

## مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی

\* دکتر محمد نریمانی<sup>۱</sup>، دکتر حمید رضا آقا محمدیان<sup>۲</sup>، سوران رجبی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار گروه روان شناسی - دانشگاه محقق اردبیلی، <sup>۲</sup> دانشیار گروه روان شناسی - دانشگاه فردوسی مشهد

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روان شناسی

### خلاصه

**مقدمه:** فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم این مشکلات، باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. هدف از تحقیق حاضر یافتن پاسخی برای این پرسش است که آیا بین مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی از نظر سلامت روانی تفاوت وجود دارد یا خیر؟

**روش کار:** آزمودنی های این پژوهش متشکل از ۷۸ نفر از مادران کودکان استثنایی (۲۵ نفر کم توان ذهنی تربیت پذیر، ۲۷ نفر ناشنوا و ۲۶ نفر نابینا) و ۲۹ نفر از مادران دانش آموزان عادی مدارس ابتدایی شهرستان اردبیل بودند که به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته شده یک مقیاس ۹۰ سوالی SCL-90-R است. طرح تحقیق نیز به روش علی مقایسه ای است.

**نتایج:** نتایج حاصل از یافته های آماری نشان داد که به طور کلی بین سلامت روانی مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین از نظر علائم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان پریشی ( $P < 0/05$ )، پرخاشگری ( $P < 0/01$ ) و ترس مرضی ( $P < 0/001$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. اما از نظر شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، و افکار پارانوئیدی تفاوت معناداری بین گروه ها به دست نیامد. مقایسه دو به دوی گروه ها نشان داد که وجود یک فرزند کم توان ذهنی بر سلامت روانی مادر بیش از وجود یک فرزند نابینا یا ناشنوا اثر می گذارد.

**بحث:** این مطالعه نشان داد که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهنی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند.

**واژه های کلیدی:** سلامت روانی، مادران کودکان استثنایی، کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا، ناشنوا

### مقدمه

نابینا<sup>۲</sup>، یا ناشنوا<sup>۳</sup> باشد. کم توان ذهنی<sup>۴</sup> یک وضعیت و حالت خاص ذهنی<sup>۴</sup> است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می آید (۱).

کم توانان افرادی از جامعه هستند که در مراحل پایین رشد هوشی متوقف می شوند و در آن ها کنش های نهاد<sup>۵</sup> قوی و زیاد است (۲).

یکی از طبیعی ترین گروه هایی که می تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم توان ذهنی<sup>۱</sup>،

<sup>۱</sup> آدرس مؤلف مسئول: اردبیل، انتهای خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی

تلفن تماس: ۰۸۳۱-۸۳۸۴۱۸۵ Email: narimani@uma.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۵/۸/۲۲ تاریخ تایید: ۸۶/۵/۹

<sup>2</sup>. Blind

<sup>3</sup>. Deaf

<sup>4</sup>. Mental

<sup>5</sup>. Id

<sup>1</sup>. Mental retarded (MR)

سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد فردی است دارای سلامت روانی (۵). این متغیر در مطالعه حاضر از طریق آزمون SCL-90-R سنجیده شده است. برای پیشگیری از این آسیب‌ها، درصد بالایی از تحقیقات انجام شده در زمینه پدیده کودک استثنایی به اثرات وجود این گونه کودکان بر خانواده به ویژه مادران اختصاص پیدا کرده است که اینک به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

اولشانسکی<sup>۶</sup> (۱۹۶۲) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم توان ذهنی دارند از یک عکس العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند، به خصوص اگر کودک دارای کم توانی عمیق باشد (۳). لاجوردی (۱۳۷۱) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است (۶).

هالیدی و هانزلیک<sup>۷</sup> (۱۹۹۰) براساس تحقیقی بیان می‌کنند که مادران کودکان مبتلا به نشانگان داون در مقایسه با مادرانی که فرزندان شان مشکلی ندارند تحت فشار بیشتری هستند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، مادران احساس ناتوانی بیشتری در قبال آنان می‌کنند (۷). احمدی (۱۳۷۷) در مطالعه ای نشان داد که بین عزت نفس دو گروه مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان کم توان ذهنی از عزت نفس پایین تری برخوردار هستند (۸). خواجه پور (۱۳۷۷) در پژوهشی نشان داد که واکنش های نوروتیک مادران کودکان کم توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می‌کند. به علاوه بیشتر واکنش های مادران، افسردگی<sup>۹</sup>، اضطراب<sup>۸</sup> و پرخاشگری<sup>۹</sup> بوده است (۹).

و کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر<sup>۱</sup> به گروهی از کم توانان ذهنی اطلاق می‌شود که دارای بهره هوشی<sup>۲</sup> ۵۰-۲۶ هستند و از نظر سنی در محدوده ۶-۱۳ ساله قرار دارند (۳). در پژوهش حاضر منظور از کم توان ذهنی تربیت پذیر کسی است که براساس تشخیص کارشناسان بهزیستی در مراکز مخصوص این کودکان نگهداری می‌شود. همچنین مادران دارای کودکان ناشنوا و نابینا از جمله گروه های دیگر مورد بررسی در مطالعه حاضر بودند. کمیته اجرایی کنفرانس مدیران آموزش تخصصی ناشنوایان در تعریف ناشنوایی بیان می‌دارد؛ نقص شنوایی یک اصطلاح ژنریک است که نمایانگر آن عده از ناتوانی های شنوایی است که ممکن است درجات شدت و ضعف آن بین خفیف تا عمیق متغیر باشد و شامل دو گروه فرعی ناشنوا و کم شنوا می‌باشد (۴). همچنین انجمن پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> این تعریف را در سال ۱۹۳۴ در مورد نابینایی پیشنهاد کرد: فرد نابینای قانونی به کسی گفته می‌شود که تیز بینی او در چشم بهتر و حتی با استفاده از وسایل کمکی مثلاً عینک بیست دویستم و یا کمتر باشد (۴).

در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می‌شود که کم توانی ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی ندارد و دچار اختلالات دیگر از جمله اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد. کودک استثنایی<sup>۴</sup> و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود. در تعریف سلامت روانی<sup>۵</sup> باید گفت هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران

1. Trainable mental retarded (TMR)

2. Intelligence quotient

3. American Medicine Association

4. Exceptional child

5. Mental health

6. Olshansky

7. Depression

8. Anxiety

9. Aggression

مراکز نگهداری و ۳۰ نفر از مادران کودکان عادی مدارس ابتدایی در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ شهر اردبیل بودند که از میان جمعیت آماری تحقیق انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌های گروه‌های کودکان استثنایی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید. به این صورت که نخست آمار کودکان استثنایی ۱۲-۷ ساله (۳۰۰ نفر) از مدیریت اداره کودکان استثنایی سازمان آموزش و پرورش استان اردبیل گرفته شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعداد ۹۰ نفر از بین آن‌ها انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه دانش‌آموزان عادی از روش تصادفی چند مرحله‌ای استفاده گردید. یعنی از بین مدارس ابتدایی شهر اردبیل تعداد ۳ مدرسه پسرانه و ۳ مدرسه دخترانه و از هر مدرسه ۵ دانش‌آموز به طور تصادفی انتخاب شدند.

در مرحله بعدی از طریق مدارس مربوطه از مادران کودکان استثنایی و عادی دعوت به عمل آمد. که از این تعداد مادران (۴ نفر از مادران کودکان نابینا، ۵ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر، ۳ نفر از مادران کودکان ناشنوا و ۱ نفر از مادران کودکان عادی) در جلسه حضور نیافتند بنابراین فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی SCL-90-R بر روی ۱۰۷ نفر از مادران کودکان استثنایی و عادی اجرا شد. لازم به ذکر است که کودکان استثنایی مورد مطالعه در مراکز نگهداری و تربیتی به سر می‌بردند. همچنین کودکان نابینا و ناشنوا مورد مطالعه از نظر بهره‌ی هوشی در سطح کودکان طبیعی بودند که این امر با بررسی پرونده سلامت این کودکان در مراکز مخصوص آنان کنترل شده است.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت روانی و ارزیابی علائم روانی آن‌ها از فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی SCL-90-R استفاده گردید.

کامینگز، بیلی و رای<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای که بر روی ۲۴۰ نفر از مادران کودکان استثنایی انجام دادند، نشان دادند که مادران کودک استثنایی از افسردگی بیشتری رنج می‌برند و در برابر کنترل عصبانیت خود در مقابل فرزندشان مشکل بیشتری داشتند (۸). مهرابی زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۳). جمع‌بندی ادبیات پژوهشی نمایانگر آن است که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند اما در مطالعه حاضر به مقایسه وضعیت سلامت روانی در گروهی از مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا، ناشنوا و عادی پرداخته می‌شود تا نشان داده شود که آیا معلولیت ذهنی کودکان روی سلامت روانی مادران بیشترین تأثیر منفی را دارد یا معلولیت حسی کودکان تأثیر بیشتری دارد؟ هر چند وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند، اما این ضایعات و اثرات به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف هستند. لیکن جبران و یا کاهش این تأثیرات مستلزم داشتن شناخت علمی از آن‌هاست. پس می‌توان با انجام کارهای تحقیقاتی بر روی کسانی که بیشترین بار عاطفی کودکان را بر دوش دارند، یعنی والدین کودکان استثنایی و انعکاس نتایج آن به دست اندرکاران و دستگاه‌های مربوطه، راهگشای رفع مشکلات آنان گردید. براساس مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد مطالعه فرضیه زیر تدوین گردید:

۱- بین سلامت روانی مادران دارای کودک استثنایی (کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا و ناشنوا) و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد. فرضیه فوق در مورد کلیه خرده مقیاس‌های SCL-90-R تنظیم شد و مورد آزمون قرار گرفت.

### روش کار

نمونه پژوهش متشکل از ۹۰ نفر از مادران کودکان استثنایی

1. Cummings, Belie, Rye

و افراد شرکت کننده در گروه کنترل با تعداد ۱۸ نفر در یک دامنه سنی ۴۴-۵۲ سال با میانگین ۴۷/۱۰ و انحراف معیار ۴/۲۳ می باشند.

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن مادران کودکان استثنایی و عادی**

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	گروه
۷/۹۷	۴۲/۶۳	۵۵	۳۵	مادران کودکان کم توان ذهنی
۱۰/۰۱	۳۹/۱۲	۴۹	۲۹	مادران کودکان نابینا
۱۱/۲۳	۴۰/۱۰	۴۸	۳۰	مادران کودکان ناشنوا
۱۲/۷۱	۴۱/۱۶	۴۶	۲۹	مادران کودکان عادی

همچنین از نظر سطح سواد، اکثر مادران کودکان استثنایی و عادی یعنی ۷۷/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. تفاوت بارزی بین گروه ها وجود نداشت. نتایج موجود در جدول شماره (۲) نشان می دهد که بین چهار گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر اختلال روانی، افسردگی، اضطراب، روان پریشی، ترس مرضی، پرخاشگری تفاوت وجود دارد به این معنا که F به دست آمده در مورد متغیرهای افسردگی، اضطراب، روان پریشی و کل آزمون در سطح  $P < 0/05$  معنی دار است، همچنین F به دست آمده در مورد متغیر پرخاشگری در سطح  $P < 0/01$  معنی دار است و F به دست آمده در مورد متغیر ترس مرضی در سطح  $P < 0/001$  معنی دار است. از نظر شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، و افکار پارانوئیدی تفاوت معناداری بین گروه ها به دست نیامد.

این آزمون شامل ۹۰ سؤال است. پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه ای از هیچ تا به شدت میزان ناراحتی را مشخص می کند. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف را می سنجد که عبارتند از شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی. نمره بالای ۶۳ در این آزمون، حاکی از عدم سلامت روانی فرد می باشد فرم نهایی این پرسش نامه توسط دراگوتیس (۱۹۸۳) تهیه گردید (۱۰).

رضاپور (۱۳۷۶) فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی نمود. این پرسش نامه مکرراً در تحقیقات خارج و داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود اعتبار<sup>۱</sup> آن را تعیین نموده اند که دامنه ضرایب آن در خارج از کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنه ضرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که این ضرایب رضایت بخش می باشند (۱۱). ضرایب روایی<sup>۲</sup> پرسش نامه فوق در تحقیقات خارج بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (۱۲). با توجه به نتایج پژوهش های قبلی که همگی نشان دهنده روایی بالای فهرست تجدید نظر شده علائم روانی می باشند، پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ می باشد.

## نتایج

جدول شماره (۱) نشان می دهد که مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر در یک دامنه سنی ۳۵-۵۵ سال با میانگین ۴۲/۶۳ و انحراف معیار ۷/۹۷ قرار دارند، مادران کودکان نابینا در دامنه سنی ۲۹-۴۹ سال با میانگین ۳۹/۱۲ و انحراف معیار ۱۰/۰۱ می باشند.

1. Reliability  
2. Validity



کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین ترس مرضی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، کم توان ذهنی تربیت پذیر و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند. از نظر روان پریشی بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد. و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین ترس مرضی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند.

از نظر میانگین کل آزمون بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین اختلال روانی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک ناشنوا، نابینا و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند. از نظر شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوییدی بین گروه ها تفاوت معناداری در سطح  $P < 0.05$  به دست نیامد. نتایج مقایسه دو به دو گروه ها در جدول شماره (۳) آورده شده است.

نتایج به دست آمده از مقایسه دو به دو گروه ها در جدول شماره (۳) با استفاده از آزمون تعقیبی<sup>۱</sup> LSD (کمترین تفاوت معنی دار) نشان می دهد که از نظر افسردگی بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین افسردگی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، ناشنوا و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند.

از نظر اضطراب بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین اضطراب بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، ناشنوا و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند.

از نظر پرخاشگری بین مادران دارای کودک نابینا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین پرخاشگری بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا و عادی در مرتبه بعدی قرار دارند. از نظر ترس مرضی بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای

<sup>1</sup>. Least Significance Difference

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها در سلامت روانی و ابعاد آن

متغیر وابسته	گروه‌ها	۱	۲	۳	میانگین
افسردگی	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۱۲/۰۳
	۲- مادران دارای کودک نابینا				۱۰/۴۳
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا	-۲/۹۶*			۹/۰۶
	۴- مادران دارای کودک عادی	-۴/۷۳*	-۳/۱۳*		۷/۳۰
اضطراب	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۱۳/۳۳
	۲- مادران دارای کودک نابینا				۱۱/۷۶
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا	-۳/۵۰*			۹/۸۳
	۴- مادران دارای کودک عادی	-۴/۲۳*			۹/۱۰
پرخاشگری	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۵/۸۳
	۲- مادران دارای کودک نابینا	۰/۸۶*			۵/۷۶
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا		۰/۹۳*		۶/۷۰
	۴- مادران دارای کودک عادی			-۱/۶۰*	۵/۱۰
توس مرضی	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۴/۶۶
	۲- مادران دارای کودک نابینا				۵/۴۶
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا				۵/۷۰
	۴- مادران دارای کودک عادی	-۱/۷۳*	-۲/۵۳*	-۲/۷۶*	۲/۹۳
روان پریشی	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۸/۴۰
	۲- مادران دارای کودک نابینا				۷/۹۳
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا				۸/۹۰
	۴- مادران دارای کودک عادی	-۳/۱۰*	-۳/۶۳*	-۳/۶۰*	۵/۳۰
کل آزمون	۱- مادران دارای کودک کم توان ذهنی				۸۲/۰۶
	۲- مادران دارای کودک نابینا				۷۳/۰۰
	۳- مادران دارای کودک ناشنوا				۷۴/۹۶
	۴- مادران دارای کودک عادی	-۲۴/۴۶*		-۱۷/۳۶*	۵۷/۶۰

\* < ۰/۰۵

## بحث

همان گونه که در جدول شماره (۱) ملاحظه گردید، F مشاهده شده در رابطه با سلامت روانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت معناداری را نشان می دهد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش هالیدی و هانزیک (۱۹۹۰)، احمدی (۱۳۷۷)، خواجه پور (۱۳۷۷)، کامینگز و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از احمدی (۱۳۷۷) و مهرایی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۰)، ملک پور (۱۳۷۶) همخوانی دارد.

فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند مادر است. وقتی با فرزند معلول خود روبه رو می شود (به ویژه اگر کم توان ذهنی باشد) به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان و رویارویی با استرس هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، قشقرق و نداشتن مهارت مراقبت از خود، باعث تضعیف کارکرد طبیعی مادر می شود. به همین خاطر است که میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک کم توان ذهنی بالاتر از مادران دارای کودک عادی است. همچنین می دانیم که داشتن توقعات و انتظارات و عدم برآورده شدن این انتظارات موجب ناکامی و سرخوردگی افراد می شود بنابراین مادرانی که کودک معلول دارند در مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک بچه سالم و با ویژگی های مورد نظر را دارند و حتی برنامه ریزی های متعددی در مدت این ۹ ماه برای آینده فرزند خود انجام می دهند و چه بسا بعد از این مدت کودکی که متولد می شود فرزند مورد نظر

نباشد و در یک کلام کم توان ذهنی یا نابینا و یا ناشنوا باشد. لذا این حادثه موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک را در مادر ایجاد می کند که طبیعتاً غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد. در مجموع این شرایط می تواند سبب گوشه گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی در مادر شود که پیامد عزت نفس پایین، بروز افسردگی در مادران کودکان استثنایی و به خطر افتادن سلامت روانی آن ها است. هر چند که مطالعه ملک پور (۱۳۷۶) نیز نمایانگر آن است که افسردگی از شایع ترین واکنش های والدین کودکان عقب مانده ذهنی است (۱۵).

از نتایج دیگر این تحقیق این بود که بین گروه ها از نظر پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد و میزان پرخاشگری در مادران دارای کودک ناشنوا بالاتر از سایر گروه ها است و گروه مادران دارای کودک عادی از کمترین میزان پرخاشگری برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعات سعیدی (۱۳۷۹) هم خوانی دارد چون که مطالعه سعیدی نیز نشان می دهد که دانش آموزان ناشنوا مشکلات رفتاری بیشتری دارند و بین این مشکلات رفتاری دانش آموزان با پرخاشگری والدین آن ها ارتباط معنی دار وجود دارد (۱۶). در همین مورد تروستر (۲۰۰۱) اظهار می دارد پرخاشگری مادر نسبت به کودک در میان مادران کودکان استثنایی امری شایع است (۱۷).

در تبیین این نتیجه باید گفت که مهمترین مسئله و شاید از مشکل آفرین ترین مسائل مربوط به یک کودک استثنایی در خانواده، بعد تربیتی آن باشد. که بیشترین بار تربیتی این مسئله بر عهده مادر است (۱۳). وجود کودک معلول از هر نمونه می تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش مادر باشد، به خصوص در فرهنگ ما که مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می کند، بنابراین این بار تربیتی و ناکامی های بی در پی مادر در تربیت فرزند ممکن است به پرخاشگری منجر شود. همچنین احساس خشم و پرخاشگری از جمله مراحل واکنش اندوه است که به دنبال شوک<sup>۱</sup> ناشی از فقدان فرد مورد انتظار ایجاد می گردد.

<sup>۱</sup>. Numbness



افزایش ترس های ویژه در اعضای خانواده و به ویژه مادر به دلیل احتمال بدنامی و یا پایین آمدن منزلت اجتماعی آن ها می گردد. همچنین به دلیل این که کودکان مبتلا به معلولیت های حسی چون نابینایی و ناشنوایی در منزل نگهداری و تربیت می شوند و مادران از نزدیک با مشکلات و خطرات احتمالی، که ممکن است فرزند معلول شان را تهدید کند، آشنا هستند، بنابراین انتظار این می رود که میزان ترس مرضی در این قبیل مادران بیشتر باشد و مجموعه این مسائل و مشکلات چون پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی موجب افزایش روان پریشی و در نتیجه پایین آمدن سلامت روانی مادران دارای کودکان استثنایی می شود.

در این مرحله فرد به انتظارهای غیرواقع گرایانه متوسل می شود که بتواند همه چیز را به وضع مطلوب و مورد انتظار برگرداند (۱۴). لذا مادری که در مدت ۹ ماه بارداری، در انتظار یک بچه سالم برنامه ریزی های متعددی انجام می دهد، طبیعی است که با متولد شدن بچه کم توان ذهنی یا نابینا و یا ناشنوا دچار شوک و ناباوری شود و احساس خشم و پرخاشگری کند. همچنین با توجه به این که آموزش کودکان ناشنوا و شیوه برقراری ارتباط با آن ها بسیار مشکل تر از سایر کودکان معلول است، بنابراین پرخاشگری در مادران این کودکان به دنبال این ارتباط ضعیف بیشتر است. تبیینی که می توان برای معنادار بودن تفاوت ترس مرضی در مادران کودکان عادی با مادران کودکان استثنایی بیان کرد این است که وجود کودک معلول از هر نوع موجب

#### منابع

- ۱- افروز غلامعلی. مقدمه ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. سال ۱۳۷۶، ص ۲۳.
- ۲- میلانی فر بهروز. روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، چاپ دوم، تهران: انتشارات قومس. سال ۱۳۶۹، ص ۵۸-۵۹.
- ۳- مهرابی زاده هنرمند مهناز؛ نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا. مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی. سال ۱۳۸۰، سال اول، شماره ۲. ص ۱۳.
- ۴- هالاهان دانیل بی و کافمن، جیمز ام. کودکان استثنایی، مقدمه ای بر آموزش های ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی. سال ۱۳۸۱، ص ۵ و ۱۰۱.
- ۵- کاپلان هارولد. خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی جلد دوم. مترجم: نصرت اله پورافکاری. تهران: انتشارات امید انقلاب. سال ۱۳۷۹.
- ۶- لاجوردی زهره. بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه تهران. سال ۱۳۷۱، ص ۱.
7. Haldy MB, Hanzlik JR. A Comparison of perceived competence in child – rearing between mothers of children with Down syndrome and mothers of children without delay. Education and training in mental retardation, 1990, 25(2).
- ۸ احمدی زینب. مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. سال ۱۳۷۷، ص ۱.
۹. خواجه پور مهدی. بررسی و مقایسه واکنش های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم توان ذهنی شهر اهواز؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. سال ۱۳۷۷، ص ۱.
9. Deragotis LR. (1983). Manual for the SCL-90-R Towson, MD: Clinical – Psychometric Research.

۱۰. رضاپور محمد. هنجاریابی SCL90-R بر روی دانشجویان دانشگاه های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری، تهران. دانشگاه علامه طباطبایی. سال ۱۳۷۶، ص ۱.
۱۱. همایی رضوان. بررسی رابطه فشارزاهای دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل کننده سرسختی روان شناختی در آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، اهواز. دانشگاه شهید چمران اهواز. سال ۱۳۷۹، ص ۱.
12. Lange A, Schoap C, Wind felt B. Family therapy and psychopathology development in research and approaches to treatment Journal of family therapy, 1994, 15: 113-149.
۱۳. کلاینک، کریس ال (۱۹۹۸). کنار آمدن با چالش های زندگی. ترجمه: محمد نریمانی، اسماعیل ولیزاده حقی. مشهد؛ انتشارات آستان قدس رضوی. سال ۱۳۸۳، ص ۳۰۳.
۱۴. ملک پور مختار. بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی. سال ۱۳۷۶، ص ۳۲.
۱۵. سعیدی ابوالفضل. توانبخشی کودکان ناشنوا، تهران؛ نشر معاصر. سال ۱۳۷۹، ص ۸۱.
17. Trostre H. Sources of stress in mothers of children with impairment. Journal of with impairment and blindness. U.S.A: Blackwell Publisher, 2001, 8 (1): 13-26.

### Abstract

## A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children

Narimani M. MD, Aghamohammadian HR. MD, Rajabi S

**Introduction:** The birth of a child is a pleasant process for parents, although it is associated with a lot of trouble and discomforts. Despite the difficulties, the hope of the child being normal and healthy usually creates a sense of confidence in them and they accept their child. However, as soon as they become aware of their child's disability, all their wishes and hopes turn into disappointment and then problems begin. The purpose of the present study was to find an answer the question of whether there is a difference between the mental health of mothers with exception to children and those with normal children.

**Methods and Materials:** The sample of this study was selected randomly and consisted of 90 mothers of exceptional children (30 mentally disabled educable children, 30 blind and 30 deaf children), and 30 mothers of normal children, attending elementary schools in Ardebil. The instrument utilized was the 90-item SCL-90R and a causal comparative design was employed.

**Results:** Obtained revealed that on the whole, there is a significant difference between mothers of exceptional children and those of normal children ( $p < .05$ ). In addition, in terms of mental health, that is, depression, anxiety and psychoticism ( $p < .05$ ), aggression ( $p < .001$ ) and pathological fear ( $p < .001$ ) significant differences exist. But in terms of somatizations, compulsions, reciprocal relationship sensitivity and paranoid ideation, no significant differences were obtained. Pair-wise comparisons showed that having a mentally disabled child affects the mental health of a mother more adversely than having a blind or a deaf child.

**Discussion:** The study revealed that the psychological well being of mothers of exceptional children is not as good as that of mothers of mentally normal but physically disabled children. Among the three groups of mothers studied, mothers of mentally disabled children enjoyed the lowest level of mental health.

**Key words:** mental health, mothers of exceptional children, educable mentally retarded, blind, deaf