

آزمون مدل ساختاری عمر ازدواج و ادراک حمایت اجتماعی با انسجام خود مادران کودکان معلول جسمی حرکتی شهر سبزوار: نقش میانجی باورهای مذهبی

□ ابراهیم نامنی*، دانشیار مشاوره، گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

□ فاطمه مهری، کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مؤسسه آموزش عالی بیهق، سبزوار، ایران

□ فرشته دیانتي، دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۸ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۴ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۷ - ۵۹

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گرانه باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج و حمایت اجتماعی با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی در تیرماه ۱۴۰۱ بود که از بین آنها ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم کوتاه پرسشنامه انسجام آنتونوسکی (۱۹۹۳)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، دالم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸)، مقیاس باورهای مذهبی خدایاری فرد، فقیهی، غباری بناب، شکوهی یکتا و به پژوه (۱۳۸۸) و اطلاعات جمعیت‌شناختی عمر ازدواج بود.

نتایج: نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با انسجام خود رابطه معناداری دارند ($p\text{-value} < 0.05$)؛ ولیکن رابطه عمر ازدواج با انسجام خود مادران کودکان معلول معنادار نبود ($p\text{-value} > 0.05$)؛ نتایج آزمون معادلات ساختاری نشان داد، باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود نقش میانجی‌گرانه دارد ($p\text{-value} < 0.01$)؛ ولیکن باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج با انسجام خود نقش میانجی‌گرانه ندارد ($p\text{-value} > 0.05$).

نتیجه‌گیری: با استفاده از نتایج پژوهش حاضر اینگونه نتیجه‌گیری می‌شود که استفاده از رویکردهای درمانی همچون معنویت‌درمانی، باورهای مذهبی مادران را تقویت و بهبود بخشیده و در نهایت انسجام خود آنان نیز بهبود می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: ادراک حمایت اجتماعی، انسجام خود، باورهای مذهبی، عمر ازدواج، مادران کودکان معلول جسمی حرکتی

مقدمه

تولد یک کودک معلول به عنوان یک بحران، می‌تواند عمیقاً بر روابط و اعمال خانوادگی تأثیر بگذارد. به دلیل وجود این کودکان، خانواده‌ها و اعضای آنها فشار عاطفی بسیار سنگینی را متحمل می‌شوند (۱). به طور کلی، تولد فرزند مستلزم تعدیل‌های جدید در خانواده است، در حالی که تولد کودک معلول علاوه بر مشکلات خاص مانند تغذیه، مراقبت، پرستاری و مانند آن، فشار روانی بسیاری را بر والدین و بویژه مادران تحمیل می‌کند؛ زیرا مادران زمان بیشتری را به مراقبت از فرزندان خود اختصاص می‌دهند و به دلیل شرایط و مسئولیت‌هایی که این کودکان از نظر شناختی، اجتماعی و عاطفی دارند، در معرض فشار و استرس بیشتری هستند (۲) و نسبت به مادران دارای فرزند عادی، سطح بالاتری از مشکلات سلامت روان را گزارش می‌دهند (۳). به نظر می‌آید مشکلات و آسیب‌هایی که مادران کودکان معلول ذهنی و حرکتی متحمل می‌شوند، سطح انسجام خود آنان را بشدت کاهش می‌دهد. آنچنانکه نتایج مطالعه محمودی و همکاران (۴) نشان داد، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به دلیل تأثیر محدودیت و مشکلات جسمانی و روانی فرزندانشان بر زندگی‌شان و عدم کنترل بر زندگی خود، احساس انسجام پایینی دارند. در همین راستا، مطالعه استوکس و هالستی^۱ (۵) نشان داد که حس انسجام در والدینی که دارای فرزند ناتوان نیازمند به کار درمانی هستند، در سطح بسیار پایین می‌باشد. همچنین، نتایج مطالعه فرهادی و همکاران (۶) بر روی مادران دارای کودک معلول حاکی از آن است که سطح انسجام خود در مادران دارای کودکان معلول پایین‌تر از کودکان عادی و سالم است. دلیل این انسجام پایین به عواملی مانند افزایش استرس در مادران این کودکان (۷) و عدم حمایت اجتماعی و عاطفی و توانایی کمتر در مقابله با عوامل استرس‌زا نسبت داده شده است (۶). با عنایت به مطالب عنوان شده و در معرض افول بودن انسجام خود در مادران دارای کودک معلول، مطالعه این مؤلفه به عنوان مؤلفه ملاک در بین مادران کودکان معلول جسمی حرکتی حائز اهمیت است. انسجام نشان‌دهنده جهت‌گیری کلی فرد نسبت به زندگی است (۸)، که نقش مؤثری در سلامت جسمی و روانی ایفا می‌کند و افراد را به درک محرک‌های درونی و بیرونی به صورت سازمان‌یافته‌تر سوق می‌دهد (۹). انسجام خود، به عنوان آگاهی لحظه به

لحظه نسبت به حالات روان‌شناختی و توان تمایز نهادن و تحلیل محتوای تجارب کنونی و نیز پردازش شناختی فعال در مورد خود و معطوف به رویدادهای گذشته که نتیجه آن ایجاد دید وسیع جهت هدایت رفتار است، تعریف می‌شود (۱۰). به نظر می‌رسد یکی از عوامل اثرگذار بر انسجام خود در مادران دارای کودک معلول، سال‌های زندگی زناشویی یا همان عمر ازدواج باشد؛ چرا که به اعتقاد لاونر و کلارک^۲ (۱۱) سطح سازگاری افراد از یک منحنی U شکل پیروی می‌کند؛ به این شکل که سطح سازگاری افراد در سال اول ازدواج در بالاترین حد قرار دارد، در طول چند سال بعدی کاهش می‌یابد و سپس با گذشت زمان افزایش می‌یابد. همچنین، پیروینا^۳ و همکاران (۱۲) و کوبر^۴ و همکاران (۱۳) نشان دادند گذر زمان بر انسجام خود اثرگذار است و انسجام خود با گذر زمان تغییر می‌یابد؛ به طوری که می‌توان گفت در میانسالی انسجام خود نسبت به سال‌های جوانی افزایش می‌یابد. با توجه به متزلزل بودن سازگاری زناشویی در سال‌های نخستین زندگی، بررسی رابطه عمر ازدواج با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول حائز اهمیت است.

در کنار عمر ازدواج، حمایت اجتماعی نیز عاملی اثرگذار بر انسجام خود در مادران دارای فرزند معلول می‌باشد؛ در همین راستا، لیما و سوزا^۵ (۱۴) عنوان نمودند، عاملی که بیشترین تأثیر را بر میزان رضایت از زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات خاص را دارد، حمایت اجتماعی است؛ چرا که حمایت اجتماعی، توانایی مادر را برای مقابله با استرس بهبود می‌بخشد و به آنها امکان ثبات روانی در زندگی روزمره را می‌دهد (۱۵، ۱۶). نتایج مطالعات دیگر نیز این یافته را تأیید نمود که حمایت اجتماعی عامل ارتقاء انسجام خود در افراد است (۱۷-۲۴). به طور کلی می‌توان گفت، هرچه ذهنیت فرد در برخورداری از حمایت دیگران بیشتر باشد، میزان پاسخ‌های موفقیت‌آمیزی که به فشارهای روانی و موقعیت‌های بغرنج نشان می‌دهد، بیشتر است (۲۵). همچنین، باید اضافه نمود، تربیت کودک دارای معلولیت برای والدین چالش‌برانگیز است و در این بین عامل حمایت اجتماعی می‌تواند از میزان استرس‌های والدین بکاهد (۲۶). حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان دریافت حمایت در ابعاد مختلف عاطفی و مالی از جانب خانواده، دوستان و حتی سایر مردم تعریف می‌شود (۲۷). علاوه بر این، حمایت

1. Stokes & Holsti
2. Lavner & Clark
3. Piironena

4. Köber
5. Lima & Souza

درخصوص ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت، انسجام خود پایین در مادران کودکان معلول (۴)، لزوم توجه به منابع درونی و روان‌شناختی همچون باورهای مذهبی و منابع بیرونی همچون عمر ازدواج و حمایت اجتماعی جهت افزایش انسجام خود در آنان را دوجندان می‌کند. همچنین، با توجه به اینکه مطالعات اندکی در حوزه‌ی انسجام خود مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی انجام شده است، بسیار مهم است که پیشبینی‌کننده‌ها، همبسته‌ها، متغیرها و عوامل مؤثر بر انسجام خود مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی شناسایی، اندازه‌گیری و کنترل شوند. با عنایت به این مطالب، پژوهشگر در پژوهش حاضر درصدد است تا رابطه‌ی بین عمر ازدواج و حمایت اجتماعی با انسجام خود مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی را بررسی نموده و به این پرسش پاسخ دهد که آیا باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج و حمایت اجتماعی با انسجام خود مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی نقش میانجی ایفا می‌کند؟

با توجه به مبانی نظری پژوهش مدل مفهومی به شرح نمودار ۱ (صفحه‌ی بعد) ارائه می‌شود.

روش

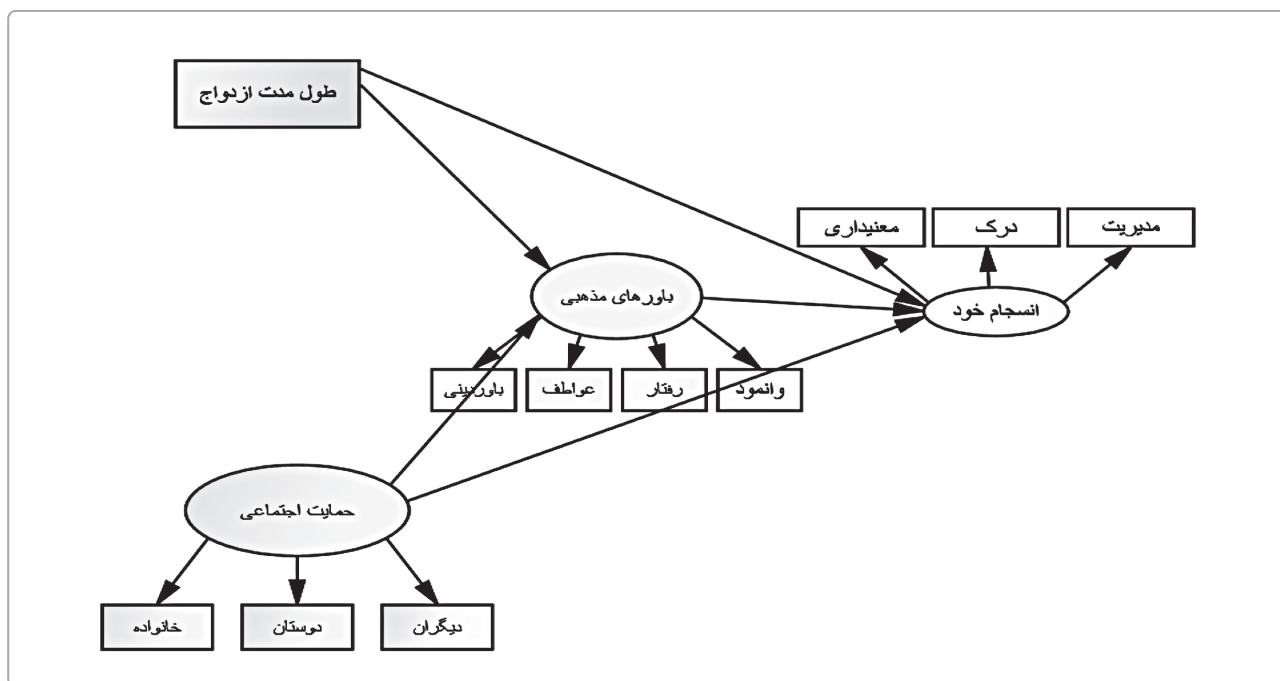
این پژوهش، توصیفی-همبستگی و از لحاظ نوع پژوهش رابطه‌ای و از نوع معادلات ساختاری است. متغیر حمایت اجتماعی و عمر ازدواج به‌عنوان متغیرهای مستقل، متغیر انسجام خود به‌عنوان متغیر وابسته و متغیر باورهای مذهبی به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آماری الگویابی معادلات ساختاری الگوی مفروض حمایت اجتماعی و عمر ازدواج با نقش میانجی‌گری باورهای مذهبی در ارتقاء انسجام خود مورد آزمون قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی در رده سنی ۱۳-۴ سال در شهر سبزوار در سال ۱۴۰۱ بود که ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. مبنای تعیین حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه مدل معادلات ساختاری و تحلیل عاملی براساس تعداد سازه‌های اصلی یا متغیرهای پنهان تعیین شد. بیست نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است و به‌طور کلی حداقل ۲۰۰ نمونه توصیه شده است (۳۵). با توجه به حداقل مقدار توصیه‌شده حجم نمونه در

اجتماعی به‌عنوان مفروضات و ادراکات خاص فرد در زمینه میزان احساس علاقه، احترام و تحسین دیگران نسبت به خودش و احساس تعلق وی به یک حلقه ارتباطی و پاسخگوی جمعی تعریف شده است (۲۸).

با توجه به رابطه‌ی بین عمر ازدواج و حمایت اجتماعی در مادران دارای کودک معلول، در این پژوهش پژوهشگر به دنبال عاملی است که بتواند روابط بین عوامل مذکور را میانجی‌گری کند؛ چرا که انسان با تقویت باورهای مذهبی و تدبیر معنوی به خدا نزدیکتر می‌شود که موجب تسلیم در برابر خالق می‌شود. تسلیم شدن در برابر خالق، دلیل مهمی برای ارتقا و بهبود حس انسجام فردی است (۱۷). مرور نتایج پژوهش‌های گوناگون همچون برمگو-مارتینز^۱ و همکاران (۱۸) و ملکی (۱۹) نشان داد که باورهای مذهبی به فرد اجازه می‌دهد تا در مواقع استرس با ایجاد یک مفهوم جدید، معنای شخصی ایجاد کند و از اثرات منفی استرس بکاهد. همچنین، نتایج بررسی کاراکا و کانوک سینر^۲ (۲۰) بر روی مادران دارای کودکان با مشکلات خاص نشان داد که مادران کودکان با ناتوانی‌های خاص از استرس و اضطراب شدید رنج می‌برند، ولیکن از باورهای مذهبی و معنویت به‌عنوان مکانیسمی مقابله‌ای برای کمک به سازگاری با تغییرات ظاهر شده در زندگی‌شان و همچنین حل مشکلات استفاده می‌کنند. باید اضافه نمود، در فرهنگ ایرانی اسلامی، بسیاری از باورهای مذهبی به مادران دارای فرزند معلول کمک می‌کند تا ناتوانی فرزند مبتلایشان را بپذیرند (۲۹)؛ با این وجود، مادران دارای کودک معلول نسبت به مادران دارای کودک عادی از مقابله مذهبی مثبت کمتری (همانند فرزند من نعمت است) استفاده می‌کنند (۳۰). علاوه بر این، نتایج چندین پژوهش حاکی از آن است که باورهای مذهبی با پیامدهای مرتبط با سلامت، بهبود حس انسجام و کاهش مشکلات روانی و بهبود حمایت اجتماعی ارتباط دارد (۳۱-۳۳). با توجه به تأثیر باورهای مذهبی در بهبود حس انسجام فردی، از این مؤلفه به‌عنوان مؤلفه میانجی در پژوهش حاضر استفاده شد. باورها نقش اساسی در زندگی ما دارند و نمایانگر جنبه‌ای حیاتی از جامعه است که عمیقاً بر پویایی فرهنگی، اجتماعی و سیاسی افراد تأثیر می‌گذارند (۲۱). باورهای مذهبی، یک نظام اعتقادی سازمان‌یافته است که با مجموعه‌ای از تشریفات و اعمال تعیین‌کننده نحوه پاسخ افراد به تجربیات زندگی را تعیین می‌کنند و یکی از مهم‌ترین عواملی هستند که به تجربیات، رفتارها و ارزش‌های انسان معنا و ساختار می‌بخشند (۳۴).

1. Bermejo-Martins

2. Karaca & Konuk Şener



نمودار (۱) مدل مفهومی پژوهش

استنباطی تحلیل شد. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی همچون میانگین، انحراف معیار و فراوانی و در سطح استنباطی از روش همبستگی پیرسون و همچنین معادلات ساختاری با نرم‌افزار آموس استفاده شد.

مقیاس احساس انسجام آنتونوسکی

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۳ پرسشی پرسشنامه انسجام آنتونوسکی (۳۶) استفاده شد. پرسش‌های این پرسشنامه ۷ گزینه‌ای بر مبنای طیف لیکرت (۱ = عدم تمایل و ۷ = شدت تمایل) می‌باشد. پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه حس انسجام میزان توافق خود را با هر پرسش از طریق تأیید یکی از ۷ درجه، مشخص می‌سازند. این پرسشنامه ۳ زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از: قابل درک بودن (پرسش‌های ۲، ۶، ۸، ۹، ۱۱)؛ قابل مدیریت بودن (پرسش‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳) و معناداری (پرسش‌های ۱، ۴، ۷، ۱۲). آنتونوسکی (۳۷)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در دامنه‌ای از (۰/۷۸ تا ۰/۹۳) گزارش کرده است. اریکسون^۱ و همکاران (۳۸)، روایی سازه به روش روایی همگرایی "مقیاس حس انسجام آنتونوسکی" همبستگی با "سیاهه ۵ عاملی نثو" بررسی و این نتیجه را به دست آوردند که روان‌رنجوری و برون‌گرایی به ترتیب با مؤلفه‌های قابل درک ۰/۴۷- و ۰/۳۵،

معادلات ساختاری که ۲۰۰ نفر می‌باشد، نمونه ۲۰۰ نفری برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن کودک معلول جسمی حرکتی در رده سنی ۱۳-۴ براساس اسناد پزشکی و روان‌پزشکی، سطح تحصیلات حداقل سیکل مادر، رضایت‌نامه آگاهانه و آمادگی جهت شرکت در پژوهش و زندگی هر دو والد با هم (عدم طلاق یا فوت یک والد). ملاک‌های خروج شامل: عدم رضایت ادامه پژوهش، عدم داشتن سابقه اختلال روان‌پزشکی یا مصرف داروهای روان‌پزشکی بود.

در تحلیل توصیفی داده‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان، یافته‌ها نشان داد که ۹۱ درصد از مادران دارای ۱ فرزند معلول، ۸ درصد از مادران دارای ۲ فرزند معلول و ۱ درصد از مادران ۳ فرزند معلول داشتند. از لحاظ سطح تحصیلات نیز باید گفت که ۶۱ درصد از مادران دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از دیپلم، ۳۲ درصد دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و ۷ درصد تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس داشتند. بنابراین اکثریت مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر دارای ۱ فرزند معلول و دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از آن بودند.

داده‌های به دست آمده از نمرات این پژوهش توسط نرم‌افزار آماری آموس و اس پی اس در ۲ سطح توصیفی و

1. Eriksson

پرسشنامه رضایت از زندگی به دست آمد که نشانگر روایی همگرا و واگرایی این مقیاس بود. علاوه بر این، همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد (۴۱).

مقیاس باورهای مذهبی

این مقیاس توسط خدایاری فرد و همکاران (۴۲) طراحی شده و دارای ۴۰ پرسش و ۳ خرده مقیاس برای تعهد دینی (رفتار دینی)، باور دینی و عاطفه دینی است. این مقیاس براساس مقیاس لیکرت است و در قالب ۵ گزینه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تعریف و ارزیابی می شود. ارزیابی به گونه ای انجام می شود که برای هر پرسش در پیوست امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد؛ یعنی برای کاملاً موافقم نمره ۵ و برای کاملاً مخالفم نمره ۱ داده می شود، البته برخی پرسش ها برعکس نمره گذاری می شوند. در این پرسشنامه، حداقل نمره ۴۰، حداکثر نمره ۲۰۰ و میانگین نمرات ۱۲۰ می باشد. بنابراین، نمرات ۱۸۸ و بالاتر، حد بالای باورهای مذهبی را نشان می دهد، ۱۴۰ تا ۱۸۸ حد متوسط و ۱۴۰ به پایین حد ضعیف باورهای مذهبی را نشان می دهد. ضریب همبستگی نمره هر یک از مواد با نمره کل پرسشنامه در سطح ۰/۰۰۱ معتبر است و پایایی با ۲ روش اسپیرمن براون و گاتمن برابر ۰/۹۳ و ۰/۹۲ است. ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ بود (۴۲).

یافته ها

در جدول (۱) یافته های توصیفی مؤلفه های پژوهش (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) مورد بررسی قرار می گیرد:

قابل مدیریت ۰/۴۴- و ۰/۲۶ و معناداری ۰/۲۸- و ۰/۳۰ نشان داد. همسانی درونی این آزمون روی افراد آمریکایی در ۳ گروه سنی جوان، میانسال و مسن به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ محاسبه شد. همچنین، ثبات به روش آزمون-باز آزمون ابزار را پس از یکسال ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، پس از ۳ سال ۰/۶۴، پس از ۴ سال ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ و پس از ۵ سال را ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ محاسبه نمودند (۳۸).

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده

برای ارزیابی سطوح حمایت اجتماعی درک شده از مقیاس حمایت اجتماعی چندبعدی استفاده شد. این پرسشنامه که توسط زیمت و همکاران (۳۹) طراحی شده است، یک ابزار ۱۲ پرسشی است. این مقیاس، سطح حمایت اجتماعی درک شده فرد را در ۳ حوزه خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در ۵ گزینه لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم را اندازه گیری می کند. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمرات همه آیتم ها جمع شده و بر تعداد آنها تقسیم می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۲ و حداکثر ۶۰ است که کسب نمره بالا بیانگر درک بالای فرد از حمایت اجتماعی است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۳۹) رضایت بخش توصیف شد. ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس های آن از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ متغیر است. روایی سازه این ابزار نیز با همبستگی نتایج این ابزار با آزمون های افسردگی و اضطراب تأیید شد (۳۹). سلیمی و همکاران (۴۰)، پایایی مقیاس ۳ بُعد حمایت اجتماعی از خانواده، دوستان و افراد مهم را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش پیرامی و همکاران (۴۱) روایی همگرایی این پرسشنامه از طریق همبستگی آن با

جدول (۱) یافته های توصیفی مؤلفه های عمر ازدواج، حمایت اجتماعی، انسجام خود و باورهای مذهبی

انحراف معیار	میانگین	کشیدگی	کجی	تعداد	ابعاد متغیر
۴/۱۵	۶/۷۹	۰/۷۹	۱/۰۸	۲۰۰	عمر ازدواج
۲/۷۰	۱۶/۹۶	۰/۸۵	-۱/۰۷	۲۰۰	حمایت خانواده
۲/۴۸	۱۵/۴۶	۰/۰۴	-۰/۳۵	۲۰۰	حمایت دوستان
۳/۰۱	۱۶/۲۱	۰/۴۴	-۰/۸۹	۲۰۰	حمایت دیگران
۷/۰۱	۴۸/۶۳	۰/۳۲	-۰/۷۲	۲۰۰	کل حمایت اجتماعی
۴/۵۵	۱۹/۱۷	۰/۷۲	۰/۳۰	۲۰۰	قابل درک بودن
۳/۳۰	۱۵/۲۴	-۰/۷۱	-۰/۱۸	۲۰۰	قابل مدیریت بودن

انحراف معیار	میانگین	کشیدگی	کجی	تعداد	ابعاد متغیر
۳/۳۲	۱۴/۶۶	-۰/۲۱	۰/۵۷	۲۰۰	معناداری
۷/۹۸	۴۹/۰۷	۱/۰۹	۰/۳۱	۲۰۰	نمره کل انسجام خود
۵/۷۰	۵۳/۲۱	۱/۶۶	-۱/۳۳	۲۰۰	باور دینی
۴/۷۸	۵۰/۰۶	۱/۵۷	-۱/۰۹	۲۰۰	عواطف دینی
۴/۵۱	۴۷/۳۴	۰/۲۵	۰/۵۶	۲۰۰	رفتار دینی
۱/۹۵	۱۷/۷۰	۱/۰۴	۰/۹۸	۲۰۰	وانمود اجتماعی
۱۴/۸۳	۱۶۸/۳۲	۱/۶۷	-۱/۳۰	۲۰۰	نمره کل باورهای مذهبی

با توجه با این نکته که ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌های علی، خصوصاً مدل‌یابی معادلات ساختاری است، لذا قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است تا رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به یافته‌های جدول (۱) می‌توان گفت، بالاترین میانگین متعلق به نمره کل باورهای مذهبی و پایین‌ترین میانگین متعلق به عمر ازدواج است. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در تمامی متغیرها بین $+1/96$ تا $-1/96$ می‌باشد که نشان از نرمال بودن داده‌ها است.

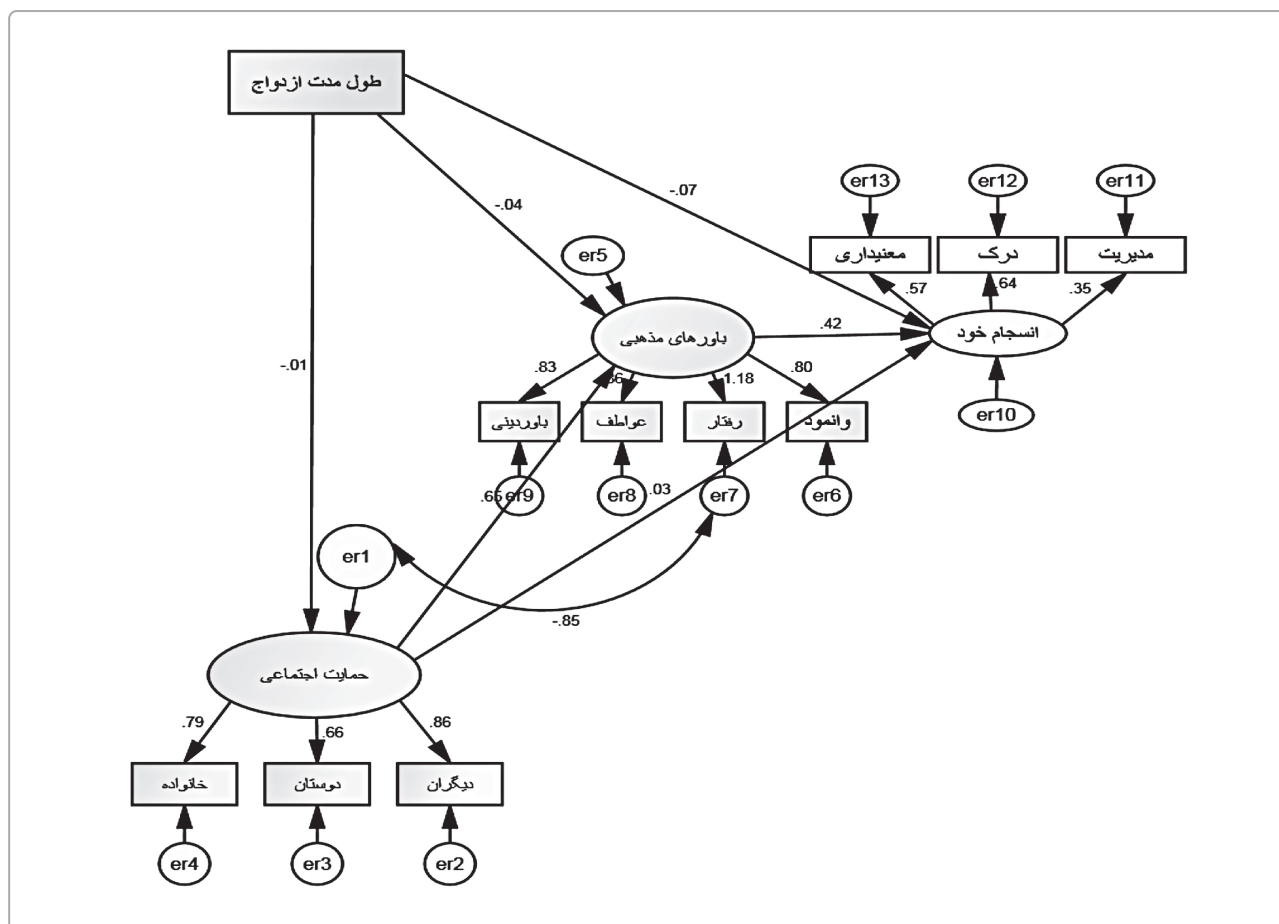
جدول ۲) آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	عمر ازدواج	حمایت اجتماعی	انسجام خود	باورهای مذهبی
عمر ازدواج	۱			
حمایت اجتماعی	--۰/۰۱	۱		
انسجام خود	--۰/۱۰	۰/۲۴**	۱	
باورهای مذهبی	-۰/۰۵	۰/۵۳**	۰/۲۷**	۱

($P < 0/01$ ** $P < 0/05$ *)

متغیر عمر ازدواج و حمایت اجتماعی ادراک شده با انسجام خود محاسبه شود. لذا، پس از اطمینان یافتن از نرمال بودن متغیرهای وابسته، کلیه روابط میان متغیرها براساس مدل مفهومی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نکته‌ای که ذکر آن حائز اهمیت است این مطلب می‌باشد که عمر ازدواج با هیچ‌یک از مؤلفه‌ها رابطه‌ی معناداری نداشت؛ بنابراین می‌توان گفت نقش میانجی باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج با انسجام خود رد می‌شود و نیازی به رسم مدل برای این مؤلفه نیست، با این حال این مؤلفه را در مدل جایگذاری نمودیم.

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی (۰/۲۴) و باورهای مذهبی (۰/۲۷) با انسجام خود رابطه مثبت معناداری وجود دارد و نیز بین حمایت اجتماعی (۰/۵۳) با باورهای مذهبی رابطه معناداری یافت شد. ولیکن، نتایج حاکی از آن بود که بین عمر ازدواج با مؤلفه‌های انسجام خود و باورهای مذهبی رابطه معناداری وجود نداشت. برای تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر و با کمک نرم افزار آموس استفاده شد. در حقیقت، جهت ارزیابی نقش میانجی باورهای مذهبی لازم است که اثر مستقیم و غیر مستقیم



نمودار (۲) نمودار معادلات ساختاری متناسب با مدل مفهومی و بر روابط بین متغیرها

برآزش آماری مدل فوق در جدول زیر ارائه شده است که نشان دهنده آن است که مدل مفروض برآزش خوبی با داده‌ها دارد.

جدول (۳) نشانگرهای برآزش مدل نهایی

نتیجه	مقدار رضایت بخش	مقدار برآزش	نشانگر برآزش
تأیید مدل	کوچکتر از ۳	۲/۳۹	نسبت کای اسکور به درجه آزادی
تأیید مدل	نزدیک به ۰/۹ یا بیشتر	۰/۹۵	نرم شده برازندگی (NFI)
تأیید مدل	بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۴	شاخص نیکویی برآزش (GFI)
تأیید مدل	بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۶	تعدیل شده نیکویی برآزش (AGFI)
تأیید مدل	بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۷	برازندگی فزاینده (IFI)
برآزش متوسط	بین ۰/۰۸ الی ۰/۱۰	۰/۰۸	مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)

ضعیف مدل تلقی می‌کنند. براساس نمودار (۲)، تحلیل مسیر برای اثرات مستقیم نتایج جدول زیر را به همراه دارد.

لازم به ذکر است، مقدار مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) را بین ۰/۰۵ الی ۰/۰۸ را قابل قبول و مقادیر بین ۰/۰۸ الی ۰/۱۰ برآزش متوسط و مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را برآزش

جدول ۴) ضرایب مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی پژوهش

مسیر	ضریب B	t	معناداری
حمایت اجتماعی ← انسجام خود	۰/۰۳	۰/۲۴	۰/۸۱۰
عمر ازدواج ← انسجام خود	-۰/۰۷	-۰/۸۰	۰/۴۱۹
باورهای مذهبی ← انسجام خود	۰/۴۲	۲/۲۴	۰/۰۲۵
حمایت اجتماعی ← باورهای مذهبی	۰/۶۴	۳/۴۳	۰/۰۰۰۱
عمر ازدواج ← باورهای مذهبی	-۰/۰۴	-۰/۸۰	۰/۴۲۴

یافته‌های جدول (۴) نشان می‌دهد که اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر انسجام خود معنادار است ($p\text{-value} < 0/05$)، ولیکن اثر مستقیم عمر ازدواج بر انسجام خود معنادار نیست. در ادامه با دخالت مؤلفه باورهای مذهبی بر رابطه بین حمایت اجتماعی و عمر ازدواج با انسجام خود، نقش میانجی

این مؤلفه را مورد ارزیابی قرار داده‌ایم. یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی حاضر، وجود مسیرهای واسطه‌ای بود که این روابط با استفاده از روش بوت استرپ بررسی شدند. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی را می‌توان در جدول (۵) مشاهده نمود.

جدول ۵) نتایج آزمون بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهاد

مسیر	ضریب B	حدود بوت استرپ		معناداری
		حد بالا	حد پایین	
حمایت اجتماعی ← باورهای مذهبی ← انسجام خود	۰/۲۷	۰/۴۵۹	۰/۱۶۷	۰/۰۰۵
عمر ازدواج ← باورهای مذهبی ← انسجام خود	-۰/۰۲	۰/۰۱۲	-۰/۰۸۱	۰/۳۱۷

یافته‌های آزمون بوت استرپ و سطح معناداری به دست آمده نشان می‌دهد که باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود نقش میانجی‌گرانه معناداری دارد ($p\text{-value} < 0/05$)، ولیکن، نتایج آزمون بوت استرپ نشان داد باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود نقش میانجی ندارد ($p\text{-value} > 0/05$).

با انسجام خود رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ی پژوهش با پژوهش‌های اشموک^۱ و همکاران (۲۲)، ژان^۲ و همکاران (۲۳)، قربان پورلفمجان و همکاران (۲۴) همخوان می‌باشد؛ چرا که این پژوهشگران نیز در پژوهش‌های خود عنوان نمودند حمایت اجتماعی عامل ارتقاء انسجام خود در افراد است.

در تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی با انسجام خود، در ابتدا باید به نظریه انسجام آنتونوسکی (۳۶) اشاره نمود. او در نظریه خود مطرح کرد که انسجام، زمانی حاصل می‌شود که فرد معتقد باشد رویدادهای زندگی که با آنها مواجه می‌شود قابل درک، ساختارمند، قابل مدیریت و حل هستند و منابعی برای مقابله با آنها وجود دارد. به گفته قربان پورلفمجان و همکاران (۲۴) یکی از منابع لازم برای مقابله با مشکلات می‌تواند حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم باشد که می‌تواند ابعاد مختلفی داشته باشد. زمانی که فرد دارای حمایت اجتماعی با

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج و حمایت اجتماعی با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی شهر سبزوار انجام شد. در ابتدا، نتایج آزمون همبستگی پیرسون درخصوص بررسی رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (حمایت دوستان و حمایت دیگران)

1. Schmuck, J

2. Zhan, T

حفظ سطح انسجام والدین به خصوص در حیطه درک شرایط و مدیریت زمان انجام دهند. درخصوص چرایی پایین بودن انسجام خود مادران دارای کودک معلول و یا کودک با اختلال خاص مطالعه عوض نژاد و همکاران (۷) نشان داد که یکی از علل کاهش حس انسجام مادران دارای کودک با شرایط ویژه و استثنایی می‌تواند به دلیل افزایش استرس در مادران این کودکان باشد؛ چرا که این مادران در قبال کودک بیمار خود احساس مسئولیت زیادی می‌کنند و این امر می‌تواند موجب ایجاد استرس بیشتری در آنها شود و بر درک آنها از شرایط معلولیت فرزند تأثیرگذار باشد. همچنین از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش انسجام خود در مادران دارای کودک معلول، می‌توان به هزینه‌های سنگین درمان، عوارض ناشی از درمان، درآمد مالی کم خانواده‌های مورد مطالعه اشاره نمود. بنابراین با توجه به مطالب عنوان شده می‌توان گفت یکی از علل عدم رابطه طول مدت زمان ازدواج با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول، سطح بسیار پایین حس انسجام در مادران است که با گذر زمان تغییری چندانی نخواهد یافت.

در ادامه، نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود نقش میانجی‌گرانه دارد؛ ولیکن باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج با انسجام خود نقش میانجی‌گرانه ندارد. همخوان با نتایج پژوهش مبنی بر نقش میانجی باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود، هالت^۳ و همکاران (۳۱) در پژوهشی با عنوان نقش حمایت اجتماعی-مذهبی در روابط طولی بین دینداری و پیامدهای مرتبط با سلامت در آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار این یافته را نشان دادند که حمایت اجتماعی-مذهبی در رابطه بین دینداری و پیامدهای مرتبط با سلامت نقش میانجی دارد. علاوه بر این، سعود^۴ و همکاران (۳۳) در پژوهشی با عنوان پیشبرد حمایت اجتماعی از طریق مذهب و بهزیستی روانی جهت مقابله با تنش در دوران کرونا ویروس در میان بیماران مبتلا به کرونا، عموم مردم، فعالان رسانه‌های اجتماعی، دانشجویان و متخصصان در سراسر اندونزی این یافته را عنوان نمودند که مذهب و بهزیستی روانی منجر به تقویت حمایت اجتماعی می‌شود و این ۳ عامل در کنار هم به عنوان راهبرد مقابله با شرایط تنش در دوران کوید-۱۹ به حساب می‌آیند.

پدیده‌های بیرونی مواجه می‌شود، میزان غلبه بر مشکلات و استرس‌ها افزایش می‌یابد و در نتیجه فرد به این نتیجه می‌رسد که سطح کنترل خود بر رویدادها افزایش می‌یابد. با عنایت به مطالب مطرح شده می‌توان گفت، بهره‌مندی مادران دارای کودک معلول از حمایت اجتماعی از جانب دوستان و دیگران، توانایی آنها را برای رویارویی با شرایط سخت و طاقت‌فرسا افزایش می‌دهد که با توجه به سطح بالای این حمایت، میزان کنترل مادران در مورد شرایط بیرونی و ناتوانی کودک و مشکلات آنها یا کانون کنترل درونی آنها افزایش می‌یابد و از آنجائی که مکان کنترل هم با احساس انسجام ارتباط مثبت و معناداری دارد؛ در نتیجه احساس انسجام فرد نیز در اثر درونی‌تر شدن مکان کنترل، بالا می‌رود؛ زیرا یکی از مؤلفه‌های احساس انسجام، قابل مدیریت بودن مسائل و مشکلات است. زمانی که فرد بتواند با کمک و حمایت دوستان و دیگران بر رویدادهای استرس‌زا غلبه کند، کانون کنترل او درونی‌تر می‌شود و به این نتیجه می‌رسد که مشکلات و مشکلات قابل کنترل هستند و حداقل بر آن مشکلات کنترل دارد. بنابراین، با توجه به ادبیات مورد استناد، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی با تقویت منبع کنترل درونی، احساس انسجام را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، بین عمر ازدواج با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول رابطه وجود ندارد. ابتدا باید عنوان نمود مطالعه‌ای که به طور خاص به رابطه بین عمر ازدواج با انسجام خود پردازد، یافت نشد. با این حال ناهمخوان با نتایج پژوهش حاضر، مطالعات پیروینا و همکاران (۱۲)، کوبر^۱ و همکاران (۱۳) نشان داد گذر زمان بر انسجام خود اثرگذار است و انسجام خود با گذر زمان تغییر می‌یابد؛ به طوری که می‌توان گفت در میانسالی انسجام خود نسبت به سال‌های جوانی افزایش می‌یابد.

در تبیین عدم رابطه بین طول زندگی مشترک با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول باید گفت، حس انسجام در مادران دارای کودک معلول به حدی پایین است که گذر زمان و افزایش مدت زمان زندگی مشترک تأثیری بر بهبود انسجام خود در این مادران ندارد. مطالعه استوکس و هالستی^۵ نشان داد که حس انسجام در والدینی که دارای فرزند ناتوان نیازمند به کاردرمانی، هستند، در سطح بسیار پایین می‌باشد که درمانگران برای کمک به خانواده‌ها و همکاری بیشتر این خانواده‌ها در درمان، باید مداخلاتی را به منظور بالا بردن و

1. Köber

2. Stokes & Holsti

3. Holt

4. Saud

درخصوص نقش میانجی‌گرانه باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود مادران دارای کودک معلول با مرور پژوهش‌ها می‌توان گفت؛ شرکت در مراکز مذهبی، همراه با جمعیتی از افراد هم‌عقیده باید منبعی از رضایت و حمایت باشد. آنچنانکه زکی‌نژاد و مقدم (۳۲) در پژوهشی بر روی بیماران دیابتی عنوان نمودند مقابله مذهبی در بهبود حس انسجام و کاهش مشکلات روانی تأثیر بسزایی دارد. با عنایت به مطالب عنوان‌شده می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که باورهای مذهبی بالا منجر به تقویت مشارکت در فعالیت‌های گروهی شده و در نتیجه حمایت اجتماعی را در افراد مذهبی بالا می‌برد و زمانی که افراد از حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان‌فردی کمتری بهره‌مند باشند، در رویارویی با رخداد‌های فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند، به‌طور مؤثری مقابله می‌نمایند و نشانه‌های انسجام خود بالایی را نشان می‌دهند؛ چرا به اعتقاد کوهن^۱ (۲۵) هرچه ذهنیت فرد در برخورداری از حمایت دیگران بیشتر باشد، میزان پاسخ‌های موفقیت‌آمیزی که به فشارهای روانی و موقعیت‌های بغرنج نشان می‌دهد، بیشتر است. در آخر می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که مادران دارای کودک معلول می‌توانند از باورهای مذهبی خود برای مواجهه با مشکلات بهره می‌برند؛ در همین راستا، حبیبی و امانی (۲۹) عنوان نمودند، در فرهنگ ایرانی اسلامی، بسیاری از باورهای مذهبی به مادران دارای فرزند معلول کمک می‌کند تا ناتوانی فرزند مبتلایشان را بپذیرند. آنها معتقدند بیماری یا هرگونه کم‌توانی کودک، یکی از انواع آزمون‌های الهی است که خداوند جهت علو درجات به آنها داده است و معتقدند در کنار دشواری‌های تربیت و رشد و نمو این کودک، حق تعالی به آنها در تأمین نیازهایشان یاری می‌دهد. این باورها در کنار آمدن با مشکلات به مادران کمک می‌کند. در نتیجه می‌توان گفت، یک خانواده معتقد به خداوند، فرزند معلول را امتحان و آزمایش از طرف خداوند می‌داند و خود را مسئول توجه و مراقبت و کم‌کردن ناتوانی‌های این کودک می‌داند. بنابراین چنین مادرانی به دلیل باورهای مذهبی قوی، به مناسک و عبادات مذهبی بیشتر روی می‌آورند و با شرکت در مراسم‌های مذهبی گروهی از شدت درد و رنج و تنهایی خود می‌کاهند. زمانی که آنان در مراسم‌های مذهبی گروهی شرکت می‌نمایند، حمایت را از سوی اطرافیان و دوستان خود بیشتر حس می‌کنند؛ به‌طوری‌که در بعضی مواقع این حمایت‌ها جنبه عاطفی و

گاهی مالی نیز به خود می‌گیرد. زمانی که از سوی اطرافیان و دوستان خود حمایت می‌شوند خود را تنها ندانسته و برای کنترل و مدیریت اوضاع خود گاهی از کمک و یاری اطرافیان نیز بهره می‌گیرند. کنترل و مدیریت کردن اوضاع که از مؤلفه‌های انسجام هستند از طریق حمایت اجتماعی تقویت شده و رفته رفته مادر به انسجام خود بالایی دست می‌یابد؛ با عنایت به مطالب عنوان‌شده می‌توان گفت باورهای مذهبی در رابطه حمایت اجتماعی با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول نقش میانجی‌گرانه دارد.

درخصوص عدم نقش میانجی‌گرانه باورهای مذهبی در رابطه عمر ازدواج با انسجام خود مادران دارای کودک معلول باید گفت، باورهای مذهبی در مادران دارای کودک معلول نسبت به مادران دارای کودکان عادی پایایی چندانی ندارد؛ به‌طوری‌که مادران دارای کودک معلول باورهای مذهبی ضعیف‌تری نسبت به مادران دارای کودک عادی دارند و در برخی موارد مشاهده می‌شود با تغییر اوضاع این باورها کم و زیاد می‌شود؛ برای مثال، زمانی که مادران با مشکلات بیشتری در رابطه با کودک معلول خود مواجه می‌شوند، معلولیت کودک را عذاب الهی برشمرده و از خدا ناامید می‌شوند. در تأیید این یافته، شارک^۲ و همکاران (۳۰)، در پژوهشی عنوان نمودند مادران دارای کودک معلول نسبت به مادران دارای کودک عادی از مقابله مذهبی مثبت (همانند فرزند من نعمت است) کمتری استفاده می‌کنند. نکته‌ای که ذکر آن حائز اهمیت است این مطلب است که باورهای مذهبی مادران دارای کودک معلول با گذشت مدت زمان ازدواج تغییری نمی‌یابد؛ به‌عبارتی اگر باورهای مذهبی مادر در ابتدای زندگی مشترک ضعیف باشد با تولد فرزند معلول ضعیف‌تر نیز می‌شود؛ چرا که مادری که اعتقاد مذهبی ضعیفی داشته باشد با وجود چنین مشکلی خدا و رحمانیت خدا رو بیشتر انکار می‌کند. بنابراین گذر زمان و نیز افزایش سال‌های زندگی مشترک تأثیری بر بهبود باورهای مذهبی این دسته از مادران نخواهد گذاشت؛ چرا که با بزرگتر شدن کودک معلول و گذشت مدت زمان زندگی مشترک، مشکلات کودک نه تنها کمتر نشده بلکه بیشتر نیز می‌شود. بنابراین می‌توان گفت، افزایش مدت زمان ازدواج تغییری در وضعیت مادران ایجاد نمی‌کند و این عدم تغییر وضعیت می‌تواند به عدم تغییر در باورهای مذهبی آنان نیز در طول زندگی بیانجامد. با عنایت به این مطالب می‌توان

1. Cohen

2. Sharak

References

1. Weiss MP. How to review for TEACHING Exceptional Children. TEACHING Exceptional children. 2018;50(3):123-9. <https://doi.org/10.1177/0040059917743480>
2. Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil E. Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. International journal of developmental disabilities. 2020;66(1):46-53. <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1478630>.
3. Alon R. 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. 2019;90:22-30. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.010>
4. Mahmoodi J, Mesbah I, Rezaeisharif A. The Effectiveness of the Compassion-Based Approach on Alexithymia and Sense of Coherence in Mothers with Intellectually Disable Children. Psychology of Exceptional Individuals. 2023;13(50):255-86. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.72796.2557>
5. Stokes RH, Holsti L. Paediatric occupational therapy: Addressing parental stress with the sense of coherence. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2010;77(1):30-7. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.1.5>
6. Farhadi A, Bahreini M, Moradi A, Mirzaei K, Nemati R. The predictive role of coping styles and sense of coherence in the post-traumatic growth of mothers with disabled children: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2022;22(1):708. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04357-5>
7. Avaznejad N, Ravanipour M, Bahreini M, Motamed N. Comparison of the sense of coherence between mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman. Journal of Health Based Research. 2016;2(2):183-96. [Persian] <http://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-119-en.html>
8. Gebrin  K , Lampek K, S r v ry A, S r v ry A, Tak cs P, Zr nyi M. Impact of sense of coherence and work values perception on stress and self-reported health of midwives. Midwifery. 2019;77:9-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.006>
9. Carl n K, Suominen S, Lindmark U, Saarinen MM, Aromaa M, Rautava P, et al. Sense of coherence predicts adolescent mental health. Journal of Affective Disorders. 2020;274:1206-10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.023>
10. Campbell PA. Lay participation with medical expertise in online self-care practices: Social knowledge (co) production in the Running Mania injury forum. Social Science & Medicine. 2021;277:113880. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113880>

گفت بین سال‌های زندگی مشترک و باورهای مذهبی مادران دارای کودک معلول رابطه معناداری وجود ندارد؛ بنابراین مؤلفه باورهای مذهبی نتوانست در رابطه طول مدت زندگی مشترک با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول نقش میانجی ایفا کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است؛ یکی از محدودیت‌های پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی می‌باشد که امکان پاسخ‌های غیرواقعی و تحریف‌شده توسط آزمودنی در آن وجود دارد. این پژوهش متمرکز بر مادران دارای کودک معلول بود که لازم است جهت تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های مادران با کودکان سرطانی و کودکان اتیستیک جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی مادران دارای کودکان سرطانی و دارای بیماری‌های مزمن و نیز مادران دارای کودک اتیستیک نیز به‌عنوان جامعه آماری انتخاب شوند. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده پژوهشگران با گرفتن مجوز از سازمان بهزیستی امکان مشاهده عینی وضعیت مادران را داشته باشند و درکنار پرسشنامه از ابزارهایی نظیر مصاحبه و مشاهده نیز استفاده نمایند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر رابطه بین حمایت اجتماعی با انسجام خود در مادران معلول، پیشنهاد می‌شود مراکز توان‌بخشی با حمایت‌گری خود به‌وسیله‌ی مداخلات پیشگیرانه و آگاهی‌بخش با هدف پذیرش ناتوانی فرزند و افزایش عاطفه مثبت نسبت به فرزند و نیز آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به مادران جهت جلوگیری از خستگی‌های ناشی از مراقبت، انسجام خود در مادران را ارتقاء دهند. همچنین، با توجه به رابطه باورهای مذهبی با انسجام خود در مادران دارای کودک معلول، پیشنهاد می‌شود با استفاده از رویکرد های درمانی همچون معنویت‌درمانی، باورهای مذهبی مادران تقویت و بهبود بخشیده شود تا در نهایت انسجام خود آنان نیز بهبود یابد.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع نداشته است.

11. Lavner JA, Clark MA. Workload and marital satisfaction over time: Testing lagged spillover and crossover effects during the newlywed years. *Journal of vocational behavior*. 2017;101:67-76. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.05.002>
12. Piirainen I, Tuomainen T-P, Tolmunen T, Kauhanen J, Kurl S, Nilsen C, et al. Sense of coherence and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2020;82(6):561-7. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000812>
13. Köber C, Schmiedek F, Habermas T. Characterizing lifespan development of three aspects of coherence in life narratives: a cohort-sequential study. *Developmental Psychology*. 2015;51(2):260. <https://doi.org/10.1037/a0038668>
14. Lima TJSd, Souza LECd. Social support as a protective factor for the mothers of children with Congenital Zika Syndrome. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26:3031-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04912020>
15. Arif A, Ashraf F, Nusrat A. Stress and coping strategies in parents of children with special needs. *Labour*. 2021;32:20. <https://doi.org/10.47391/jpma.1069>
16. Skarstein S, Bergem A, Helseth S. How do mothers of adolescents with chronic pain experience their own quality of life? *BMC psychology*. 2020;8:1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00430-4>
17. Shahrabi Farahani M. The Role of Spiritual Perception on the Feeling of Cohesion in the Period of Corona pandemic by Attending the Religious Site of Ibn Baboyeh. *International journal of Tourism, Culture & Spirituality*. 2021;5(1):175-96. [Persian] <https://doi.org/10.22133/ijts.2021.140637>
18. Bermejo-Martins E, Luis EO, Fernández-Berrocá P, Martínez M, Sarrionandia A. The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and individual differences*. 2021;177:110679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110679>
19. Maleki B. The Relationship of attachment styles and sense of cohesion with perceived stress in the elderly in nursing home during the outbreak of coronavirus: the mediating role of spiritual intelligence. *Aging Psychology*. 2022;8(1):103-87. [Persian]. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7808.1627>
20. Karaca A, Konuk Şener D. Spirituality as a coping method for mothers of children with developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2021;67(2):112-20. <https://doi.org/10.1080/020473869.2019.1603730>
21. Yusuf AA, Shidiq AR, Hariyadi H. On socio-economic predictors of religious intolerance: Evidence from a large-scale longitudinal survey in the largest Muslim democracy. *Religions*. 2019;11(1):21. <https://doi.org/10.3390/rel11010021>
22. Schmuck J, Hiebel N, Rabe M, Schneider J, Erim Y, Morawa E, et al. Sense of coherence, social support and religiosity as resources for medical personnel during the COVID-19 pandemic: A web-based survey among 4324 health care workers within the German Network University Medicine. *Plos one*. 2021;16(7):e0255211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255211>
23. Zhan T, Li H, Ding X. Can social support enhance sense of coherence and perceived professional benefits among Chinese registered nurses? A mediation model. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(3):488-94. <https://doi.org/10.1111/jonm.12931>
24. Qorbanpoorlafmejani A, Yaghouti M, Rezaei S. The mediating role of social support in the relationship between mental hardness and the sense of coherence with quality of life among staff at hospitals in Quchan. *Social psychology research*. 2019;9(34):119-40. [Persian] https://www.socialpsychology.ir/article_95518.html?lang=en
25. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychology*. 1988;7(3):269-97. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.7.3.269>
26. Fu W, Li R, Zhang Y, Huang K. Parenting stress and parenting efficacy of parents having children with disabilities in China: the role of Social Support. *International journal of environmental research and public health*. 2023;20(3):2133. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032133>
27. Wedgeworth M, LaRocca MA, Chaplin WF, Scogin F. The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*. 2017;38(1):22-6. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001>
28. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Living environment, social support, and informal caregiving are associated with healthcare seeking behaviour and adherence to medication treatment: A cross-sectional population study. *Health & social care in the community*. 2019;27(5):1260-70. <https://doi.org/10.1111/hsc.12758>
29. Habibi R, Amani H. Mother-to-live experience of children with learning disabilities: a phenomenological study. *J Except Educ*. 2020;1(159):9-18. [Persian] <https://exceptionaleducation.ir/article-1-1438-fa.html>
30. Sharak FM, Bonab BG, Jahed M. Relationship between stress and religious coping and mental health in mothers with normal and intellectually disabled children. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2017;3(3):198. <http://dx.doi.org/10.4103/2395-2296.21942231>
31. Holt CL, Roth DL, Huang J, Clark EM. Role of religious social support in longitudinal relationships between religiosity and health-related outcomes in African Americans. *Journal of behavioral medicine*.

2018;41:62-73. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9877-4>

32. Zaki-Nejad M, Moghaddam F. Study of the sense of coherence and religious coping in patients with Type 2 Diabetes. Religion and Health, Spring & Summer. 2021;9(1):15-23. [Persian] <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-891-fa.html>
33. Saud M, Ashfaq A, Abbas A, Ariadi S, Mahmood QK. Social support through religion and psychological well-being: COVID-19 and coping strategies in Indonesia. Journal of religion and health. 2021;60:3309-25. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01327-1>
34. Sun L, Deng Y, Qi W. Two impact pathways from religious belief to public disaster response: findings from a literature review. International journal of disaster risk reduction. 2018;27:588-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.10.004>
35. Habibi A, Adanvar M. Structural equation modeling and factor analysis (practical training of LISREL software). Publisher of Academic Jihad Publishing Organization. [https://www.gisoom ...](https://www.gisoom...); 2018. . [Persian]
36. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social science & medicine. 1993;36(6):725-33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
37. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion international. 1996;11(1):11-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
38. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health. 2005;59(6):460-6. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.01808539>
39. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988;52(1):30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
40. Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet communication in life: The role of perceived social support and loneliness in the use of the internet. Psychological studies. 2009;5(3):81-102. [Persian]. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1607.html
41. Beyrami M, Movahedi Y, Movahedi M. The relationship between perceived social support and the feeling of social-emotional loneliness with internet addiction in university students. Social cognition. 2015;3(2):109-22. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_1365.html
42. Khodayari-Fard M, Rahiminejad A, Ghobari Bonab B, Shokoohi Yekta M. Religiosity measuring model and reparation of religiosity scale to Iranian population. Journal of Applied Psychology Readerch, 2010; 1(1): 1-24. [Persian] https://japr.ut.ac.ir/article_52308.html