحمل آشفتگی و مولفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) است.

**جدول ۳: نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه تحمل آشفتگی در دو گروه**

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر ایتا
۱-تحمل	۷۴/۱۱۳	۱	۷۴/۱۱۳	۱۰/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۱۲۱
۲-جذب	۷۴/۱۱۳	۱	۷۴/۱۱۳	۱۰/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۱۲۱
۳-ارزیابی	۷۵۰/۳۱۳	۱	۷۵۰/۳۱۳	۲۹/۹۴	۰/۰۰	۰/۲۷۷
۴-تنظیم	۵۱/۲۰۰	۱	۵۱/۲۰۰	۱۰/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۱۲۱

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود، که بین نمرات تحمل آشفتگی و مولفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی با توجه به نمره F تفاوت معناداری در سطح ( $P \leq 0/05$ ) وجود دارد. بدین صورت فرضیه اول پژوهش (تحمل آشفتگی در بین مادران دارای کودک

کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد.) مورد تایید است. فرضیه دوم پژوهش: راهبردهای مقابله با استرس در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد.

**جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین متغیر راهبردهای مقابله با استرس در دو گروه**

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مادران با کودک	عادی	مادران با کودک	انحراف معیار	کم توان ذهنی	مادران با کودک
راهبرد مقابله با استرس	۱۲۱/۶	۶۵/۰۴	۱۰۸/۶۵	۱۳۴/۵۴	۱۰۱/۰۷	۶۵/۰۴	۸۸/۱۲	۱۱۴/۰۲
۱-مساله مدار	۵۷/۱	۲/۱۵۹	۵۲/۸۰	۶۱/۳۹	۴۶/۱۵	۲/۱۵۹	۴۱/۸۵	۵۰/۴۴
۲-هیجان مدار	۴۴/۴۵	۲/۳۱۲	۳۹/۸۴	۴۹/۰۵	۵۶/۰۷	۲/۳۱۲	۵۱/۴۷	۶۰/۶۷
۳-اجتنابی	۳۸/۶۷	۱/۹۵۹	۳۴/۷۷	۴۲/۵۷	۶۲	۱/۹۵۹	۵۸/۰۹	۶۵/۹۰

با توجه به جدول ۴ مشاهده می شود، متغیر راهبردهای مقابله با استرس مساله مدار در گروه

مادران دارای کودک کم توان ذهنی از گروه مادران دارای کودک عادی کمتر است و در مورد راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار و اجتنابی در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی از گروه مادران دارای کودک عادی بیشتر و با توجه به پرسشنامه (راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) مورد استفاده در پژوهش که هر کدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می شود، مادران دارای کودک عادی بیشتر از شیوه

مساله مدار و گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی بیشتر از شیوه هیجان مدار و اجتنابی استفاده می کنند. پس نتیجه مقایسه میانگین ها نشان می دهد که مادران دارای کودک کم توان ذهنی راهبردهای مقابله با استرس بهتری نسبت به مادران دارای کودک عادی برخوردارند. حال به منظور بررسی تفاوت های دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل چندمتغیره مانوا برای بررسی معنی داری تفاوت گروه ها در راهبردهای مقابله با استرس**

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلای	۵۵۶/۰	۴۷۸/۲۳	۴	۷۵	۰/۰	۵۵۶/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۴۴۴/۰	۴۷۸/۲۳	۴	۷۵	۰/۰	۵۵۶/۰
آزمون اثر هتلینگ	۲۵۲/۱	۴۷۸/۲۳	۴	۷۵	۰/۰	۵۵۶/۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۵۲/۱	۴۷۸/۲۳	۴	۷۵	۰/۰	۵۵۶/۰

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که سطوح معنی دار ( $P \leq 0/01$ ) در متغیر راهبردهای مقابله با استرس بین دو گروه؛ یعنی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس و مولفه های آن (مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تاثیر برابر

با ۰/۵۵۶ است یعنی ۵۵ درصد تفاوت های فردی در نمره های دو گروه مربوط به متغیرهای وابسته راهبردهای مقابله با استرس و مولفه های آن (مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) است.

**جدول ۶: نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه راهبردهای مقابله با استرس در دو گروه**

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر ایتا
گروه	راهبرد مقابله با استرس	۸۴۲۵/۵۱۲	۱	۸۴۲۵/۵۱۲	۴/۹۷	۰/۰۲۹	۰/۰۶۰
۱-مساله مدار		۲۳۹۸/۰۵	۱	۲۳۹۸/۰۵	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
۲-هیجان مدار		۲۷۰۲/۸۱۳	۱	۲۷۰۲/۸۱۳	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۳۹
۳-اجتنابی		۱۰۸۸۱/۱۱۳	۱	۱۰۸۸۱/۱۱۳	۷۰/۸۶	۰/۰۰	۰/۴۷۶

با توجه به جدول ۶ مشاهده می‌شود، که بین نمرات راهبردهای مقابله با استرس و مولفه‌های آن (مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی با توجه به نمره F تفاوت معناداری در سطح ( $P \leq 0/05$ ) وجود دارد.

بدین صورت فرضیه دوم پژوهش (راهبردهای مقابله با استرس در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد) مورد تایید است.

فرضیه سوم پژوهش: کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد.

#### جدول ۷: نتایج مقایسه میانگین متغیر کیفیت زندگی در دو گروه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مادران با کودک عادی	مادران با کودک کم توان ذهنی
کیفیت زندگی	۹۴/۴	۳/۷۲۱	۱۰۱/۸	۸۵/۲۳
۱-سلامت جسمانی	۲۲/۷۲	۰/۹۵۷	۲۴/۶۳	۱۸/۶۵
۲-روانشناختی	۲۱/۴۷	۰/۹۵۰	۲۳/۳۶	۱۷/۱۹
۳-روابط اجتماعی	۱۱/۸	۰/۲۸۷	۱۲/۳۷	۱۰/۹۲
۴-محیط زندگی	۲۷/۳۷	۱/۰۳۸	۲۹/۴۴	۲۵/۶۶

با توجه به جدول ۷ مشاهده می‌شود، متغیر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی)، در گروه مادران دارای کودک

کم توان ذهنی از گروه مادران دارای کودک عادی کمتر است و با توجه به پرسشنامه (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۱) مورد استفاده در پژوهش هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد فرد دارای از کیفیت زندگی بهتری برخوردار است، پس نتیجه مقایسه میانگین‌ها

نشان می‌دهد که مادران دارای کودک کم توان ذهنی کیفیت زندگی کمتری نسبت به مادران دارای کودک عادی برخوردارند. حال به منظور بررسی تفاوت‌های دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

#### جدول ۸: نتایج تحلیل چندمتغیره مانوا برای بررسی معنی داری تفاوت گروه‌ها در کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلای	۴۰۵/۰	۰۹۳/۱۰	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۰۵/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۵۹۵/۰	۰۹۳/۱۰	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۰۵/۰
آزمون اثر هتلینگ	۶۸۲/۰	۰۹۳/۱۰	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۰۵/۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۶۸۲/۰	۰۹۳/۱۰	۵	۷۴	۰۰/۰	۴۰۵/۰

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که سطوح معنی دار ( $P \leq 0/01$ ) در متغیر کیفیت زندگی بین دو گروه؛ یعنی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تاثیر

برابر با ۰/۴۰۵ است یعنی ۴۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های دو گروه مربوط به متغیرهای وابسته کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) است.

**جدول ۹: نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه**

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	اندازه اثر ایفا
۱-سلامت جسمانی	۷۱۴/۰۱۲	۱	۷۱۴/۰۱۲	۱۹/۴۷	۰/۰۰	۰/۲۰۰	
۲-روانشناختی	۷۶۲/۶۱۳	۱	۷۶۲/۶۱۳	۲۱/۱۲	۰/۰۰	۰/۲۱۳	
۳-روابط اجتماعی	۴۲/۰۵	۱	۴۲/۰۵	۱۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۴۰	
۴-محیط زندگی	۲۸۵/۰۱۳	۱	۲۸۵/۰۱۳	۶/۶۱	۰/۰۱۲	۰/۰۷۸	

شناختی؛ عدم ابراز احساسات والدین (سیاهپوش و همکاران، ۱۴۰۰)؛ افزایش آشفتگی‌های هیجانی و عاطفی، عصبانیت و خشم، احساس گناه و درماندگی مادران (طالبی و همکاران، ۱۳۹۹) و کاهش امید به زندگی والدین منجر شود (صف آراء و همکاران، ۱۳۹۹) که باعث کاهش چشمگیر سلامت روان در مادران دارای کودک کم توان ذهنی می‌شود. در نتیجه مادرانی که دارای سلامت روان پایین‌تری هستند از توانایی سازگاری با تغییرات کمتری برخوردار هستند، در برابر مشکلات و چالش‌های زندگی توان مقابله کمتری داشته و روابط میان فردی نارضایت بخش و ناکارآمد را تجربه می‌کنند. از سویی آنان نمی‌توانند فعالیت‌های موثر داشته باشند زیرا نیازهای کودکان کم توان ذهنی می‌تواند محدودیت‌هایی را برای آنها فراهم آورد که در نتیجه شاهد کاهش میزان تحمل آشفتگی و پریشانی در آنان می‌باشیم (داکس و همکاران، ۲۰۲۰)

همچنین نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر نشان داد که بین نمرات راهبردهای مقابله با استرس در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی شهر گرگان با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد بطوریکه مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند؛ در صورتیکه مادران دارای کودک عادی به طور معناداری تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای مقابله با استرس مساله مدار می‌باشند. نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر با نتایج مطالعات شیخ زاده و درخشان در سال ۱۴۰۲؛ سوری نژاد (۱۴۰۱)؛ فانی جهرمی (۱۳۹۸)؛ جی و همکاران (۲۰۲۲) در یک راستا است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان نمود که مادران دارای فرزند عادی، دغدغه‌های کمتری در زندگی داشته یا اینکه حداقل دغدغه‌ای همانند مادران دارای فرزند کم توان ذهنی نسبت به فرزندان خود ندارند؛ آنها به خوبی می‌توانند مشکلات مربوط به زندگی خود و فرزندان را حل و فصل نمایند و نسبت به کاهش مشکلات آنها گام بردارند و در زمان مواجه با شرایط توانایی آن را دارند که هیجانات خود را به خوبی مدیریت نموده؛ به برنامه ریزی برای مشکلات خود می‌پردازند؛ راه‌های مقابله با مشکل را مستقیماً بررسی می‌کنند و به دنبال راه حل‌های مناسب می‌گردند؛ نظم و انسجام فکری بیشتری

با توجه به جدول ۹ مشاهده می‌شود، که بین نمرات کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی با توجه به نمره F تفاوت معناداری در سطح  $(P \leq 0.05)$  وجود دارد. بدین صورت فرضیه سوم پژوهش (کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودک عادی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد) مورد تایید است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نمرات تحمل آشفتگی و مولفه‌های آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در بین دو گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی؛ تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری تحمل آشفتگی کمتری نسبت به مادران دارای کودک عادی دارند. این نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر همسو با نتایج مطالعات زارع (۱۴۰۲)؛ زعفرانی و آذری (۱۴۰۲)؛ عباس نیا (۱۴۰۱)؛ سوری نژاد (۱۴۰۱)؛ شوارتزمان و همکاران (۲۰۲۲)؛ لی (۲۰۲۲)؛ جعفرپور و همکاران (۲۰۲۱)؛ گوردون در سال ۲۰۲۱ بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان نمود که والدین به خصوص مادران دارای فرزند کم توان ذهنی به دلیل روبرو شدن با مشکلات فراوان به واسطه نیاز به بستری شدن؛ مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی؛ آموزشی و توانبخشی کودک ایجاد می‌شود (زعفرانی و آذری، ۱۴۰۲) و با توجه به مشکلات این کودکان که از لحاظ قدرت بصری، روابط اجتماعی؛ آینده مبهم شغلی، دلشوره والدین از آینده فرزندان و همچنین یافتن درمان مناسب، برنامه‌های آموزشی و مسائل مالی مربوط به خدمات مختلف؛ سلامت روان کمتری را تجربه می‌کنند؛ توان تحمل ناکامی‌ها را ندارند و کلیه این نگرانی‌های شدید و مشکلات می‌تواند تنیدگی‌های بسیاری را ایجاد نماید که به کاهش تحمل آنها در زمان پریشانی‌ها و آشفتگی‌ها منجر می‌شود (حیاتی و قاسمیان رضامحله، ۱۴۰۲). همچنین در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان نمود که تولد کودک کم توان ذهنی می‌تواند به سطح سلامت عمومی و روانشناختی پایین‌تر؛ اضطراب و افسردگی بالاتر (لاتفا و همکاران، ۲۰۱۶)؛ نقص کارکردهای روان

دارند و آشفتگی هیجانی کمتری دارند؛ در نتیجه از راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار استفاده می‌کنند (جی و همکاران، ۲۰۲۲). در صورتیکه؛ مادرانی که دارای کودک کم توان ذهنی می‌باشند؛ به دلیل مشکلات متعددی که دارند توانایی مقابله با استرس‌ها و فشارهای والدگری را نداشته و هیجانات منفی را بیشتر تجربه می‌کنند و بیشتر بر کاهش این هیجانات تمرکز کرده؛ استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار از خود بروز می‌دهند. از طرف دیگر، افرادی که از راهبردهای هیجان مدار استفاده می‌کنند؛ معمولاً در مواقعی که با استرس و اضطراب روبرو می‌شوند به رفتارهای غیرعادی همچون خیال پردازی، اشتغال ذهنی، عصبی و ناراحت شدن می‌پردازند که این امر در برخی موارد منجر به افزایش اضطراب در بین این اشخاص نیز می‌گردد (جعفرپور و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین اینگونه می‌توان نتایج را تبیین نمود که مادران دارای کودک کم توان ذهنی ضمن داشتن دغدغه‌های فکری در رابطه با زندگی فرزندان خود، نمی‌توانند به خوبی تصمیم گرفته و نسبت به حل مشکلات خود گام بردارند و سعی می‌کنند از طرق مختلف از جمله خیال پردازی، مشکلات فرزندان خود را نادیده گرفته و با اینکه در صورتی که بخواهند با واقعیت به درستی و با آگاهی کامل تری برخورد کنند، عصبی شده و رفتارهای تنش زایی از خود نشان می‌دهند (فانی جهرمی، ۱۳۹۸). همچنین می‌توان بیان نمود که چنین مادرانی به جای آنکه بر روی خود مسئله تمرکز نمایند به هیجانات ناشی از آن مشکل توجه می‌کنند و به جای آنکه مشکل را حل کنند؛ سعی بر کاهش هیجانات منفی دارند و از راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار استفاده می‌کنند (ابراهیمی شهرابی و وطن خواه کورنده، ۱۴۰۲). همچنین می‌توان بیان نمود که کودکان دارای اختلال کم توانی ذهنی برای انجام فعالیت‌های روزانه و گاه حتی برای زنده ماندن، وابسته به اعضای خانواده خود می‌شوند و بارسنگین مراقبت کردن از آنها بر دوش خانواده به خصوص مادران قرار می‌گیرد. در نتیجه ورود این کودکان به خانواده باعث فشار فزاینده بر منابع خانواده و کاهش رفاه دیگر اعضا می‌شود (چادهری و داوود؛ ۲۰۲۲). در نتیجه آشفتگی‌های هیجانی و عاطفی، عصبانیت و خشم؛ گیجی و بهتی؛ احساس گناه و درماندگی و مشغولیت‌های ذهنی را برای مادران که نقش اساسی را ایفا می‌کنند به همراه خواهد داشت. هر یک از واکنش‌های منفی ذکر شده که با ورود کودکان کم توان ذهنی برای خانواده آنان به وجود می‌آید؛ می‌تواند باعث احساس فرسودگی، افسردگی و کاهش سلامت جسمی و روانی شود و افزایش سطح استرس آنان می‌گردد که به اجتناب آنان از مشکلات منجر می‌شود؛ بطوریکه برای مقابله با مشکل دست به هیچ کاری نمی‌زنند و به جای برخورد ریشه‌ای با مشکلات، وجود هر نوع مشکل را انکار کرده و امیدوار هستند که خود به خود حل و فصل می‌شوند (طالبی و همکاران، ۱۳۹۹). مادرانی که از راهبردهای هیجان مدار و اجتناب مدار استفاده می‌کنند؛ به جای

تمرکز بر خود مسئله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند و افرادی که از راهبرد اجتناب مدار استفاده می‌کنند؛ فرد از مواجه شدن با مشکل اجتناب می‌کنند که باعث پیچیده‌تر شدن مشکلات می‌شود؛ شرایط سخت‌تر شده و استرس بیشتری به آنها وارد می‌شود (تاجری مقدم و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) در بین دو گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی؛ تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری کیفیت زندگی کمتری نسبت به مادران دارای کودک عادی دارند. نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر با نتایج مطالعات خلیل ارجمندی و همکاران (۱۴۰۳)؛ توکلی (۱۳۹۸)؛ بیابانی (۱۳۹۷)؛ رحیمی و همکاران (۱۳۹۶)؛ گوگوی و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان نمود که مادران دارای کودک کم توان ذهنی از بهزیستی روان شناختی پایینی برخوردار هستند. در نتیجه کاهش بهزیستی روان شناختی چنین مادرانی، احساس مثبتی به زندگی ندارند، زندگی هدفمندی نداشته و توانایی مدیریت و تسلط بر محیط را ندارند. مادران دارای کودک کم توان ذهنی نمی‌توانند با دیگران روابط مثبت داشته و ظرفیت کافی برای برقراری روابط گرم و رضایت بخش با دیگران ندارند که می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی آنها منتهی شود (خلیل ارجمندی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین می‌توان بیان نمود که زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به طور معنیداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است که در نتیجه می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی آنان منجر شود (توکلی، ۱۳۹۸). از سویی وجود کودکان کم توان ذهنی می‌تواند منجر به افزایش اضطراب، استرس، افسردگی، احساس شرم و خجالت بیشتر در مادران آنان شود و از آنجایی که کیفیت زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است می‌توان بیان نمود که میزان کیفیت زندگی چنین مادرانی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (ارمانده، ۱۳۹۸). داشتن کودکان کم توان ذهنی باعث ضعف امکانات، رنج هزینه، تضعیف روابط اجتماعی، نارضایتی زناشویی، ضعف حمایت، دیگران سرزنشگر، دوگانگی اعتقادی و اضطراب فکری، دلهره فرزندآوری و ترس از آینده و اضطراب مرگ می‌شود که در نتیجه تاثیر معنی داری را بر میزان کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی به همراه دارد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۶).

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به محدود بودن نتایج به مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی و فرزندان عادی شهر گرگان، عدم تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه، محدودیت در تفسیر و تعمیم نتایج به دلیل محدود بودن ابزار مورد استفاده (پرسش‌نامه)، عدم دقت بعضی از پاسخ‌دهندگان به سؤالات پرسش‌نامه‌ها به دلایل گوناگون مانند بی‌حوصلگی و بی‌تفاوتی، محدودیت زمانی و عدم امکان مهار متغیرهای مداخله‌گری بود که در حوزه‌های مختلف شخصیتی، روان-شناختی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و ... اشاره نمود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر؛ پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های مرتبط با متغیرهایی همچون امید به زندگی؛ معنای زندگی و ... پرداخته شود که با بهبود چنین متغیرهایی به افزایش تحمل آشفتگی آنان کمک شایانی گردد. همچنین توصیه می‌گردد که از طریق رسانه‌های جمعی (صدا و سیما، مطبوعات و تریبون‌های عمومی) و برنامه و دوره‌های آموزشی مناسب در جهت فضا سازی در خصوص راه‌های بهبود کیفیت زندگی چنین مادرانی کمک شود تا میزان کیفیت زندگی در آنها افزایش یابد. از سویی پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر به منظور کاهش مشکلات خانواده‌ها در اختیار روان‌شناسان کودک و مشاوران خانواده قرار گیرد.

## منابع

ابراهیمی شهرابی، زینت و وطن خواه کورنده، حمیدرضا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و راهبردهای مقابله با استرس در کارکنان شاغل آسایشگاه های سالمندان. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. ۱: ۲۷۵-۲۹۲

ارمانده، حمید. (۱۳۹۸). مقایسه و بررسی سلامت روان و کیفیت زندگی مادر کودکان با نیازهای ویژه و کودکان عادی در شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد. موسسه آموزش عالی باختر ایلام، دانشکده علوم انسانی

آل یاسین، سیدعلی و لاجوردی، مسعود. (۱۴۰۲)، مقایسه عملکرد خانواده و راهبردهای مقابله با استرس در نوجوانان دختر خانواده‌های طلاق و عادی، ششمین همایش ملی فناوری‌های نوین در تعلیم و تربیت، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران

بیابانی، نرجس. (۱۳۹۷). مقایسه کیفیت زندگی، عدم تحمل بلاتکلیفی و استرس والدگری در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

تقی زاده، حسین، و اسدی، رضیه. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی. مطالعات ناتوانی، ۴(۸)، ۶۶-۷۴

توکلی، صمد. (۱۳۹۸). مقایسه اضطراب، افسردگی و استرس در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و زوجین دارای فرزند عادی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۲(۴)، ۳۹-۵۳.

تولائی، مرضیه. (۱۴۰۲). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک کم توان ذهنی (مورد ناحیه تبادکان مشهد)، سومین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و فرهنگی، همدان

حیاتی، محمد و قاسمیان رضاملحه، حسین. (۱۴۰۲). بررسی نقش باورهای فراشناختی در پیشبینی کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی، دومین همایش ملی روان درمانی ایران، اردبیل

حیاتی، محمد و مظلومی، علی و رسولی، زرین. (۱۴۰۲). نقش حل مساله در پیشبینی کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی، دومین همایش ملی روان درمانی ایران، اردبیل

حیدری، طاهره؛ کمالی اردکانی، حمیدرضا. (۱۴۰۲). تحلیل مدل سازی ساختاری تفسیری عوامل موثر بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی در هزاره سوم. ۲۳: ۴۷۰-۴۸۴

خلیل ارجمندی، فاطمه، کاشانی وحید، لیلا، وکیلی، سمیرا. (۱۴۰۳). تدوین مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودک با کم توانی ذهنی بر اساس هسته ارزشیابی خود با میانجی‌گری احساس کهنتری. مجله علوم روانشناختی. ۲۳ (۱۳۴): ۳۹۶-۳۸۱

رحیمی، مهدی، افراسیابی، حسین، رستم پور گیلانی، طیبه، قدوسی نیا، عطیه. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی. روانشناسی افراد استثنایی، ۷(۲۶)، ۴۵-۷۰

زارع، الهام. (۱۴۰۲). مقایسه تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و امیدواری در مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و کودکان عادی شهر قشم ۱۴۰۲-۱۴۰۱. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس

زعفرانی، زهرا؛ آذری، زهرا. (۱۴۰۲). مقایسه تعارض زناشویی، تحمل ناکامی و فشار روانی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی. نشریه نخبگان علوم و مهندسی. ۸(۲): ۱-۱۱

سالاری، محمدرضا و حیدری چاه باغی، ناهید. (۱۴۰۱). استرس و چگونگی رویارویی با آن، دومین کنفرانس ملی آینده نگری در روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز

سوری نژاد، حدث. (۱۴۰۱). مقایسه تعامل والد- فرزند، استرس والدگری، تحمل آشفتگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، معلول جسمی- حرکتی و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی

سیاهپوش، مسلم، معتمدی، عبدالله، سهرابی، فرامرز. (۱۴۰۰). تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان خرم آباد. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۲۲(۲)، ۴۷-۵۸.

- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2019). Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of attention disorders*, 23(5), 506-516.
- Di Blasi, M., Gullo, S., Mancinelli, E., Freda, M. F., Esposito, G., Gelo, O. C. G., & Coco, G. L. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 lockdown: A two-wave network analysis. *Journal of affective disorders*, 284, 18-26.
- Arnaudova, I., & Amaro, H. (2020). Acting with awareness and distress tolerance relate to PTSD symptoms among women with substance use disorder. *Mindfulness*, 11(6), 1460-1468.
- Mathew, A. R., & Zhou, M. (2020). Distress tolerance in relation to cessation history and smoking characteristics among adult daily smokers. *Addictive behaviors*, 100, 106124.
- Öztürk, M., & Alemdar, D. K. (2023). The care burden of mothers of children with disability: Association between family quality of life and fatigue. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e418-e425.
- Junior, G. J. F., da Silva, A. B., Meneghetti, A., Leite, C. R., Brust, C., Moreira, G. C., & Felden, É. P. (2024). Relationships between internet addiction, quality of life and sleep problems: a structural equation modeling analysis. *Jornal de Pediatria*
- Chaudhary, F., & Dawood, S. (2022). Personality traits, coping strategies and quality of life in patients of hepatitis C. *European Review of Applied Psychology*, 73(3), 100815.
- Schwartzman, J. M., Millan, M. E., & Gengoux, G. W. (2022). Predictors of self-reported resilience in parents of autistic children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 94, 101954.
- Li, F., Tang, Y., Li, F., Fang, S., Liu, X., Tao, M & Jiang, L. (2022). Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. *Journal of Pediatric Nursing*, 65, e49-e55.
- Jafarpour, H., Akbari, B., Shakernia, I., & Asadi Mojreh, S. (2021). Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual disability. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 7(4), 75-93.
- Ji, B., Jiang, X., & Luo, Y. (2022). Autistic children's age difference in affiliate stigma and resilience of their parents in China: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 39, 7-12.
- Cetinbakis, G., Bastug, G., & Ozel-Kizil, E. T. (2020). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International journal of developmental disabilities*, 66(1), 46-53.
- Daks, J. S., Peltz, J. S., & Rogge, R. D. (2020). Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: Modeling the cascade of COVID-19 stress on family systems with a contextual behavioral science lens. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 16-27.
- Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. (2017). *Open Jour of Psych & Allied Scie*. 8(1): 71-75.
- شیخ زاده، غلام رضا و درخشان، شبنم. (۱۴۰۲). مقایسه اضطراب و جهت‌گیری زندگی در مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی، دومین همایش بین المللی کودکان استثنایی رویکردهای نوین در روانشناسی، آموزش و توانبخشی کودکان استثنایی
- صف آراء، مریم، خانبابایی، مینو، خانبابایی، مینا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*. ۸ (۲): ۶۴-۷۱
- طالبی، مرضیه و شاهرختی، فاطمه، ۱۳۹۹، شادکامی در مدارس (اهمیت، ضرورت و عوامل مؤثر بر آن)، ششمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت‌نگر، بندرعباس
- طالبی، مهناز، نادری، فرح، بختیار پور، سعید، صفر زاده، سحر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل‌کننده باورهای مذهبی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. ۵ (۲): ۸۶-۹۲
- عباس نیا، سارا. (۱۴۰۱). مقایسه تعارض زناشویی، تحمل ناکامی و فشار روانی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور استان بوشهر، مرکز پیام نور بوشهر
- فانی جهرمی، فرحناز. (۱۳۹۸). مقایسه پرخاشگری، تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و مادران عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم انسانی
- فولادی اردکانی، سعیده و چوب فروش زاده، آزاده. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۲۱(۱): ۱۹-۳۲
- نظام زاده، بهنام؛ طیبی، صدراله؛ مالکی رستم‌آبادی، مرجان؛ اکبری، حمیدرضا؛ نامجو، فرهاد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر براساس درماندگی روانشناختی و تحمل‌پریشانی در نوجوانان بزهدار. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان* ۲ (۱): ۲۳-۱۲
- Safara, M., Khanbabaee, M., & Khanbabaee, M. (2020). The Effect of Spiritual Skills Training on the State of Hope in Mothers with Intellectual Disabled Children. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 8(2), 64-71.
- Alon, R. (2019). Social support and post-crisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with Down syndrome. *Research in developmental disabilities*, 90, 22-30.
- Cetinbakis, G., Bastug, G., & Ozel-Kizil, E. T. (2020). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International journal of developmental disabilities*, 66(1), 46-53.