

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۱۸

تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۷/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۷

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۲

دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۱

صص: ۲۲۷-۲۴۴

بررسی سلامت روانی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی

مسعود حجازی *

افسانه صبحی **

علی شهنواز ***

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی سلامت روانی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی انجام شده است. برای این منظور ۱۰۰ مادر از مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، ۱۵۰ مادر از مادران دارای یک فرزند استثنایی و ۲۰۰ مادر از مادران دارای فرزند عادی به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس یک طرفه، و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین سه گروه از مادران تفاوت‌هایی در میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های آن وجود دارد و در این بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. نتایج و پیشنهادهای پژوهش در این مقاله تشریح و تبیین خواهند شد.

کلید واژگان: مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، سلامت روانی

* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه روان‌شناسی، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

Masod 1357@yahoo.com

** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه روان‌شناسی، زنجان، ایران

*** مربی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه آمار و ریاضی، زنجان، ایران

مقدمه

همه افراد رویاهایی در مورد فرزندان متولد نشده خود دارند که تجربه داشتن یک فرزند، آن را به سرعت از بین می‌برد. ممکن است به کودکی زیبا که دستان ما را گرفته و با شادی قدم به قدم با ما می‌آید، فکر کنیم. ممکن است به کودکان افراد دیگر که با ناراحتی یا کج خلقی رفتار می‌کنند نگاه کنیم و فکر کنیم: فرزند من هرگز چنین رفتار نخواهد کرد. ممکن است فرزندان خود را در نقش برندگان جوایز علمی، نویسندگان رمان‌های معروف و بازی‌های المپیک تصور نماییم. اکثر اوقات فرزندان ما با این رویاها منطبق نیستند. وقتی کودک استثنایی در خانواده متولد می‌شود انتظارات خانواده و آرزوهای والدین دچار تغییر می‌شود (کاکاوند، ۱۳۸۵). علاوه بر این زندگی والدین و حتی خواهران و برادران نیز دچار تغییرات اساسی می‌شود. زندگی اجتماعی بسیاری از خانواده‌هایی که فرزندان استثنایی دارند معمولاً محدود است. فعالیت‌های اوقات فراغت مثل شرکت در ورزش‌ها و ورزشگاهها و فعالیت‌های خانوادگی مثل دیدار از دوستان، شرکت در گردش‌ها و میهمانی‌های خانوادگی غالباً تحت تأثیر قرار می‌گیرند. بسیاری از خانواده‌ها در استفاده از تسهیلات اجتماعی از جمله گردش در ساحل، حضور در سالن‌های غذاخوری و رفت و آمد با وسایل نقلیه عمومی محدودیت دارند (هورن‌بی، بی‌تا؛ ترجمه نظری نژاد، ۱۳۷۶). درباره مشکلات زناشویی والدین کودکان استثنایی نیز تحقیقات زیادی به عمل آمده است (بارنت و بویسه^۱، ۱۹۹۵؛ فلویید و زمیچ^۲، ۱۹۹۱؛ پرستون^۳، ۲۰۰۵؛ مسائلی، ۱۳۷۸، ناصر شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵؛ رضانی، ۱۳۸۲).

از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین کودکان استثنایی می‌توان موارد زیر را نام برد: سختی‌ها و فشارهای مالی مثل مسایل پزشکی، تجویزهای دارویی خاص، هزینه‌های بیمارستان و درمان‌های ویژه این کودکان، مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی و یا طرد کودک، اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده، قربانی کردن سایر کودکان، مقصر دانستن والدین از این جهت که آنها از نظر ژنتیکی عامل ایجاد کننده مشکل کودک هستند، افزایش در تنش و تعارضات خانوادگی، مشکلات و مسایلی در اجرای مناسب روابط خانوادگی و عوامل فشارزایی که ناشی از زندگی اجتماعی

-
- 1- Barnet & Boyce
 - 2- Floyd & Zmich
 - 3- Preston

خانواده^۱ می‌باشد (کازاک^۲، ۱۹۸۷). بر این اساس پژوهش‌های بسیاری به مقوله سلامت روانی والدین کودکان استثنایی پرداخته‌اند و از پایین بودن آن در این والدین حکایت کرده‌اند (لسنبری و رفلدت^۳، ۲۰۰۴؛ ریسی و هوداپ^۴، ۲۰۰۳؛ سندرز و مورگان^۵، ۱۹۹۷؛ لوئیز، آبدتو و مورفی^۶، ۲۰۰۶؛ رید- برانت^۷، ۲۰۰۶؛ تروستر^۸، ۲۰۰۱؛ گون^۹، ۱۹۸۹؛ بکمن^{۱۰}، ۱۹۹۱؛ میلر، کالیگان و کالورت^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ گاپتا و سینگال^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ اسلوپر و ترنر^{۱۳}، ۱۹۹۳؛ اولافسون و ریچاردسون^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ دلو، ساموئلسون، تال برن و فاست^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ دوما، دکر و کوت^{۱۶}، ۲۰۰۶؛ امرسون^{۱۷}، ۲۰۰۳؛ اسوارتز، شیبیر، ورن و گرینو^{۱۸}، ۲۰۰۵؛ پارمیندر، مارین، روزن بام و برهاوت^{۱۹}، ۲۰۰۵؛ دیسون^{۲۰}، ۱۹۹۷؛ مهرابی‌زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی، ۱۳۸۰؛ افروز و هاشمی رزینی، ۱۳۸۵؛ ناصر شریعتی و داورمنش، احمدی، ۱۳۷۷؛ خواجه‌پور، ۱۳۷۷).

با توجه به پژوهش‌های ذکر شده می‌توان گفت مراقبت از کودکی ویژه با نیازهای ویژه کاری دشوار است. این امر فشار روانی زیادی بر دوش والدین و مخصوصاً مادر وارد می‌کند و این در حالی است که به باور گرای^{۲۱} (۲۰۰۳) زنان در مقابل وقایع استرس‌زا آسیب‌پذیرتر از مردان هستند. بنابراین نیاز به حمایت‌های اجتماعی از مادران بیش از پیش احساس می‌شود.

-
- 1- Family social life
 - 2- Kazak
 - 3- Lessnberry & Rehfeldt
 - 4- Ricci & Hodapp
 - 5- Sander & Morgan
 - 6- Lewis, Abbeduto, & Murphy
 - 7- Ryde-Brant
 - 8- Trostre
 - 9- Gowen
 - 10- Beckman
 - 11- Miller, Colligan, & Colvert
 - 12- Gupta & Singhal
 - 13- Sloper & Turner
 - 14- Oelofsen & Richardson
 - 15- Delleve, Samuelsson, Tallborn, & Fasth
 - 16- Douma, Dekker, & koot
 - 17- Emerson
 - 18- Swartz, Shear, Wren, & Greeno
 - 19- Parminder, Maureen, Rosenbaum, & Brehaut
 - 20- Dyson
 - 21- Gray

علاوه بر نقش کمتری که اکثر پدران نسبت به مادران عموماً در مراقبت هر روزه از کودک استثنایی خود دارند، تماس آنها با متخصصان نیز کمتر است. از سوی دیگر از آنجا که پدران روزها خانه را ترک می‌کنند و معمولاً دلبستگی دیگری خارج از خانه دارند، سلامت روانی آنها کمتر از مادران آسیب می‌بیند (هورن بی، بی‌تا، ترجمه نظری نژاد، ۱۳۷۶).

از سوی دیگر علی‌رغم این که متخصصین در طی سال‌های اخیر توجه زیادی به خانواده‌های دارای یک کودک استثنایی نموده‌اند، شرایط و نیازهای حمایتی خانواده‌های دارای بیش از یک کودک استثنایی به میزان زیادی نادیده گرفته شده است (لاوتون^۱، ۱۹۹۸). به نظر می‌رسد این خانواده‌ها به واسطه داشتن چند کودک استثنایی که هر کدام نیازهای ویژه خود را دارند، در شرایط نامساعدتری زندگی می‌کنند. آنچه در مورد مشکلات و فشارهای روانی والدین دارای یک فرزند استثنایی ذکر شد، به میزان بیشتری در والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی قابل مشاهده است. این والدین در مقایسه با والدین دارای یک فرزند استثنایی دچار ناتوانی‌های بیشتری هستند (لاوتون، ۱۹۹۸) و مشکلات بیشتری در زمینه اوقات فراغت و بیرون بردن کودک دارند. این والدین مجبور هستند زمان بیشتری به فرزندان استثنایی خود اختصاص دهند و برای رفع نیازهای این کودکان بکوشند (توزر^۲، ۱۹۹۹). بیشتر خانواده‌های دارای بیش از یک فرزند استثنایی هزینه‌های اضافی را نسبت به خانواده‌های دارای یک فرزند استثنایی تحمل می‌کنند. به خصوص این خانواده‌ها در مورد غذا، لباس، لوازم جا به جا کننده، وسایل سرگرمی کودک، سیستم حرارتی و تجهیزات خاص، هزینه‌های اضافی را گزارش نمودند (پرستون، ۲۰۰۵). اما به طور شگفت‌آوری تفاوت‌های کمی بین این دو گروه در زمینه استفاده از خدمات مشاهده شده است (لاوتون، ۱۹۹۸).

با توجه به آن چه بیان شد، هدف مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت روانی در سه گروه از مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی و آزمون قرار می‌گیرند:

۱. بین میزان «نشانه‌های بدنی» مادران در سه گروه تفاوت وجود دارد.

1- Lawton
2- Tozer

۲. بین میزان «اضطراب و بی‌خوابی» مادران در سه گروه تفاوت وجود دارد.
۳. بین میزان «نارسا کنش وری اجتماعی» مادران در سه گروه تفاوت وجود دارد.
۴. بین میزان «افسردگی» مادران در سه گروه تفاوت وجود دارد.

روش و نمونه پژوهش

بررسی حاضر از نوع تحقیقات پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، مادران دارای یک فرزند استثنایی و حداقل یک فرزند عادی دیگر و مادران دارای بیش از یک فرزند عادی شهر زنجان است. نمونه پژوهش حاضر از بین سه گروه مورد مطالعه به روش‌های مختلف تصادفی انتخاب گردیده است. برای انتخاب نمونه مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، با مراجعه به مراکز بهزیستی شهر زنجان (مجتمع شهید فلاح، مجتمع شهید فیاض بخش و مجتمع شهید بیات) و مراکز روستایی (پاپایی، دیزج آباد، چیر و قلتوق) و همین‌طور آموزشگاه‌های استثنایی شهر زنجان (مجتمع آموزشی اتحاد ملی، رودکی، شهید قاصدی، شهید انجم شعاع، شهید محمودی، طلعه، مرکز اختلالات اسوه و مرکز اختلالات پرتو) لیست تمام مددجویان و یا دانش‌آموزانی که حداقل دارای یک خواهر و یا برادر استثنایی نیز بودند، تهیه گردید. در تهیه این لیست نام مواردی که امکان داشت در دو مرکز مختلف بهزیستی و یا در یکی از مراکز بهزیستی و مراکز آموزش و پرورش استثنایی پرونده تحصیلی و پزشکی مشترک داشته باشند، کنترل گردید.

در نهایت از طریق این مددجویان و دانش‌آموزان لیستی از مادرانی که دارای بیش از یک فرزند استثنایی بودند تشکیل گردید که در مجموع بالغ بر ۱۱۷ مادر دارای شرایط فوق‌الذکر شناسایی شدند. پس از تهیه این لیست به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۰۰ مادر انتخاب گردید. نمونه مادران دارای یک فرزند استثنایی به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردید. برای این منظور از این مراکز بهزیستی و مراکز آموزش و پرورش استثنایی در چند مرحله نمونه‌گیری صورت گرفت که در نهایت ۱۵۰ مادر که دارای یک فرزند استثنایی و حداقل یک فرزند عادی دیگر بودند؛ انتخاب شدند. نمونه مادران عادی نیز به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از طریق مدارس آموزش و پرورش شهر زنجان انتخاب گردید. برای این منظور

دو مدرسه از ناحیه یک زنجان (مدارس شهید داود میرزایی و توحید) و دو مدرسه از ناحیه دو زنجان (مدارس شهید هادی قائمی و خیام) به صورت تصادفی انتخاب شدند و در نهایت ۲۰۰ مادر که دارای بیش از یک فرزند عادی و بدون فرزند استثنایی بودند انتخاب شدند. در انتخاب نمونه مادرانی که دارای یک فرزند بودند حذف گردیدند تا امکان مقایسه دقیق‌تر با مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی فراهم گردد.

ابزار پژوهش

برای گردآوری اطلاعات لازم در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ) استفاده شده است. این پرسشنامه یک «پرسشنامه سرندی^۲» مبتنی بر روی خود گزارش‌دهی است که در نظام‌های بالینی برای شناسایی افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ^۳، ۱۹۷۲). فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. در حال حاضر با اجرای این پرسشنامه توانسته‌اند به گستره وسیعی از نتایج در جمعیت‌های مختلف دست یابند (دادستان، ۱۳۷۷). این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسی کنش‌وری اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمره‌ها نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است.

در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی^۴ این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسی کنش‌وری اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد. روایی^۵ همزمان کل پرسشنامه بر اساس همبستگی با آزمون میدلکس^۶ ۰/۵۵ و روایی همزمان خرده مقیاس‌های مذکور با آزمون میدلکس نیز به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ می‌باشد که

-
- 1- General Health Questionnaire
 - 2- Screening questionnaire
 - 3- Goldberg
 - 4- Reliability
 - 5- Validity
 - 6- Middlex Hoepital Questionnaire (M.H.Q)

همگی معنادار بوده‌اند. واریانس انجام درونی این پرسشنامه به طور کلی $0/89$ و در خرده مقیاس‌های آن به ترتیب $0/67$ ، $0/82$ ، $0/72$ و $0/79$ بوده است. در پژوهش‌های دیگری نیز به پایائی و روایی قابل قبول این پرسشنامه اشاره شده است (ابراهیمی، 1384 ؛ پالاهنگ، 1375 ؛ هومن، 1377). در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ پایائی پرسشنامه در خرده مقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی به ترتیب $0/91$ ، $0/89$ ، $0/88$ ، $0/89$ به دست آمد که اعتبار قابل قبولی می‌باشد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها

گروه	میانگین نمونه				انحراف معیار نمونه			
	نشانه‌های بدنی	اضطراب	نارسا کنش‌وری اجتماعی	افسردگی	نشانه‌های بدنی	اضطراب	نارسا کنش‌وری اجتماعی	افسردگی
مادران دارای فرزند عادی	۴/۸۵	۴/۹۹	۶/۸۰	۲/۵۷	۳/۲۵	۳/۷۸	۲/۵۴	۳/۲۵
مادران دارای یک فرزند استثنایی	۵/۷۷	۶/۸۷	۷/۴۵	۵/۰۲	۳/۷۰	۴/۵۵	۳/۲۱	۴/۲۲
مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	۹/۳۱	۷/۸۸	۸/۹۳	۷/۶۳	۷/۳۱	۶/۱۴	۴/۷۲	۶/۷۱

همان طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین نمونه‌های مربوط به مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی از میانگین نمونه‌های دو گروه دیگر بیشتر می‌باشد و همچنین میانگین نمونه‌های مربوط به مادران دارای یک فرزند استثنایی از میانگین نمونه‌های مادران دارای فرزند عادی بیشتر می‌باشد. برای بررسی معناداری تفاوت‌های موجود در سه گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. جدول نتایج واریانس چند متغیره

P-value	درجه آزادی	مقدار f	تأثیرات	گروه
۰/۰۰۱	۸	۱۴/۶۵	پیلایی	
۰/۰۰۱	۸	۱۵/۱۳	ویلکز	
۰/۰۰۱	۸	۱۵/۶۱	هاتلینگ	
۰/۰۰۱	۴	۲۶/۹۱	روی	

همان طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود با توجه مقادیر P-value به خصوص مقدار P-value در ویلکز لامبدا که کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد فرض برابری میانگین نمونه‌های مورد مطالعه در سطح معناداری ۰/۰۱ رد می‌شود بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش وری و افسردگی) بین سه گروه مادران اختلاف معنادار وجود دارد. در ادامه از تحلیل واریانس یک طرفه به عنوان آزمون مکمل تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است. نتایج اجرای این آزمون‌ها در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه

P-value	F مشاهده شده	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منابع	گروهها
۰/۰۰۱	۳۱/۱۴	۶۷۲/۹۲	۲	۱۳۴۵/۸۵	نشانه‌های بدنی	
۰/۰۰۱	۱۴/۳۶	۳۱۲/۵۳	۲	۶۲۵/۰۶	اضطراب	
۰/۰۰۱	۱۳/۱۴	۱۴۹/۴۵	۲	۲۹۸/۹۱	نارسا کنش وری اجتماعی	
۰/۰۰۱	۴۱/۶۱	۸۶۹/۳۶	۲	۱۷۳۸/۷۳	افسردگی	

با توجه به مقادیر P-value که همگی کوچکتر از ۰/۰۱ هستند فرض برابری میانگین نمونه‌های مورد مطالعه (مادران دارای فرزند عادی، مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی) در هر چهار متغیر وابسته رد می‌شود. یعنی در هر یک از متغیرهای وابسته حداقل در دو گروه از سه گروه مورد مطالعه در سطح معناداری ۰/۰۱ اختلاف معنادار وجود دارد. که برای دستیابی به آن گروهها که دارای اختلاف معنادار هستند از

جدول ۴. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه نشانه‌های بدنی در سه گروه از مادران

مادران دارای فرزند عادی	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	مادران دارای یک فرزند استثنایی	میزان تفاوت سطح معناداری
-۹/۲۱	-۳/۵۳	----	مادران دارای یک فرزند استثنایی
-۴/۴۵	----	۰/۰۰۱	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی
----	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵	مادران دارای فرزند عادی

آزمون تعقیبی توکی استفاده شده و نتایج در جدول‌های زیر ثبت شده است. چنانچه جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی با مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی در سطح معناداری ۰/۰۱ اختلاف وجود دارد. اما بین مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی اختلاف معنادار وجود ندارد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه اضطراب و بی‌خوابی در سه گروه از مادران

مادران دارای فرزند عادی	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	مادران دارای یک فرزند استثنایی	میزان تفاوت سطح معناداری
-۱/۸۸	-۱/۰۰۱	----	مادران دارای یک فرزند استثنایی
-۲/۸۸	----	۰/۲۳	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی
----	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	مادران دارای فرزند عادی

چنانچه جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی با مادران دارای فرزند عادی در سطح معناداری ۰/۰۱ اختلاف وجود دارد. همچنین بین مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی نیز اختلاف معنادار وجود دارد. اما اختلاف معناداری بین مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی وجود ندارد.

چنانچه جدول شماره ۶ نشان می‌دهد بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی با دو گروه دیگر از مادران در سطح معناداری ۰/۰۱ اختلاف وجود دارد. اما اختلاف معناداری بین مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی در متغیر نارسا کنش‌وری اجتماعی وجود ندارد.

جدول ۶. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه نارسا کنش وری اجتماعی در سه گروه از مادران

سطح معناداری	میزان تفاوت	مادران دارای یک فرزند استثنایی	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	مادران دارای فرزند عادی
مادران دارای یک فرزند استثنایی	-----	-۱/۴۷	-۰/۶۴	
مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	۰/۰۰۱	-----	-۲/۱۲	
مادران دارای فرزند عادی	۰,۲۰	۰,۰۰۱	-----	

جدول ۷. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه افسردگی در سه گروه از مادران

سطح معناداری	میزان تفاوت	مادران دارای یک فرزند استثنایی	مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	مادران دارای فرزند عادی
مادران دارای یک فرزند استثنایی	-----	-۲,۶۰	-۲,۴۴	
مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی	۰,۰۰۱	-----	-۵,۰۵	
مادران دارای فرزند عادی	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱	-----	

چنانچه جدول شماره ۷ نشان می‌دهد بین هر سه گروه از مادران در متغیر افسردگی اختلاف معناداری در سطح معناداری ۰/۰۱ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد مادران سه گروه در مؤلفه‌های سلامت روانی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) با یکدیگر تفاوت‌های معناداری دارند. آزمون‌های تعقیبی نشان می‌دهند که در متغیر نشانه‌های بدنی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی از مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی نمرات بیشتری کسب کرده و دارای تفاوت معناداری با آنان هستند. اما بین دو گروه دیگر از مادران تفاوت معنادار وجود ندارد. در متغیر اضطراب و بی‌خوابی، مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی و مادران دارای یک فرزند استثنایی نمرات بیشتری از مادران فرزندان عادی کسب کرده‌اند اما بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی و مادران دارای یک فرزند استثنایی تفاوت معنادار وجود ندارد. در متغیر نارسا کنش‌وری اجتماعی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی با دو گروه دیگر از مادران تفاوت معناداری نشان می‌دهند. اما بین گروه مادران دارای یک فرزند استثنایی و مادران دارای فرزند عادی تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌شود. در متغیر

افسردگی نیز مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی با دو گروه دیگر تفاوت معنادار دارند و نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. مادران دارای یک فرزند استثنایی نیز از مادران عادی نمرات بیشتری کسب کرده و تفاوت معناداری با آنها دارند. از آن جا که نمره بالا در پرسشنامه سلامت روانی نشانه پایین بودن سلامت روانی است، پس می‌توان گفت که مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی پایین‌ترین میزان سلامت روانی را نسبت به دو گروه دیگر دارا می‌باشند. مادران دارای یک فرزند استثنایی نیز از سلامت روانی کمتری نسبت به مادران فرزندان عادی برخوردار هستند.

در پژوهش‌های بسیاری به پایین بودن سلامت روانی مادران کودکان استثنایی اشاره شده است (ریسی و هوداپ، ۲۰۰۳؛ لسنبری و رفلدت، ۲۰۰۴؛ سنדר و مورگان، ۱۹۹۷؛ آبدوتو، سلتزر، شاتاک، کراسو و اورسموند^۱، ۲۰۰۴؛ لوئیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ تروستر، ۲۰۰۱؛ گوون، ۱۹۸۹؛ بکمن، ۱۹۹۱؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ گاپتا و سینگال، ۲۰۰۵؛ اسلوپر و ترنر، ۱۹۹۳؛ اولافسن و ریچاردسون، ۲۰۰۶؛ دلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ دوما و همکاران، ۲۰۰۶؛ امرسون، ۲۰۰۳؛ اسوارتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ پارمیندر و همکاران، ۲۰۰۵؛ دیسون، ۱۹۹۷).

در ایران نیز پژوهش‌هایی که سلامت روانی والدین کودکان استثنایی را مورد پژوهش قرار داده‌اند به نتایج همسو با نتایج این تحقیق دست یافته‌اند. مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۰) افروز و هاشمی‌رزینی (۱۳۸۵) ناصر شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵)، احمدی (۱۳۷۷) و خواجه‌پور (۱۳۷۷) همگی در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند والدین کودکان استثنایی از سلامت روانی کم‌تری برخوردار هستند.

داشتن سلامت روانی پایین در بین والدین کودکان استثنایی امری قابل تبیین است. معلولیت یکی از فرزندان مانع آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب داشته باشد. زن و شوهر هر کدام خود یا دیگری را مسئول تولد فرزند معلول می‌دانند و مشاجرات خانوادگی از همین جا شروع می‌شود و در نهایت ممکن است به طلاق و جدایی، مشکلات روانی و بر هم خوردن سازگاری اعضای خانواده منجر شود. وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. در شرایطی که بیش از یک کودک معلول در خانواده وجود داشته باشد شرایط به مراتب سخت‌تر

1- Abbeduto, seltzer, Shattuck, Krauss, & Orsmond

می‌گردد. مادر و پدر ممکن است از داشتن چنین فرزندان به شدت رنج ببرند، و دچار حالتی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند و آرزوی مرگ داشته باشند. از طرفی روابط سایر فرزندان با یکدیگر ممکن است دچار تزلزل شود. به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش، و تربیت آنها رو به رو است. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کند که سبب بر هم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ناصر شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵). زندگی اجتماعی بسیاری از خانواده‌هایی که فرزندان معلول دارند معمولاً محدود است. فعالیت‌های اوقات فراغت مثل شرکت در ورزش‌ها و ورزشگاه‌ها و فعالیت‌های خانوادگی مثل دیدار از دوستان، شرکت در گردش‌ها و میهمانی‌های خانوادگی غالباً تحت تأثیر قرار می‌گیرند. بسیاری از خانواده‌ها در استفاده از تسهیلات اجتماعی از جمله گردش در ساحل، حضور در سالن‌های غذاخوری و رفت و آمد با وسایل نقلیه عمومی محدودیت دارند. برای این خانواده‌ها محدودیت‌هایی در انتخاب نوع تعطیلات نیز وجود دارد. هنگامی که کودکان معلول خردسال هستند یا عقب ماندگی جسمانی یا مسائل رفتاری در میان است و زمانی که میزان عقب ماندگی شدید است، محدودیت اجتماعی به بالاترین حد خود می‌رسد (هورن بی، بی‌تا، ترجمه نظری‌نژاد؛ ۱۳۷۶). لاوتون (۱۹۹۸) نیز گزارش می‌کند تعداد کمی از خانواده‌های دارای دو کودک معلول دارای خودرو هستند و تعداد کمی از وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنند. این خانواده‌ها بیان می‌کنند محدودیت‌های تحمیل شده به علت تولد دومین کودک مبتلا به ناتوانی بیشتر از خانواده‌های دارای یک کودک مبتلا به ناتوانی والدین را دچار محدودیت‌های اجتماعی می‌کند. خانواده‌هایی که کودکان معلول دارند، هزینه‌های بیشتری را نیز متحمل می‌شوند. این هزینه‌ها در اغلب موارد برای مراقبت‌های پزشکی، پوشاک و حمل و نقل است. درآمد خانواده نیز ممکن است کاهش یابد، زیرا پدر یا مادر به دلیل صرف وقت خود در مراقبت از کودک معلول نمی‌توانند در خارج از خانه کار کنند. این امر نیز می‌تواند فشار روانی مضاعفی بر دوش این خانواده‌ها داشته باشد و نگرانی‌های این خانواده‌ها را در مورد زندگی کودک و تأمین هزینه‌های وی دو چندان کند. طبیعی است در چنین شرایطی سلامت روانی

والدین تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می‌یابد. چن و تانگ^۱ (۱۹۹۷) و ویتتر^۲ (۲۰۰۳) نیز با تأیید مطالب فوق بیان می‌دارند یکی از عوامل فشار روانی در زندگی خانوادگی تولد فرزند ناتوان است. فرزندان که از نظر ذهنی یا جسمی ناتوان هستند، فشارهای روانی خاصی را بر والدین و به ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کنند که به دنبال آن مشکلات و مسائلی را به وجود می‌آورند. مهم‌ترین مسائل و مشکلات چنین والدینی عبارتند از: مشکل پذیرش معلولیت فرزند، خستگی ناشی از مراقبت و پرستاری، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی خانواده، مسائل آموزشی، پزشکی و توان‌بخشی.

با وجود مطالب ذکر شده گاهی اوقات داشتن کودک معلول می‌تواند عواقب مثبت و سازنده داشته باشد، مثل زمانی که والدینی که دارای کودک معلول هستند، نقش تازه‌ای نسب به چیزهای مهم زندگی‌شان پیدا می‌کنند و تعریف مجددی از مفهوم هدف دارند (اسکینر، بایلی، کوررا و رودریگوئز^۳، ۱۹۹۹). تروت و هیبرت-مورفی^۴ (۲۰۰۲) نیز بیان می‌دارند گاهی اوقات تولد یک کودک ناتوان ممکن است رشد روان‌شناختی را در اعضای دیگر خانواده موجب شود و بر عملکرد کلی آنها تأثیر بگذارد. با این وجود معمولاً این تأثیرات به شکل منفی بر کیفیت زندگی این والدین تأثیر می‌گذرد. احتمالاً برخی افراد در خانواده دچار بدبینی، خشم، اضطراب، گناه، فشار روانی، ناامیدی و یا افسردگی می‌شوند. هرچند بروز این احساسات تقریباً در تمام خانواده‌ها طبیعی است اما استقامت و قدرت آنها می‌تواند باعث تحمل سازنده و لذت بردن از زندگی شود؛ اما افسردگی و احساس ناامیدی ممکن است از توانایی برای مراقبت مناسب بکاهد و منجر به عواقب منفی برای کودکان گردد (گودمن و گت لیب^۵، ۲۰۰۲).

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش (پس رویدادی) محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش از والدین کودکان استثنایی و عادی شهر زنجان انتخاب شده است، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. روش انتخاب آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از آنجا که برای

1- Chen & Tang

2- Witter

3- Skinner, Bailey, Correa, & Rodriguez

4- Trute & Hiebert- Murphy

5- Goodman & Gottlieb

دسترسی به والدین کودکان استثنایی از پرونده‌های تحصیلی کودکان استثنایی در سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش استثنایی استفاده شده است، مادران آن دسته از کودکان استثنایی که در اداره بهزیستی پرونده نداشتند و یا در مدارس عادی تحصیل می‌کردند، در این پژوهش حضور نداشتند. از سوی دیگر گزارش یافته‌های این تحقیق برای تمام والدین دارای کودک استثنایی به شکل کلی ارائه شده است و اقدام به گزارش نتایج تحقیق به تفکیک این که والدین کدام یک از گروه‌های استثنایی (عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و...) هستند، نشده است. در نهایت با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود با توجه به پایین بودن سلامت روانی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی و مادران دارای یک فرزند استثنایی سازمان‌های مسئول از جمله سازمان بهزیستی با شناسایی این مادران اقدام به مداخله‌های روان‌شناختی همراه با حمایت عملی برای این افراد بنماید. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود سلامت روانی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی را به تفکیک نوع معلولیت فرزندانشان (عقب‌مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و...) بررسی کنند.

منابع

فارسی

- ابراهیمی، امرالله (۱۳۸۴). بررسی روان‌سنجی و تحلیل عوامل پرسشنامه سلامت عمومی *GHQ* در بیماران روان‌پزشکی مراکز روان‌پزشکی اصفهان. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- احمدی، زینب (۱۳۷۷). مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- افروز، غلامعلی و هاشمی رزینی، هادی (۱۳۸۵). مقایسه رضامندی زوجیت والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی. مجله علوم روان‌شناختی، ۵ (۲۰)، ۳۱۸-۳۳۶.

- پالاهنگ، حسن (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روائی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی، ۲۰، ۳۸۱-۳۹۸.
- خواجه‌پور، مهدی (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷). پرسشنامه سلامت عمومی. ددر استورا، ث.ب. (۱۹۹۱) تنیدگی یا استرس. تهران: انتشارات رشد.
- رمضانی، فریدون (۱۳۸۲). بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- کاکاوند، علی‌رضا (۱۳۸۵). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: نشر روان.
- مسائلی، محسن (۱۳۷۸). مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب مانده ذهنی، معلول جسمی- حرکتی، و والدین کودکان عادی شهر اصفهان در گستره سنی ۷-۱۵ سال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲ (۲)، ۱۸۷-۲۰۰.
- ناصر شریعتی، تقی و داوومش، عباس (۱۳۷۵). اثرات معلولیت ذهنی فرزندان بر خانواده. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- هورن بی، گری (بی تا). مشاوره با پدران و مادران کودکان استثنایی. ترجمه محمدحسین نظری نژاد (۱۳۷۶). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- هومن، عباس (۱۳۷۷). استنادارده سازی پرسشنامه سلامت عمومی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

لاتین

- Abbeduto, L., Seltzer, M., Shattuck, P., Krauss, M., Orsmond, G., & Murphy, M. (2004). Psychological well-Being and coping in Mothers of Youths with Autism, Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109 (3), 237-254.
- Barnet, W. S., & Boyce, G. C. (1995). Effects of children with down syndrome on parent's activities. *Journal of Child & Family Studies*, 4 (1), 103-117.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of Mothers and Fathers Perception of the Effect of Young children with and without Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95 (5), 585- 595.
- Chen, T. Y., & Tang, C. S. (1997). Stress appraisal and social support of chinese mothers of adult children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101 (5), 473-482.
- Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., & Fasth, A. (2006). Stress and well- being among parents of children with rare diseases: A Prospective intervention study. *J Adv Nurs*, 53 (4), 392-402.
- Douma, J. C., Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2006). Supporting parents of youths with intellectual disabilities and psychopathology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (8), 570-581.
- Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school- age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102 (3), 267- 79.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self- assessed social and Psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (Pt4-5), 385-399.
- Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (1991). Marriage and the Parenting Parent ship: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development*, 62, 1434-1448.
- Goldberg, D. P. (1972). The detecting of Psychiatric Illness by questionnaire. Oxford university press: London.
- Goodman, S. H., & Gottlieb, I. H. (2002). Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implication for treatment. *American Psychological Association*, 22, 59-88.

- Gowen, B. (1989). Family with handicapped children. *Family Process Journal*, 12 (1), 44-55.
- Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Sociology Science Med*, 56 (3), 631-642.
- Guptu, A., & Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with Autsim. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 16 (2), 62-83.
- Kazak, A. E. (1987). Families with disabled children: stress and social Network in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 137-146.
- Lawton, D. (1998). Complex numbers: families with more than one disabled child. York: Social policy research unit.
- Lessenberry, B. M., & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress Levels of parents of children with Disabilites. *Council for Exceptional Children*, 70 (2), 231-240.
- Lewis, P., & Abbeduto, M., & Murphy, M. (2006). Psychological well- being of mothers of youth with fragile X syndrome: Syndrome specificity and within- syndrome variability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 894-904.
- Miller, J., Colligan, J., & Colvert, A. (2003). A Qualitative study, using focused Interviews, of the information needs of families whose children's names are on a cerebral palsy Register. *Child: Care, Health & Development*, 29, 465-471.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual Disability*, 31 (1), 1-12.
- Parminder, R., Maureen, O. D., Rosenbaum, P., & Brehaut, J. (2005). The Health and well- Being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115 (6), 626-636.
- Preston, G. (2005). Hard- working families, caring for tow or more disabled children. Disability Alliance.
- Ricci L. A., & Hodapp, R. M. (2003). Fathers of children with Down's syndrome versus other Types of Intellectual Disability Perceptions, stress and Involvement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 273-284.
- Ryde- Brandt, B. (2006). Defence strategies and anxiety in mothers of disabled children. *European Journal of Personality*, 5 (5), 367-377.

- Sander, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as Perceived by Parents of children with autism or Down syndrome: Implications of Intervention. *Child and Family Behaviour Therapy, 19*, 15-32.
- Skinner, D., Bailey, D., Correa, V., & Rodriguez, P. (1999). Narrating self and disability: Latino Parents constructions of identity vis- a-vis their child with special needs. *Exceptionals Children, 65*, 481-495.
- Sloper, P., & Turner, S. (1993). Risk and Resistance factors in the Adaptation of parents of children with server physical Disability. *Journal of child Psychology and Psychiatry, 34* (2), 167-188.
- Swartz, H. A., Shear, M. K., Wren, F. J., & Greeno, C. G. (2005). Depression and anxiety Among Mothers who Bring Their children to a pediatric Mental Health clinic. *American psychiatric Association, 56* (9), 1077- 1083.
- Tozer, R. (1999). At the Double: Supporting families with two or more severely disabled children. National children Bureau.
- Trostre, H. (2001). Sources of stress in mothers of children with impairment, *Journal of Visual Impairment and Blindness, 8* (1), 13-26.
- Trute, B., & Hiebert- Murphy, D. (2002). Family Adjustment to childhood Developmental Disability: A Measure of parent Appraisal family impact. *Journal of Paediatric Psychology, 27* (3), 271-280.
- Witter, D. D. (2003). Parent reaction to having a child with Disabilities. *U.S. A: Education Publisher.*