



Research Paper

Comparison of Coping Styles, Distress Tolerance and Religious Adherence in Mothers of Children with Physical-Motor Disabled and Normal

Zahra Rabani ^{1,*}

¹ MA of Social Research, Department of Social Studies, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Rabani, Department of Social Studies, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran. E-mail: hastihasti6040@gmail.com

How to Cite this Article:

Rabani Z. Comparison of Coping Styles, Distress Tolerance and Religious Adherence in Mothers of Children with Physical-Motor Disabled and Normal. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;6(4):10-18.

DOI: [10.29252/ijrn-06042](https://doi.org/10.29252/ijrn-06042)

Received: 26 Jun 2019

Accepted: 15 Jan 2020

Keywords:

Coping Styles

Disabled

Distress Tolerance

Physical-Motor

Religious

© 2020 Iranian Journal of
Rehabilitation Research in Nursing

Abstract

Introduction: Having a disabled child can negatively effect on health and quality of life of parents, especially mothers. Therefore, the present research aimed at the comparison of coping styles, distress tolerance, and religious adherence in mothers of children with physical-motor disabled and normal.

Methods: In a causal-comparative study among mothers of children with physical-motor disabled and normal of Tehran city in the 2018 year, several 70 people (35 in each group) were selected by the available sampling method. The groups responded to the questionnaires of coping styles, distress tolerance, and religious adherence. Data were analyzed by multivariate analysis of variance method using SPSS version 19 software.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the groups in terms of coping styles and distress tolerance, but there wasn't a significant difference in terms of religious adherence. In other words, the rate of distress tolerance and coping techniques, including problem-solving, physical control, attracting social support, emotional monitoring and cognitive evaluation in mothers with physical-motor disabled children were lower than mothers with healthy children ($P < 0.05$).

Conclusions: The findings indicated there were lower types of coping styles, and distress tolerance in mothers of physical-motor disabled children is compared with mothers of healthy children. Therefore, specialists and authorities should design and implement programs to improve the coping styles and distress tolerance of mothers with physical-motor disabled children.

Extended Abstract

OBJECTIVE

Disability is the permanent inability to perform all or part of the ordinary necessities of individual or social life (1). Having a disabled child can negatively effect on health and quality of life of parents, especially mothers (3). Usually, mothers with disabled children are in a lower position in terms of coping styles than mothers with typical children (4). Also, distress tolerance means the capacity to resist negative emotions or tolerate negative inner states caused by stressors (8), and religious adherence can change one's attitude toward the world and increase

one's ability to adapt to adverse, stressful and unpredictable circumstances (14). Therefore, the present research aimed at the comparison of coping styles, distress tolerance, and religious adherence in mothers of children with physical-motor disabled and normal.

MATERIALS AND METHODS

This research was a causal-comparative study. The statistical population was mothers of children with physical-motor disabled and normal of Tehran city in the 2018 year. The sample research was 70 people (35

in each group) who were selected by the available sampling method. The groups responded to the questionnaires of Billings and Moss's coping styles, Simons and Gaher's distress tolerance, and Janbozorgi's religious adherence. Data were analyzed by multivariate analysis of variance method using SPSS version 19 software.

RESULTS

The findings showed that there was no significant difference between the experimental and control groups

in terms of education and age. Other results showed that there was a significant difference between the groups in terms of coping styles and distress tolerance. Still, there wasn't a significant difference in terms of religious adherence. In other words, the rate of distress tolerance and coping styles, including problem-solving, physical control, attracting social support, emotional monitoring and cognitive evaluation in mothers with physical-motor disabled children was lower than mothers with typical children ($P < 0.05$) (Tables 1-2).

Table 1. Mean and Standard Deviation of Variables

Variables	Mothers with Disabled Children	Mothers with Normal Children
Problem solving style	4.35 ± 0.74	5.88 ± 0.89
Physical control style	12.41 ± 2.08	16.52 ± 2.44
Attracting social support style	6.28 ± 1.14	8.16 ± 1.37
Emotional control style	14.30 ± 2.27	19.31 ± 2.92
Cognitive evaluation style	9.22 ± 1.88	11.75 ± 2.16
Distress tolerance	37.26 ± 3.39	44.80 ± 4.05
Distress tolerance	121.43 ± 11.75	115.94 ± 11.93

Data are presented as mean ± SD.

Table 2. MANOVA Results

Variables	Sum of Squares	Df	Mean Squares	F	P-Value	Eta Squared
Problem solving style	33.739	1	33.739	16.169	< 0.001	0.288
Physical control style	115.864	1	115.864	29.565	< 0.001	0.506
Attracting social support style	43.864	1	43.864	22.750	< 0.001	0.371
Emotional control style	137.233	1	137.233	27.329	< 0.001	0.483
Cognitive evaluation style	62.280	1	62.280	19.638	< 0.001	0.347
Distress tolerance	394.209	1	394.209	12.750	< 0.001	0.245
Distress tolerance	1283.365	1	1283.365	1.461	< 0.068	0.079

CONCLUSION

Due to the high number of children with disabilities and the problems that have their mothers, intervention is necessary to improve their characteristics. The findings indicated there were lower types of coping styles, and distress tolerance in mothers of physical-motor disabled children is compared with mothers of healthy children. Therefore, specialists and authorities should design and implement programs to improve the coping styles and distress tolerance of mothers with physical-motor disabled children.

Ethical Considerations

In this study, moral points according to the ethical protocols of Helsinki studies were done and received ethical code from the Islamic Azad University of Dehaghan branch with the number of IR.IAUDehaghan.REC.1397.41. Also, the research consent form was signed by all subjects.

Funding or Supports

This research has not sponsored and is done at personal expense.

Author's Contribution

Zahra Rabani collected data, analyzed them, and wrote the article.

Conflict of Interest

In this article, there was no reported any conflict of interest.

Applicable Remarks

Disables make the most significant minority of Iran and knowing them. Their parents, especially mothers who are considered primary and directly responsible for their care, have to need a lot of research. The results of the present study showed that distress tolerance and coping styles of mothers with disabled children were at the unsuitable level than those of mothers with healthy children, and there was no difference between them in terms of religious adherence. Therefore, health professionals can make based on results of this study and similar studies a perspective for improving the health of mothers with disabled children and design programs to enhance psychological characteristics especially to improving their distress tolerance and coping styles which use of such programs can be useful in improving the health-related attributes of mothers with disabled children.

Acknowledgments

Thus gratitude and appreciation from officials of the Islamic Azad University of Dehaghan branch and Welfare organization of Tehran city due to cooperation in conducting the research and from participants for participating in the study.



مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی و عادی

زهرا ربانی^{۱*}

^۱ کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، گروه مطالعات اجتماعی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا ربانی، گروه مطالعات اجتماعی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران. ایمیل:

hastihasti6040@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

چکیده

مقدمه: داشتن فرزند معلول می‌تواند بر سلامت و کیفیت زندگی والدین به‌ویژه مادران تأثیر منفی بگذارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی و عادی انجام شد.

روش کار: در یک مطالعه علی - مقایسه‌ای از میان مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی و عادی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تعداد ۷۰ نفر (هر گروه ۳۵ نفر) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها به پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی پاسخ دادند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سبک‌های مقابله‌ای و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود داشت، اما از نظر پایبندی مذهبی تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر، میزان تحمل پریشانی و سبک‌های مقابله‌ای شامل حل مسئله، مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزیابی شناختی در مادران دارای کودک معلول کمتر از مادران دارای کودک عادی بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: یافته‌ها حاکی از کمتر بودن انواع سبک‌های مقابله‌ای و تحمل پریشانی در مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی بود. بنابراین متخصصان و مسئولان باید برنامه‌هایی برای بهبود سبک‌های مقابله‌ای و تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی طراحی و اجرا کنند.

کلیدواژه‌ها: تحمل پریشانی، جسمی - حرکتی، سبک‌های مقابله‌ای، مذهب، معلول

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

معلولیت ناتوانی دائمی در انجام تمام یا بخشی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی است که به علت نقص مادرزادی یا عارضه‌ای ایجاد می‌گردد [۱]. معلولیت جسمی - حرکتی طیف وسیعی از معلولیت‌ها را شامل و با توجه به محدودیت حرکات و ناتوانایی بخش‌های مختلف بدن تقسیم می‌گردد [۲]. نکته بسیار مهم در مورد کودکان معلول توجه طولانی از سوی والدین به‌ویژه مادران برای تغذیه، امور درمانی و مراقبت‌های عمومی است [۳]. معمولاً مادران دارای کودک معلول از نظر سبک‌های مقابله‌ای در وضعیت پایین‌تری نسبت به مادران دارای کودک عادی قرار دارند [۴]. مقابله، فرآیند روانشناختی پیچیده‌ای است که برای رویارویی با تنش، تصمیم‌گیری و حل مسئله استفاده می‌شود

[۵]. سبک‌های مقابله‌ای به تلاش‌های شناختی - رفتاری و شیوه‌های افکار، احساسات و اعمالی اشاره دارند که برای روبرو شدن با موقعیت‌های چالش‌زا و تنش‌زا و تطابق فرد با محیط استفاده می‌گردند [۶]. در یک تقسیم‌بندی از سبک‌های مقابله‌ای به پنج سبک حل مسئله (استفاده از راه حل‌های مناسب برای مقابله با چالش‌ها)، مهار جسمانی (استفاده از فعالیت‌های بدنی برای کنترل موقعیت‌های چالش‌انگیز)، جلب حمایت اجتماعی (استفاده از کمک دیگران برای مقابله با چالش‌ها)، مهار هیجانی (مقابله با چالش‌ها از طریق کنترل هیجان‌ها) و ارزیابی شناختی (بررسی میزان خطر موقعیت‌های چالش‌انگیز و استفاده از راهکارهای شناختی برای مقابله با آنها) اشاره شده است و

استفاده مناسب و کارآمد از آنها باعث افزایش سلامت، بهزیستی و کاهش مشکلات روانشناختی می‌گردد [۷].

مفهوم مرتبط دیگر با سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی است که ماهیتی چندبعدی دارد و به معنای ظرفیت مقاومت در برابر هیجان‌های منفی یا تحمل حالت‌های درونی منفی ناشی از عوامل استرس‌زا می‌باشد [۸]. تحمل پریشانی یک سازه فراهیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن، تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه به هیجان منفی را می‌سنجد [۹]. تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه رخداد‌های تنش‌ها و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که افراد دارای تحمل پریشانی کمتر واکنش‌های منفی و شدیدتری به استرس نشان می‌دهند [۱۰]. همچنین افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به رفتارهای منفی مثل مصرف مواد به دنبال تسکین درد هیجانی هستند [۱۱]. متغیر دیگر مورد بررسی پابندی مذهبی است. دین نظام اعتقادی سازمان‌یافته‌ای است که با مجموعه‌ای از آیین‌ها، اعمال و شیوه پاسخ‌دهی افراد به موقعیت‌های زندگی مشخص می‌گردد [۱۲] و مذهب از نظر مولفه‌ها و اثرات روانشناختی سازه پیچیده‌ای است و کارکردهای مختلفی دارد [۱۳]. پس پابندی مذهبی سازه‌ای ناظر بر پذیرش شناختی، هیجانی و رفتاری انسان نسبت به مذهب است [۱۲]. پابندی مذهبی می‌تواند نگرش فرد نسبت به دنیا را تغییر داده و توانایی تطابق با شرایط ناگوار، استرس‌زا و پیش‌بینی‌ناپذیر را افزایش بخشد [۱۴].

با اینکه پژوهش‌هایی درباره مقایسه والدین دارای کودک معلول و عادی انجام شده، اما پژوهش‌های اندکی درباره مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پابندی مذهبی مادران آنها انجام شده است. برای مثال باوالساح ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که میزان استرس و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب در مادران و پدران کودکان معلول جسمی بیشتر از معلول ذهنی و شنوایی بود [۱۵]. نتایج پژوهش هوسین و جویال حاکی از آن بود که والدین دارای کودکان معلول در مقایسه با والدین کودکان عادی میزان استرس را بیشتر ارزیابی و کمتر از سبک‌های مقابله سازگار استفاده می‌کنند [۱۶]. علاوه بر آن معتمدی شارک و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان استرس مادران کودکان با نقص ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی و میزان سلامت روان و استفاده از مقابله مذهبی مناسب آنها کمتر بود [۱۷]. نتایج پژوهش حسینی‌نیک و همکاران نشان داد که میزان تحمل پریشانی و سازگاری مادران دارای کودک معلول ذهنی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی کمتر بود [۱۸]. در پژوهشی دیگر اسپیراو گزارش کرد که والدین و مراقبان کودک دارای معلولیت یا نیازهای ویژه از نظر تجارب مذهبی با والدین و مراقبان کودکان عادی تفاوتی ندارند [۱۹]. همچنین کاکبرایی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان استثنایی در مقایسه با والدین کودکان عادی از نظر سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در وضع نامناسب‌تری قرار داشتند [۲۰]. نتایج پژوهش قاسم‌پور و همکاران حاکی از آن بود که مادران کودکان ناشنوا از نظر سبک‌های مقابله در مقایسه با مادران کودکان عادی کمتر از سبک‌های مقابله‌ای مناسب استفاده می‌کردند [۲۱]. در پژوهشی دیگر علمردانی صومعه و نریمانی گزارش کردند که میزان عدم تحمل بلاتکلیفی مادران دختران ناشنوا

بیشتر از مادران دختران شنوا و میزان تنظیم هیجان آنها کمتر بود [۲۲]. علاوه بر آن میرصمدی و عبدی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان اضطراب و پریشانی مادران کودکان معلول بیشتر از مادران کودکان عادی بود [۲۳]. نتایج پژوهش موسوی خطاط و همکاران نشان داد که والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی از نظر جهت‌گیری مذهبی تفاوت معناداری نداشتند [۲۴].

از یک سو آمار معلولان بسیار بالا و بر اساس آمار رسمی سال ۱۳۹۵ معادل یک میلیون و ۱۶۶ هزار و ۲۸۲ نفر بود. پس معلولان بزرگ‌ترین اقلیت را کشور ایران تشکیل می‌دهند و برای شناخت آنها و اولیای آنان باید پژوهش‌هایی صورت پذیرد [۲۵] و از سوی دیگر با توجه به نیاز طولانی‌مدت معلولان برای مراقبت ممکن است مادران از انجام این کار احساس خستگی کنند و یا اینکه به دلیل نگرانی از آینده آنها دچار استرس و افسردگی شوند [۳]. علاوه بر آن مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی به سه دلیل نامیدی از داشتن فرزند معلول، حفاظت، مراقبت‌های پزشکی و روان‌شناختی و وابستگی بیشتر کودکان معلول به مادران تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند [۲۶]. بدون شک شناخت ویژگی‌های مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی در مقایسه با عادی در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنان ضروری است و با توجه به پیشینه پژوهشی اندک و گاه متناقض در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پابندی مذهبی در مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۷۰ نفر (۳۵ مادر دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و ۳۵ مادر دارای کودک عادی) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۴۰-۲۵ سال، عدم شرکت در دروه‌های روان‌شناختی در سه ماه گذشته و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت نامناسب بودند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان به سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش، لیست خانواده‌های دارای کودک معلول جسمی- حرکتی تهیه و به دلیل پراکندگی و عدم موافقت جهت شرکت در پژوهش تعداد ۳۵ نفر از مادران آنها انتخاب و متقابلاً ۳۵ مادر دارای کودک عادی که با آنان از لحاظ تحصیلات و دامنه سنی هم‌تا شده بودند نیز انتخاب و هر دو گروه به پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پابندی مذهبی پاسخ دادند.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای توسط بیلینگز و موس (Billings and Moos) ساخته شد و دارای ۳۲ گویه و ۵ سبک حل مسئله (۳ گویه)، مهار جسمانی (۹ گویه)، جلب حمایت اجتماعی (۴ گویه)، مهار هیجانی (۱۱ گویه) و ارزیابی شناختی (۵ گویه) است که به صورت چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه (۰=هیچ وقت تا ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر سبک با مجموع نمره گویه‌ای آن سبک محاسبه و

مخالف تا ۴=کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه و دامنه نمرات ۲۴۰-۶۰ است و نمره بیشتر به معنای پایبندی مذهبی بیشتر می‌باشد. روایی همزمان ابزار با پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس (Allport and Ross) تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد [۳۰].

در مطالعه حاضر رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان با کد IR.IAUDehaghan.REC. ۱۳۹۷،۴۱ تایید شد و داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها

فراوانی مطلق و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تحصیلات و دامنه سنی در مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی و مقایسه آنها بر اساس آزمون فیشر در **جدول ۱** ارائه شد.

بر اساس **جدول ۱** بین تحصیلات و دامنه سنی واحدهای پژوهش تفاوتی وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$). میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی در **جدول ۲** ارائه شد.

دامنه نمرات حل مسئله ۹-۰، مهار جسمانی ۲۷-۰، جلب حمایت اجتماعی ۱۲-۰، مهار هیجانی ۳۳-۰ و ارزیابی شناختی ۱۵-۰ است و نمره بیشتر به معنای مناسب‌تر بودن سبک‌های مقابله‌ای می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای سبک‌های حل مسئله ۰/۹۳، مهار جسمانی ۰/۸۸، جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰، مهار هیجانی ۰/۸۲ و ارزیابی شناختی ۰/۷۹ محاسبه شد [۷]. در ایران پایایی با روش آلفای کرونباخ برای سبک‌های حل مسئله ۰/۹۰، مهار جسمانی ۰/۹۰، جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰، مهار هیجانی ۰/۶۵ و ارزیابی شناختی ۰/۷۹ گزارش شد [۲۷].

پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر (Simons and Gaher) ساخته شد و دارای ۱۵ گویه است که به صورت پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج (۱=کاملاً موافق تا ۵=کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه و دامنه نمرات ۷۵-۱۵ است و نمره بیشتر به معنای تحمل پریشانی بیشتر می‌باشد. روایی صوری و محتوایی ابزار تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد [۲۸]. در ایران پایایی با روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تحمل پریشانی ۰/۸۹ گزارش شد [۲۹].

پرسشنامه پایبندی مذهبی توسط جان‌بزرگی ساخته شد و دارای ۶۰ گویه است که به صورت چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار (۱=کاملاً

جدول ۱. فراوانی مطلق و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در واحدهای پژوهش

متغیرها	مادران دارای کودک معلول		مادران دارای کودک عادی		P-Value Fisher
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
تحصیلات					>۰/۰۵
دیپلم	۱۰	۲۸/۵۷	۹	۲۵/۷۱	
کاردانی	۶	۱۷/۱۴	۸	۲۲/۸۶	
کارشناسی	۱۷	۴۸/۵۷	۱۵	۴۲/۸۶	
کارشناسی ارشد	۲	۵/۷۱	۳	۸/۵۷	
دامنه سنی (سال)					>۰/۰۵
۲۶ - ۳۰	۱۲	۳۴/۲۸	۱۰	۲۸/۵۷	
۳۱ - ۳۵	۱۵	۴۲/۸۶	۱۶	۴۵/۷۱	
۳۶ - ۴۰	۸	۲۲/۸۶	۹	۲۵/۷۱	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در واحدهای پژوهش

متغیرها/گروه‌ها	مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی		مادران دارای کودک عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک حل مسئله	۴/۳۵	۰/۷۴	۵/۸۸	۰/۸۹
سبک مهار جسمانی	۱۲/۴۱	۲/۰۸	۱۶/۵۲	۲/۴۴
سبک جلب حمایت اجتماعی	۶/۲۸	۱/۱۴	۸/۱۶	۱/۳۷
سبک مهار هیجانی	۱۴/۳۰	۲/۲۷	۱۹/۳۱	۲/۹۲
سبک ارزیابی شناختی	۹/۲۲	۱/۸۸	۱۱/۷۵	۲/۱۶
تحمل پریشانی	۳۷/۲۶	۳/۳۹	۴۴/۸۰	۴/۰۵
پایبندی مذهبی	۱۲۱/۴۳	۱۱/۷۵	۱۱۵/۹۴	۱۱/۹۳

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیری برای مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در واحدهای پژوهش

آزمون‌ها	مقدار	ضریب F	P-Value	اندازه اثر
اثر پیلاهی	۰/۴۲۸	۱۲/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶
لامبدای ویلکز	۰/۹۲۵	۱۲/۸۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۸
اثر هاتلینگ	۰/۴۹۲	۱۳/۷۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۱۰	۱۸/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در واحدهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-Value	اندازه اثر
سبک حل مسئله	۳۳/۷۳۹	۱	۳۳/۷۳۹	۱۶/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
سبک مهار جسمانی	۱۱۵/۸۶۴	۱	۱۱۵/۸۶۴	۲۹/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶
سبک جلب حمایت اجتماعی	۴۳/۶۸۱	۱	۴۳/۶۸۱	۲۲/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱
سبک مهار هیجانی	۱۳۷/۲۳۳	۱	۱۳۷/۲۳۳	۲۷/۳۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳
سبک ارزیابی شناختی	۶۲/۲۸۰	۱	۶۲/۲۸۰	۱۹/۶۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
تحمل پریشانی	۳۹۴/۲۰۹	۱	۳۹۴/۲۰۹	۱۲/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۵
پایبندی مذهبی	۱۲۸۳/۳۶۵	۱	۱۲۸۳/۳۶۵	۱/۴۶۱	>۰/۰۶۸	۰/۰۷۹

فرآیند مقابله، مهارت‌های شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد و افراد بکار بستن سبک‌های مقابله‌ای کارآمد از مهارت‌های شناختی برای حل مسائل و کاهش فشارهای روانی استفاده می‌کنند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی و منبع فشارهای روانی بهتر شناسایی می‌شود و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل خاتمه می‌یابد و در نهایت باعث افزایش انسجام فکری و کاهش آشفتگی هیجانی می‌گردد. همچنین نقش والدین برای هر دو والد استرس‌زا است و در کشور ایران مادران نقش مراقبت‌گری را در مقابل نیازهای جسمانی، عاطفی و اجتماعی کودکان بر عهده می‌گیرند و پدران کمتر با کودکان درگیر می‌شوند. مادران ساعت‌های بیشتری را با فرزند خود سپری می‌کنند، در حالی که پدران این مدت را در خارج از خانه به سر می‌برند. این توجه و نظارت مداوم مادر بر کودک و آن هم کودک معلول می‌تواند یک عامل عدم استفاده یا کاهش استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مناسب در مادران دارای کودک معلول شود. چون داشتن چنین فرزندانی با مسائل خاص خود به‌ویژه در فرهنگ کشور ما احساس گناه را در مادران بوجود می‌آورد و از آنجایی که اساساً احساس گناه توأم با هیجان و هیجان توأم با احساس گناه تقویت می‌شود، این امر باعث افزایش سطح هیجان و استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و استفاده کمتر از راهبردهای مقابله‌ای شناختی می‌گردد. در نتیجه میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای شناختی و یا سازگار در مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی کمتر از مادران دارای کودک عادی است.

دیگر نتایج نشان داد که میزان تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی کمتر از مادران دارای کودک عادی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های حسینی‌نیک و همکاران [۱۸]، علمردانی صومعه و نریمانی [۲۲] و میرصمدی و عبدی [۲۳] همسو بود. برای مثال حسینی‌نیک و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول ذهنی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی کمتر بود [۱۸]. در پژوهشی دیگر میرصمدی و عبدی گزارش کردند که مادران کودکان معلول در مقایسه با مادران کودکان عادی اضطراب و پریشانی بیشتری داشتند [۲۳]. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر میرصمدی و همکاران [۲۳] می‌توان گفت که داشتن کودک معلول، تنش‌ها و فشارهای زیادی بر والدین وارد می‌کند و از عوامل فشارزای موثر بر والدین می‌توان به سختی‌ها و فشارهای مالی مانند هزینه‌های پزشکی، مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی، طرد کودکان و اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده. همچنین می‌توان قربانی کردن سایر کودکان، مقصر دانستن والدین، افزایش تنش و تعارض‌های خانوادگی،

پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد و نتایج نشان داد که فرض نرمال بودن متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی تأیید شد، ($P > 0/05$) همچنین فرض برابری ماتریس‌های واریانس- کوواریانس بر اساس آزمون M باکس و فرض برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش تأیید شدند ($P > 0/05$).

همان‌گونه که از جدول ۳ استنباط می‌شود بین واحدهای پژوهش حداقل در یکی از متغیرها تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$).

همان‌گونه که از جدول ۴ استنباط می‌شود بین واحدهای پژوهش از نظر انواع سبک‌های مقابله‌ای و تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد، اما بین آنها از نظر پایبندی مذهبی تفاوتی وجود ندارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، میزان تحمل پریشانی و سبک‌های مقابله‌ای شامل حل مسئله، مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزیابی شناختی در مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی کمتر از مادران دارای کودک عادی می‌باشد و بین پایبندی مذهبی آنها تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

با توجه به آمار بالای معلولان و بررسی تفاوت‌های والدین آنان با افراد عادی جهت طراحی برنامه‌هایی برای مداخله، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و پایبندی مذهبی در مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی و عادی انجام شد.

نتایج نشان داد که میزان سبک‌های مقابله‌ای شامل سبک‌های حل مسئله، مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزیابی شناختی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی کمتر از مادران دارای کودک عادی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های باوالساح [۱۵]، هوسین و جویال [۱۶]، کاکابرایی و همکاران [۲۰]، قاسم‌پور و همکاران [۲۱] همسو بود. برای مثال هوسین و جویال ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگار والدین دارای کودک معلول در مقایسه با والدین دارای کودک عادی کمتر بود [۱۶]. در پژوهشی دیگر قاسم‌پور و همکاران گزارش کردند که مادران کودکان معلول شنوایی در مقایسه با مادران کودکان عادی برای مقابله با مشکلات کمتر از سبک‌های مقابله‌ای مناسب استفاده می‌کنند [۲۱]. در تبیین استفاده پایین‌تر مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی از سبک‌های مقابله‌ای حل مسئله، مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزیابی شناختی بر مبنای نظر قاسم‌پور و همکاران [۱۶] می‌توان گفت که در

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن آزمودنی‌ها به شهر تهران اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج آن به کل کشور ممکن نیست. محدودیت‌های دیگر شامل استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، عدم لحاظ شرایط مالی خانواده، شخصیت مادران پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم در نظر گرفتن دیگر ناتوانی‌های کودک بودند. بنابراین توصیه می‌گردد که پژوهش‌های دیگری با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده بر روی مادران دیگر شهرها و حتی پدران انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی در مقایسه با مادران دارای کودک عادی از نظر سبک‌های مقابله‌ای و تحمل پریشانی در وضعیت نامناسب‌تری قرار داشتند و بین آنها از نظر پایبندی مذهبی تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت. بنابراین بهره‌گیری از گروه‌هایی متشکل از مادران کودکان با معلولیت جسمی-حرکتی در جهت برنامه‌ریزی برای آنان و نگرش هدفمند به مسائل و مشکلات کودکان معلول و خانواده‌های آنان توسط متولیان کودکان معلول در کشور نظیر سازمان بهزیستی کشور می‌تواند بر بهبود وضعیت این گروه از جامعه که همواره در معرض تهدید آسیب‌های بی‌شماری قرار دارند، نتایج مثبتی در پی داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی رعایت و کد اخلاق را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان با شماره IR.IAUDehaghan.REC.1397.41 دریافت نموده است. همچنین، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط همه آزمودنی‌ها امضا شد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی انجام شده است.

سهم نویسندگان

جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آنها و نگارش مقاله بر عهده زهرا ربانی بود.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافع گزارش نشده است.

کاربرد عملی یافته‌ها

معلولان بزرگ‌ترین اقلیت کشور ایران را تشکیل می‌دهند و شناخت آنها و والدین آنان به‌ویژه مادران که مسئول اصلی و مستقیم مراقبت از آنها محسوب می‌شوند نیاز به پژوهش‌های بسیاری دارد و نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تحمل پریشانی و سبک‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک معلول در سطح نامناسب‌تری نسبت به مادران دارای کودک عادی قرار داشت و بین آنها از نظر پایبندی مذهبی تفاوتی وجود نداشت. بنابراین متخصصان سلامت و بهداشت می‌توانند بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه چشم‌اندازی جهت بهبود سلامت مادران دارای کودک معلول داشته باشند و برنامه‌هایی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنان به‌ویژه جهت بهبود تحمل پریشانی و سبک‌های مقابله‌ای آنها طراحی نمایند که استفاده از چنین برنامه‌هایی می‌تواند در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مادران دارای کودک معلول موثر واقع شود.

مشکلات و مسائل در روابط خانوادگی، عوامل فشارزای ناشی از زندگی اجتماعی خانواده و افزایش بروز اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی را در والدین دارای فرزند معلول نام برد. بنابراین مراقبت از کودک معلول به‌ویژه معلول جسمی-حرکتی فشار روانی زیادی را بر والدین به‌خصوص مادران وارد می‌کند و وقتی مادران با فرزند ناتوان خود روبرو می‌شوند به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان دچار استرس و فشار شدید و کاهش سلامت جسمی و روانی شده و چون نمی‌توانند کنترلی بر شرایط معلولیت کودک خود و فشارهای واردشده بر زندگی خود داشته باشند و فشارها را دائمی می‌پندارند، میزان تحمل پریشانی آنان کاهش می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد که میزان پایبندی مذهبی مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی و عادی تفاوت معناداری نداشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های اسپیراو [۱۹] و موسوی خطاط و همکاران [۲۴] همسو و با نتایج پژوهش معتمدی شارک و همکاران [۱۷] ناهمسو بود. برای مثال اسپیراو ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که بین میزان تجارب مذهبی والدین و مراقبان کودکان معلول یا نیازهای ویژه با والدین و مراقبان کودکان عادی تفاوت معناداری وجود نداشت [۱۹]. در پژوهشی دیگر موسوی خطاط و همکاران گزارش کردند که والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی در مقایسه با والدین دارای کودکان عادی از نظر جهت‌گیری مذهبی تفاوت معناداری نداشتند [۲۴]. در مقابل معتمدی شارک و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان استفاده از مقابله مذهبی مادران کودکان با نقص ذهنی کمتر از مادران کودکان عادی بود [۱۷]. در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش معتمدی شارک و همکاران [۱۷] می‌توان گفت که پژوهش حاضر بر روی مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی انجام، اما پژوهش آنان بر روی مادران دارای کودک دچار نقص ذهنی انجام شده که در مقایسه با معلولیت جسمی-حرکتی نمود کمتری دارد و کمتر قابل مشاهده است. همچنین در پژوهش حاضر پایبندی مذهبی بررسی شده، اما آنان راهبردهای مقابله‌ای مذهبی را بررسی کردند و همان طور که در این پژوهش بین راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلول و عادی تفاوت وجود داشت، منطقی است که بین استفاده از مقابله مذهبی مادران کودکان دچار نقص ذهنی و عادی نیز تفاوت وجود داشته باشد. در تبیین عدم تفاوت معنادار پایبندی مذهبی مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی و عادی بر مبنای نظر اسپیراو [۱۹] می‌توان گفت که مادران دارای کودک معلول همانند مادران دارای کودک عادی با کودکان خود صرف‌نظر از معلول و سالم بودن ایجاد هم‌حسی شناختی و عاطفی می‌کنند و در قبال آنها خود را مسئول می‌دانند و گاه در مقایسه با مادران دارای کودک عادی احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند. این موضوع باعث ایجاد شخصیت نوع‌دوستی می‌شود و آمادگی بخشیدن، کمک کردن، داوطلب شدن، ارائه خدمات، متواضع بودن، حسن نیت را در آنان بالا می‌برد که در مذهب به انجام آنها توصیه شده است. در نتیجه عوامل فوق باعث می‌شوند که هر دو گروه مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی و عادی به طور خاص از نظر دانش‌ها، باورها و انجام فعالیت‌هایی که مذهب به آنها اشاره کرده و به طور کلی از نظر پایبندی مذهبی تفاوت معناداری نداشته باشند.

بهزیستی شهر تهران به دلیل همکاری جهت انجام پژوهش و از شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

بدین وسیله از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان و سازمان

References

1. Caron JG, Martin Ginis KA, Rocchi M, Sweet SN. Development of the Measure of Experiential Aspects of Participation for People With Physical Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(1):67-77 e2. doi: 10.1016/j.apmr.2018.08.183 pmid: 30268805
2. De Hollander EL, Proper KI. Physical activity levels of adults with various physical disabilities. *Prev Med Rep*. 2018;10:370-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.04.017 pmid: 29755934
3. Varsamis P, Agaliotis I. Relationships between gross- and fine motor functions, cognitive abilities, and self-regulatory aspects of students with physical disabilities. *Res Dev Disabil*. 2015;47:430-40. doi: 10.1016/j.ridd.2015.10.009 pmid: 26519661
4. Najmi B, Heidari Z, Feizi A, Hovsepian S, Momeni F, Azhar SMM. Do psychological characteristics of mothers predict parenting stress? A cross-sectional study among mothers of children with different disabilities. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(3):396-402. doi: 10.1016/j.apnu.2017.12.004 pmid: 29784221
5. Qu J, Fletcher QE, Reale D, Li W, Zhang Y. Independence between coping style and stress reactivity in plateau pika. *Physiol Behav*. 2018;197:1-8. doi: 10.1016/j.physbeh.2018.09.007 pmid: 30236525
6. Yang Y, Sun G, Dong X, Zhang H, Xing C, Liu Y. Preoperative anxiety in Chinese colorectal cancer patients: The role of social support, self-esteem and coping styles. *J Psychosom Res*. 2019;121:81-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.009 pmid: 30928212
7. Horwitz AG, Czyz EK, Berona J, King CA. Prospective associations of coping styles with depression and suicide risk among psychiatric emergency patients. *Behav Ther*. 2018;49(2):225-36. doi: 10.1016/j.beth.2017.07.010 pmid: 29530261
8. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2019;71:78-89. doi: 10.1016/j.cpr.2019.01.003 pmid: 30691959
9. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Res*. 2018;267:210-4. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.083 pmid: 29933213
10. Peraza N, Smit T, Garey L, Manning K, Buckner JD, Zvolensky MJ. Distress tolerance and cessation-related cannabis processes: The role of cannabis use coping motives. *Addict Behav*. 2019;90:164-70. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.10.047 pmid: 30408699
11. Matheny NL, Summers BJ, Macatee RJ, Harvey AM, Okey SA, Coughle JR. A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2017;23:50-60. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.005 pmid: 28826046
12. Rupasingha A, Chilton JB. Religious adherence and county economic growth in the US. *J Econ Behav Organ*. 2009;72(1):438-50. doi: 10.1016/j.jebo.2009.05.020
13. Ahrenfeldt LJ, Moller S, Hvidt NC, Lindahl-Jacobsen R. Religiousness and lifestyle among Europeans in SHARE. *Public Health*. 2018;165:74-81. doi: 10.1016/j.puhe.2018.09.009 pmid: 30384031
14. Macilvaine WR, Nelson LA, Stewart JA, Stewart WC. Association of strength of religious adherence to quality of life measures. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(4):251-5. doi: 10.1016/j.ctcp.2013.05.001 pmid: 24199983
15. Bawalsah JA. Stress and coping strategies in parents of children with physical, mental, and hearing disabilities in Jordan. *Int J Educ*. 2016;8(1):1-22. doi: 10.5296/ije.v8i1.8811
16. Hussain A, Juyal I. Stress appraisal and coping strategies among parents of physically challenged children. *J India Acad Appl Psychol*. 2007;33(2):179-82.
17. Motamedi Sharak F, Ghobari Bonab B, Jahed M. Relationship between stress and religious coping and mental health in mothers with normal and intellectually disabled children. *Int J Educ Psychol Res*. 2017;3(3):198-204. doi: 10.4103/2395-2296.219422
18. Hosseinik SS, Amiri F, MirzaeiRad R. Comparison of distress tolerance and adjustment of mothers of intellectual disability children and mothers of normal children in Yasouj city (Iran). *NeuroQuantol*. 2018;16(1):7-13. doi: 10.14704/nq.2018.16.1.1163
19. Speraw S. Spiritual experiences of parents and caregivers who have children with disabilities or special needs. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(2):213-30. doi: 10.1080/01612840500436974 pmid: 16418080
20. Kakabaraee K, Afrooz GA, Hooman HA, Moradi A. Investigation and comparison of the mental wellbeing, coping styles and perceived social support in parents having exceptional and normal children. (Persian). *RPH*. 2012;5(2):45-58.
21. Ghasempour A, Akbari E, Taghipour M, Azimi Z, Refaghat E. Comparison of psychological well-being and coping styles in mothers of deaf and normally-hearing children. (Persian). *Biomothly Audiol*. 2012;21(4):51-9.
22. Almardani Some e, S., Narimani M. Comparison the intolerance of uncertainty and emotion regulation in mothers of deaf and hearing daughters. (Persian). *Quarter Preschool Element School Stud*. 2015;1(1):120-40.
23. Mirsamadi F, Abdi R. Comparison of quality of life and mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children. (Persian). *MEJDS*. 2017;7:1-7.
24. Mousavy-Khatat M, Soleimani M, A'bdi K. Comparison of cognitive, psychological and social characteristics, between parents who have more than one exceptional

- child with parents of normal child. (Persian). J Rehabi. 2011;12(3):53-64.
25. Satvat A, Khodabakhshi-Koolaei A, Falsafinejad MR, Sanagoo A. Title: Identifying the challenges marriage of person with physical-motor disabilities in Tehran: A phenomenological study. (Persian). IJRN. 2019;5(2):55-62. doi: 10.21859/ijrn-05028
26. Atefvahid MK, Habibi Asgarabad M, Ashouri A, Sayed Alitabar SH. Parenting stress in mothers of mentally retarded, blind, deaf and physically disabled children. (Persian). Community Health. 2016;3(4):330-40.
27. Kadivar M, Kahrazei F, Nikmanesh Z. The effectiveness of interventions based on positive psychotherapy on improving coping styles, relapse prevention in individuals with substance use disorder. (Persian). Positive Psychol. 2016;1(4):41-54.
28. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation Emotion. 2005;29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
29. Safarzadeh S, Savari K, Dashtbozorgi Z. Comparison of distress tolerance, coping styles, spiritual intelligence and happiness among elderly men and women. (Persian). J Aging Psychol. 2017;2(4):237-48.
30. Janbozorgi M. Construction and validity of religious adherence test on the basis of the statements of Quran and Nahjul Balaghah. (Persian). Stud Islam Psychol. 2009;3(5):79-105.