



بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول

دکتر رضا غفاری نیا، سینا ولی زاده، سلطنت اکبری، سهیلا کریمی

Dr.Reza53@gmail.com
Sinavalizadeh135214@gmail.com
Saltanat.akbari98@gmail.com
Mohamad taha.Avy.@gmail.com

چکیده:

در تحقیق حاضر به بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول پرداخته شده است. جامعه آماری تحقیق را تمامی مادران کودکان معلول واقع در مراکز آموزشی شهر ایلام که شامل مدارس جبار باغچه بان، مدرسه گل ها و مدرسه کوشا می باشند، تشکیل داده است. روش تحقیق، توصیفی-پیمایشی و از نوع همبستگی است. روش نمونه گیری هم به صورت سرشماری بوده. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بوده و جهت بدست آوردن داده های مورد نیاز، تعداد ۶۰ پرسش نامه در بین مادران پخش گردید، ولی تنها تعداد ۳۸ پرسش نامه از سوی مادران پاسخ داده و به محقق عودت داده شدند. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج بدست آمده نشان داد: که بین متغیرهای شکایات جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، افسردگی با متغیرهای سن مادران رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین متغیرهای شکایات جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، افسردگی مادران با متغیر درجه معلولیت کودکان رابطه معناداری بدست نیامد. بین متغیرهای علائم اضطرابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با متغیر اختلالات رفتاری کودکان معلول همبستگی معناداری مشاهده نگردید، ولی بین متغیر شکایات جسمانی مادران دارای فرزند معلول و اختلالات رفتاری کودکان معلول همبستگی معناداری مشاهده گردید.

واژگان کلیدی: مادران، کودکان معلول، شکایات جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی.

مقدمه:

انتظار تولد کودک برای خانواده، به ویژه پدر و مادر اغلب انتظاری خوشایند است، اما تولد کودک در بهترین شرایط و با بالاترین سطح پذیرش والدین، می تواند پدیده ای تنش زا باشد، زیرا هماهنگی سیستم خانواده با نیازهای نوزاد، مستلزم تغییراتی است که یا خانواده تاکنون با آن مواجه نبوده و یا اگر هم خانواده تجربه تولد کودک دیگری را داشته، متفاوت بودن ویژگی های نوزادان و قابل پیش بینی نبودن رویدادها متناسب با شرایط جدید، به نوبه خود می تواند، منجر به بروز تنیدگی در والدین به ویژه مادر گردد (چرم فروش جلالی، ۱۳۹۴: ۱۶).

اگر نوزادی با نوعی معلولیت ذهنی یا جسمی یا رفتاری و یا ترکیبی از آنها متولد شود، تنش روانی حاصل از وجود چنین فرزند بر اعضای خانواده به ویژه والدین چندین برابر می گردد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۵). تولد کودکی با معلولیت می تواند، آثار مختلفی بر خانواده داشته باشد و طیف وسیعی از پاسخ های احساسی را در پدر و مادر و سپس خانواده ایجاد کند. برای برخی این موضوع یک بحران و نیازمند تنظیم روانی فوق العاده ای است. برای برخی، تولد کودک معلول یک رویداد تأسّف بار است و پاسخ اولیه می تواند، به شکل فروپاشی عاطفی باشد (گوهل و همکاران، ۲۰۱۱)، بنابراین تولد کودکی با نیازهای ویژه در خانواده را می توان به عنوان یک بحرانی قلمداد کرد، که به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش های خانواده اثرگذار است (مهاجری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳).

هنگامی که والدین دریابند، چیزی در فرزندشان غیرعادی است، ضربه ای شدید بر آنها وارد می شود و در چنگال بی باوری و فشار گرفتار می آیند، که در سراسر عمر والدین و فرزند معلوم و نیز ارتباط در روابط عادی خانوادگی - اجتماعی سایه افکن خواهد بود، بنابراین طیف اثرات معلولیت فرزند تنها به اثرات روان شناختی که با فشار، سردرگمی، هیجان و اختلال در روابط خانوادگی - اجتماعی همراه است، محدود نمی شود، بلکه اثرات جسمانی عمیقی بر والدین دارد (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). بنابراین خانواده هایی که دارای یک یا چند فرزند با نیازهای ویژه می باشند، درجات مختلفی از اضطراب و فشار روانی را تجربه می کنند (مهاجری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳). بنابراین مقتضی است، مسائل خانوادگی این کودکان مورد بحث قرار گیرد، لذا در این تحقیق در صدد پاسخ به این سؤال هستیم، که وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول چگونه است و وجود این کودکان چه تأثیری بر خانواده، خصوصاً سلامت روانی مادران بر جای می گذارد؟



اهمیت و ضرورت تحقیق:

با توجه به اینکه درصد زیادی از معلولین در منزل نگهداری می‌شوند، بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و استرس بسیار زیاد ناشی از آن رنج می‌برند (الماسی و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۵). از آنجا که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن، امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد، تأثیر می‌گذارد. در این میان، سلامت مادرانی که مجبورند، معمولاً در خانه به کودک معلول خود رسیدگی کنند، بیشتر در معرض آسیب است. اعضای خانواده به ویژه مادران، طیف شدیدی از هیجانات در پاسخ به تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی کودک نشان می‌دهند، از قبیل: انکار، شوک، غم و اندوه، احساس گناه، خجالت و شرمندگی، افسردگی، دل‌سردی و پذیرش و ترس (پیلوسا، ۲۰۰۶). در واقع وجود کودک معلول در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد، که این عوامل باعث برهم‌ریختگی سازمان خانواده میشوند، لذا ضروری است، در زمینه تأثیر وجود فرزند معلول به عنوان یک استرس مزمن بر خانواده بویژه مادر ارزیابی صورت گیرد.

اهداف تحقیق

- هدف کلی: "بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول".

اهداف جزئی

- بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و شکایات جسمانی آنان.
- بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و سطح اضطراب در آنان.
- بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و میزان افسردگی مادران.
- بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی آنان.
- بررسی رابطه درجه معلولیت فرزند معلول و شکایات جسمانی مادران.
- بررسی رابطه بین درجه معلولیت فرزند معلول و سطح اضطراب مادران.
- بررسی رابطه بین درجه معلولیت فرزند معلول و اختلال افسردگی در مادران.
- بررسی رابطه بین درجه معلولیت فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران.
- بررسی رابطه بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و شکایات جسمانی مادران.
- بررسی رابطه بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و اضطراب مادران.
- بررسی رابطه بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و سطح افسردگی مادران.
- بررسی رابطه بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران.

فرضیات تحقیق:

- ۱- بین سن مادران دارای فرزند معلول و شکایات جسمانی در آنان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سن مادران دارای فرزند معلول و سطح اضطراب در آنان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین سن مادران دارای فرزند معلول و میزان افسردگی در آنان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین سن مادران دارای فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین درجه معلولیت فرزند معلول و شکایات جسمانی مادران رابطه وجود دارد.
- ۶- بین درجه معلولیت فرزند معلول و سطح اضطراب مادران رابطه وجود دارد.
- ۷- بین درجه معلولیت فرزند معلول و اختلال افسردگی در مادران رابطه وجود دارد.
- ۸- بین درجه معلولیت فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران رابطه وجود دارد.
- ۹- بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و شکایات جسمانی مادران رابطه وجود دارد.
- ۱۰- بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و اضطراب مادران رابطه وجود دارد.
- ۱۱- بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و سطح افسردگی مادران رابطه وجود دارد.
- ۱۲- بین وجود اختلالات رفتاری در فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران رابطه وجود دارد.



تعاریف متغیرها (مفهومی و عملیاتی):

الف) تعاریف مفهومی

- سن: منظور تعداد روزها، ماهها و سال‌هایی است، که از آغاز تولد یک انسان می‌گذرد و معمولاً میانگین سن را به روز در مورد کودکان کمتر از یک ماهه و ماه را در مورد کودکان کمتر از یکساله به کار می‌برند (تمنا، ۱۳۸۳: ۱۰۳).
- **درجه معلولیت:** معلولیت بنا به تعریف عبارت است، از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامدش نقص و ناتوانی است، به طوری که مانع از انجام نقشی می‌شود، که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می‌گردد (افضلی، ۱۳۹۲: ۵). منظور از درجه معلولیت، میزان نقض بر حسب ضعف و شدت آن می‌باشد.
- **اختلالات رفتاری:** عبارت است، از رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن، انحرافی که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی، اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه می‌باشد و بروز آنها به دور از انتظار مشاهده کننده است، به طوری که وی آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد.^۱
- **شکایات جسمانی:** شکایت اولیه‌ی اختلال‌های جسمانی شکایت از نشانه‌های جسمانی است.^۲
- **اضطراب:** عبارت است، از پاسخ عاطفی و فیزیولوژیکی به احساس خطر همه جانبه‌ی درونی که به سادگی کنار می‌رود.^۳
- **افسردگی:** افسردگی می‌تواند، به عنوان یک وضعیت و حالت روانی باشد، که نشانگر آن احساس کسالت، کمبود انرژی، ناامیدی و بی‌علاقگی است. این پدیده گاه به عنوان یک تجربه و گاه یک نگرش به زندگی محسوب و در شکل حاد آن به عنوان یک بیماری محسوب می‌شود.^۴
- **اختلال در عملکرد اجتماعی:** واکنش‌های غیرانطباقی در برابر رویدادهای زندگی یا موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود، وقتی عامل تنش از بین رود متوقف شود یا باز ایستند.^۵

الف) تعریف عملیاتی:

- **سن:** جهت عملیاتی کردن متغیر سن مادران کدبندی مؤلفه‌های سن بر حسب: ۱- زیر ۳۰ سال، ۲- بین ۳۰-۳۴ سال، ۳- بین ۳۵-۳۹ سال، ۴- بین ۴۰-۴۴ سال، ۵- بین ۴۵-۴۹ سال، ۶- سنین ۵۰ سال و بالاتر عملیاتی گردیده است.
- **درجه معلولیت:** این متغیر بر حسب میزان معلولیت فرزند و بر اساس کدبندی: ۱- خفیف، ۲- متوسط، ۳- شدید، ۴- خیلی شدید عملیاتی شده است.
- **اختلالات رفتاری:** مؤلفه‌ی مذکور بر حسب، وجود و یا عدم وجود اختلالات رفتاری در کودک معلول و بر حسب کدبندی: ۱- اختلال رفتاری دارد، ۲- اختلال رفتاری ندارد، عملیاتی گردید.
- **شکایات جسمانی:** این متغیر وضعیت سلامت مادران را با سؤالاتی در مورد وضعیت جسمانی مادران مانند احساس بیماری و یا سلامتی در آنان که توسط ۷ سؤال و با طیف لیکرت که شامل بیش از حد معمول، در حد معمول، کمتر از حد معمول و خیلی کمتر از حد معمول مورد سنجش قرار داده است.
- **اضطراب:** این مؤلفه با سؤالاتی با محتوای وضعیت نگرانی و هراس مادران و همچنین اختلال در خواب آنان و ... توسط ۷ سؤال که به صورت طیف‌بندی لیکرت طراحی گردیده‌اند، مورد سنجش قرار گرفته است.
- **افسردگی:** متغیر مذکور با سؤالاتی در رابطه با میزان امیدواری مادران و ارزش قائل شدن برای زندگی خود و با ۷ سؤال و به روش طیف‌بندی لیکرت که شامل: بیشتر از حد معمول، در حد معمول، کمتر از حد معمول و خیلی کمتر از حد معمول، عملیاتی گردیده است.
- **اختلال در عملکرد اجتماعی:** این مؤلفه با سؤالاتی با محتوای وضعیت گذران فراغت مادر، انجام دادن کارهای روزمره، احساس رضایت از انجام کارها، توانایی در تصمیم‌گیری مسائل و میزان لذت بردن از فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی عملیاتی با مجموعه سؤالات ۷ تایی و به روش طیف‌بندی لیکرت مورد سنجش قرار گرفته است.

1. www.scipost.ir

2. www.isna.ir

3. www.researchmethod90.blogfa.com

4. www.danayan.blogfa.com

5. www.mohsenshaban.blogfa.com



ادبیات، چارچوب نظری و تاریخچه تحقیقات گذشته:

معلولیت چیست؟

معلولیت به مجموعه‌ای از اختلالات جسمی، ذهنی یا روانی اطلاق می‌شود، که فرد را از ادامه زندگی عادی و مستقل خود به صورت شخصی یا اجتماعی باز می‌دارد. معلولیت با محدودیت‌هایی که فرد به عنوان نتیجه اختلالات و ناتوانی‌ها تجربه می‌کند، ارتباط دارد و تابعی از ارتباط بین اشخاص ناتوان و محیط‌شان است و هنگامی به وقوع می‌پیوندد، که این افراد با موانع فرهنگی، جسمانی یا اجتماعی مواجه شوند و قادر نباشند از سیستم‌های مختلف جامعه که برای سایر شهروندان قابل دستیابی است، استفاده کنند. سازمان جهانی بهداشت، معلولیت را ایجاد اختلال در رابطه بین خود و محیط تعریف کرده است. به عبارت دیگر معلولیت مجموعه‌ای از عوامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و یا ترکیبی از آنهاست، که به نحوی در زندگی شخصی فرد اثر سوء بر جای می‌گذارد و مانع ادامه زندگی مستقل وی به صورت طبیعی می‌شود (بهرامی، ۱۳۸۸).

معلول کیست؟

معلول کسی است، که بخشی از توانایی‌های جسمی، ذهنی، حرفه‌ای، اجتماعی یا روانی خود را از دست داده و یا اصلاً این توانایی‌ها را به دست نیاورده است (بهرامی، ۱۳۸۸).

انواع معلولیت‌ها:

- معلولیت‌های جسمی: این گروه شامل افرادی که دارای نقص عضو، قطع عضو و ناهنجاری‌های اسکلتی و عضوی هستند.
- معلولیت‌های حسی: این دسته از معلولان عبارتند از نابینایان، ناشنویان، کم‌بینایان و کم‌شنوایان
- معلولیت‌های روانی: این گروه شامل بیماران روانی مزمن و عقب‌ماندگان ذهنی هستند.
- معلولیت‌های اجتماعی: این گروه شامل بزهکاران، معتادان، سارقان و ... می‌شوند (بهرامی، ۱۳۸۸).

تأثیر کودک معلول در خانواده:

وجود کودک مشکل‌دار علاوه بر استرس‌های روانی که بر خانواده تحمیل می‌کند، شیوع خیلی از بیماری‌های جسمانی مانند درد و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را در خانواده‌ها به خصوص مادران افزایش می‌دهد. بطوری که والدین اختلال روانی، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند. وجود یک کودک عقب مانده ذهنی سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌گردد و هر قدر شدت عقب ماندگی ذهنی فرد بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر شده و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگ‌تر می‌شود، هر چه سطح روابط اجتماعی این دسته از خانواده‌ها کمتر باشد، احساس درماندگی روانی والدین بیشتر می‌شود (علاقه‌بند و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۵).

در محیط خانه و اجتماع برجسته‌ترین نقش، نقش تربیتی مادر است. اهمیت این نقش از آنجا روشن می‌شود که، کودک نخستین بار در آغوش مادر قرار می‌گیرد و آداب و رسوم اجتماعی را از او می‌آموزد. همچنین مادران به لحاظ عواطف خالصانه خود پناهگاه مطمئنی برای کودکان هستند و کودک هر زمانی که احساس ناامنی می‌کند، ابتدا به مادر پناه می‌برد و امنیت مورد نظر خود را در آغوش وی جستجو می‌کند. اینجاست که نقش تربیتی مادر به عنوان اصلی‌ترین کانون تربیت، خود را نشان می‌دهد. تولد هر کودک می‌تواند، انتظار یک حادثه دلپذیر و یا برعکس یک تجربه هیجانی استرس‌آمیز برای والدین باشد. والدین در انتظار یک کودک سالم می‌باشند، اما وقتی او با یک ناتوانی متولد می‌شود، رویاها و خیالپردازی‌ها ممکن است، دردناک باشد (ایزدیار، محمدپور و شهری، ۱۳۹۲: ۲۸).

دیدگاه‌ها و نظریات:

دیدگاه کریستنسن:

کریستنسن^۱ معتقد است، که خانواده می‌تواند، به خوبی بازتاب فرهنگی هزاران ساله‌ای باشد، که برای ارتقاء بهداشت، سلامت روان و رشد روان-شناختی اعضا و کاهش رفتارهای پرخطر آنها تلاش کرده است. همچنین خانواده می‌تواند، حامی رشد اعضا، مدیریت بهداشت و بازی‌گردان ارتقاء سلامت روان آن‌ها بوده و نقش اساسی بازی کند. اما واقعیت این است، که هیچ پدر و مادری دوست ندارند، فرزند کم‌توان ذهنی به دنیا آورند، ولی وقتی این اتفاق افتاد، والدین نیازمند ساخت‌زدایی زندگی‌شان در این مورد هستند، که چگونه می‌توانند، نیازهای فرزندان‌شان را برآورده

^۱. Christensen



نمایند. همچنین، آن‌ها نیازمند درک این واقعیت هستند که دارای یک کودک کم توان ذهنی هستند، در حالی که فرزندشان نیازمند دوست داشته شدن، درمان و آموزش مناسب همچون سایر کودکان است (کیمیایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۶۳).

دیدگاه فیسمن و ولف:

فیسمن و ولف^۱ معتقدند، تولد کودک با کم‌توانی ذهنی، خرده نظام‌های درون خانواده و نظام‌های بیرون از خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، موجب فشار بیشتری در درون نظام خانواده می‌شود و انسجام و سازگاری درون نظام را به خطر می‌اندازد و در نتیجه احتمال نارسایی کارکرد خانواده افزایش می‌یابد و موجب تنش در خرده نظام‌های خانواده می‌شود (شکوهی یکتا، به پژوه، غباری بناب، زمانی و پرنده، ۱۳۸۷). همچنین فیش من و ولف معتقدند، خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوان ذهنی، خرده‌نظام‌های والدینی، زناشویی، خواهر و برادری و حتی نظام‌های بیرون خانوادگی مثل دوستان، همسایه‌ها، مدرسه و مؤسسات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فشار بیشتری در درون نظام می‌شود، قوام و سازگاری درون نظام را به ویژه در خانواده‌های هسته‌ای به خطر می‌اندازد و احتمال وجود اختلال نظام را بالا می‌برد. این تأثیرات در دوره‌های گذر خانواده همچون ارزیابی ناتوانی، شروع مدرسه، انتقال از کودکی به بزرگسالی و نیز در زمان افزایش سن و کهولت والدین بیشتر می‌گردد. این تأثیرات منفی متقابلاً کودک ناتوان ذهنی را نیز در بر خواهد گرفت (کرامر و بلکر، ۲۰۰۱).

نظریه بکمان:

بکمان^۲ (۱۹۹۳) اظهار می‌دارد، که احساس گناه و تقصیر در والدین بر اثر تولد فرزند معلول ذهنی بوجود می‌آید. این نوع تهدیدی بر علیه خود والدین است، که موجب می‌گردد، والدین نتوانند از زندگی خود لذت ببرند. والدینی که چنین تفکری را دارند برای آنها بی‌نهایت مشکل است تا کودک را بپذیرند. این گونه والدین عقب ماندگی ذهنی فرزند خود را انکار می‌کنند و تمایل به دریافت کمک از دیگران برای بهبود وضعیت کودک را ندارند. احساس گناه شکل خاصی از اضطراب است، که از عوامل خود برتر بسیار قوی سرچشمه می‌گیرد. این احساس معمولاً در مقابل برخی اعمال گذشته فرد بروز می‌کند. شخصی که به طور دائم احساس گناه می‌کند، دارای یک درک شخصی ضعیف از موقعیت می‌باشد، که خود را در مسیری بسیار ناخوشایند می‌بیند. وقتی احساس گناه بسیار قوی باشد، فرد احساس ناامنی و عدم حمایت می‌کند و به همین سبب میزان احساس رضایت شخصی این افراد بسیار پایین می‌آید. هر قدر احساس گناه والدین بیشتر باشد، تمایل آنها به متهم یا مقصر دانستن خودشان برای وضعیت کودک بیشتر می‌شود.^۳

مروری بر تحقیقات انجام شده:

چکیده تحقیقات داخلی:

- افشین الماسی و همکاران (۱۳۹۵) تحقیقی تحت عنوان «اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول» انجام دادند، این پژوهش از نوع نیمه تجربی (با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش ۶۰ نفر از مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر کرمانشاه به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده، یک بسته آموزش مهارت مقابله با استرس و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) بود. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردید. نتایج بدست آمده نشان داد، آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر افزایش سطح تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

- علی شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵) تحقیقی تحت عنوان «مقایسه‌ی استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری» انجام دادند. روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. کلیه‌ی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری مدارس استثنایی شهر رشت در سال ۹۵-۱۳۹۴ جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل دادند، که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۰ مادر (۵۰ مادر دارای فرزند کم توان ذهنی و ۵۰ مادر دارای فرزند ناتوان یادگیری) به عنوان نمونه انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌ی استرس والدگری آبی‌دین، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و واندروال پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، که بین میزان استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری

1. Fysmn and Wolf

2. Beckman

3. <http://tusjob.ir>



شناختی بین دو گروه از مادران تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میزان استرس والدگری مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بیشتر و میزان شادکامی و انعطاف پذیری شناختی شان کمتر از مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری بود. بنابراین می توان نتیجه گرفت، که نوع ناتوانی فرزند بر روی ویژگی های روان شناختی مادران شان تأثیرگذار است، به نوعی که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی استرس بیشتر و شادکامی و انعطاف پذیری شناختی کمتری نسبت به مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری دارند.

- سحر مهاجری و همکاران (۱۳۹۴) تحقیقی تحت عنوان «بررسی سلامت عمومی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه» انجام داده اند. روش پژوهش حاضر، توصیفی- همبستگی بوده و نمونه های مطالعه شامل ۳۰۰ نفر از مادران دارای کودک با نیازهای ویژه بودند، که فرزندان آن ها در مدارس استان زنجان مشغول به تحصیل بودند. نمونه ها به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه «فرم کوتاه بررسی سلامت» بود، که دارای سوال می باشد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد، میانگین سلامت عمومی مادران به ترتیب در حیطه های عملکرد جسمانی ($24/12 \pm 65/81$)، عملکرد اجتماعی ($27/01 \pm 62/61$)، درد نقش متاثر از مشکلات عاطفی ($38/49 \pm 44/44$) بود. نتیجه کلی نشان داد که: میزان سلامت عمومی در بین مادران دارای کودک با نیازهای ویژه، پایین می باشد.

- محمدی قره قوزلو و همکاران (۱۳۹۱) تحقیقی تحت عنوان «تأثیر آرامش آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی» انجام داده اند. این تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح دو گروهی ناهمسان با پیش آزمون و پس آزمون است، که در آن، ابتدا ۲۰ نفر از مادرانی که قادر به شرکت مستمر در کلاس های آرامش آموزی بودند، به عنوان گروه آزمایش و سپس ۲۰ نفر از مادران از طریق همتاسازی با گروه آزمایش به لحاظ پارامترهایی مانند میزان اضطراب و افسردگی، سطح سواد، سطح تحصیلات، شدت کم توانی ذهنی فرزند، به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. تمرینات گروهی آرامش آموزی به مدت دو ماه، سه روز در هفته، برای گروه آزمایش انجام گرفت. اطلاعات درباره اضطراب و افسردگی مادران هر دو گروه، به کمک پرسشنامه های اضطراب بک و افسردگی بک-II در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، کسب شد. داده ها با تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل ها نشان دادند، که انجام تمرینات آرامش هم برای کاهش علایم اضطراب مادران و هم برای کاهش علائم افسردگی مادران مؤثر واقع شده است. در کل این تحقیق نشان داد، که تکنیک آرامش آموزی کوتاه طراحی شده در این آزمایش، توانست اضطراب و افسردگی مادران شرکت کننده در این آزمایش را کاهش دهد.

چکیده تحقیقات خارجی:

- نتایج تحقیقات مادلینز و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از آن است، که والدین کودکان معلول سلامت جسمی و روانی پایینتری دارند و مادران دارای فرزند معلول، استرس بیشتری را در مقایسه با پدران تجربه می کنند.

- ژینیری کوکوسیسی، روتسیکا و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی دریافته اند، که مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی از لحظات سلامت عاطفی پایین ترند، استرس بیشتری را تجربه می کنند و اعتماد به نفس کمتری دارند.

- نتایج پژوهش دورماز و دوستان (۲۰۱۰) نشان داد، که چون کودکان استثنایی بیشتر وقت خود را با مادران خود صرف می کنند، مادران سطح بالایی از استرس را نسبت به پدران دارند.

- لیثوید و هاستینگس (۲۰۰۹) در پژوهشی که به بررسی رابطه امید و سلامت روانی در ۱۹۸ نفر از مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی، اوتیسم و سندرم داون پرداختند، دریافته اند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با دو گروه دیگر نمره ی پایین تری در مقیاس امید و سلامت روانی داشتند و مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی نمره ی امید و سلامت روانی شان از مادران کودکان سندرم داون پایین تر بود.

- لیوید و هاستینگ (۲۰۰۸) با بررسی متغیرهای روانشناختی (پذیرش، اجتناب، بی توجهی و کنار آمدن با اجتناب) و ارتباط این متغیرها با سازگاری مادران، در تحلیل های مقطعی (عرضی) به وجود همبستگی منفی بین متغیر پذیرش با اضطراب، افسردگی و آندوه مادران رسیدند و این که مادرانی با توانایی پذیرش بیشتر، مسائل و مشکلات روانشناختی کم تر و سازگاری اجتماعی بهتری از خود نشان می دهند. ضمن آنکه تحلیل طولی نشان داد، پذیرش، مستقیماً با اضطراب و افسردگی مادر رابطه دارد. بی توجهی با اضطراب و افسردگی مادر ارتباط معناداری ندارد و کنار آمدن با اجتناب، به طور مثبت با افسردگی مادر، مرتبط است.

- ویوان (۲۰۰۷) با بررسی میزان استرس و اضطراب والدین کودکان کم توان ذهنی و ارتباط آن با ویژگی های کودکان، ویژگی های دموگرافی اجتماعی والدین و محیط خانوادگی کودکان کم توان ذهنی در امارات متحده عربی دریافت، که استرس و اضطراب کلی والدین با بد عملکردی کودکان کم توان ذهنی ارتباط مستقیم دارد. همچنین، ویژگی های دموگرافی خانواده و محیط خانواده (سطح اجتماعی- اقتصادی، دسترسی به تفریحات، گرایش های دینی والدین، روشن فکری و امیدواری والدین) با سطح استرس والدین ارتباط دارد.



- برنودن (۲۰۰۷) در طی پژوهشی در استرالیا نشان داد، که مادران کودکان کم توان ذهنی زمان اشتغال کمتری دارند و کمتر زمانی برای پرداختن به فعالیت‌های لذت‌بخش و تفریحات دارند. این پژوهش همچنین نشان داد، که زمان مادران جهت مراقبت‌های شخصی کاهش می‌یابد. بنابراین، مادران به علت زمان کمی که به خود اختصاص می‌دهند، آسیب پذیرتر می‌شوند.

- فیلیسیتی (۲۰۰۶) پذیرش و نگرش مثبت در مادران ایرلندی دارای کودک با ناتوانی‌های هوشی را مورد ارزیابی قرار داد. نتایج نشان داد، که اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان با ناتوانی‌های هوشی در یک محیط غیر کلینیکی، کم‌تر است. ضمن آنکه، میزان حمایت مورد نیاز از کودک هم کمتر می‌باشد و حمایت اجتماعی منظم و سازمان یافته، مؤثرتر از حمایت توسط مادران بود. سیستم حمایت اجتماعی منظم بر سازگاری اجتماعی و خانوادگی کودکان با ناتوانی‌های هوشی مؤثر بود و به پذیرش آنها در جامعه کمک می‌کرد و بر سازگاری خانوادگی مادران هم تأثیرگذار بود.

روش تحقیق:

روش تحقیق، پیمایشی و از نوع تحقیقات (توصیفی- همبستگی) می‌باشد. بخش توصیفی به توصیف ساده متغیرها می‌پردازد و در بخش استنباطی- تحلیلی، رابطه و میزان همبستگی فرضیات و متغیرها مورد بررسی و تبیین قرار گرفتند.

جامعه و نمونه آماری:

جامعه آماری تحقیق، شامل تمامی مادران کودکان معلولی مشغول به تحصیل در مدارس مخصوص بچه‌های معلول می‌باشند، که شامل مدارس جبار باغچه‌بان، مدرسه گلها و مدرسه کوشا شهر ایلام می‌باشند. نمونه آماری تحقیق هم، تعداد ۶۰ مادر کودکان معلول بوده که به آنها، پرسشنامه‌هایی جهت پاسخگویی ارائه گردید، ولی در مرحله عودت پرسشنامه‌ها، تعداد ۲۲ تا از آنها خالی بوده و توسط مادران پاسخی داده نشدند، لذا نمونه‌ی آماری ۳۸ نفر از مادران را به خود اختصاص داد.

روش نمونه‌گیری:

روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. بدین معنی که با مراجعه به مدارس مخصوص آموزش کودکان معلول و استثنایی و تعداد کودک استثنایی موجود در آن، در بین مادران مدرسه جبار باغچه‌بان تعداد ۳۶ پرسشنامه توزیع گردید، مدرسه گلها ۲۰ پرسشنامه و مدرسه کوشا هم ۴ پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات:

در این تحقیق به تناسب روش آن که پیمایشی می‌باشد، از پرسش‌نامه استفاده شده است. به گونه‌ای که از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ) که چهار حالت روانی مانند: شکایات جسمانی، وضعیت اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و سطح افسردگی افراد را می‌سنجد، به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات استفاده گردید.

روایی و پایایی ابزار تحقیق:

پرسشنامه سلامت عمومی، یکی از ابزارهایی است، که به طور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می‌شود. همچنین حجم وسیعی از پژوهش‌ها در زمینه کیفیت روان‌سنجی آن وجود دارد. نسخه ۲۸ سوال (GHQ) نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. لدربرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند، نسخه ۲۸ سوالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت و ویژگی مناسب‌تری است. این نسخه متناسب با تحلیل عواملی که گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) انجام شد، ۴ عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. در ایران مطالعات روان‌سنجی اندکی در خصوص کیفیت روان‌سنجی و ساختار عاملی این پرسشنامه انجام شده است. تقوی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را با نمونه ۹۲ نفری دانشجویان دانشگاه شیراز انجام داد. وی با تحلیل چهار عامل: افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج نمود، که ۵۸٪ واریانس توسط این چهار عامل تعیین گردید.



روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده، از نرم‌افزار SPSS که در قالب روش توصیفی که شامل توصیف ساده متغیرها می‌باشد، استفاده گردیده است، همچنین جهت سنجش متغیرها و آزمون فرضیات از روش استنباطی- علی و از آماره و آزمون مناسب با سطح سنجش متغیرها استفاده گردید.

یافته‌های تحقیق:

الف) آمار توصیفی

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک ویژگی‌های شخصی

متغیرها	طبقات	فراوانی	درصد	متغیرها	طبقات	فراوانی	درصد
سن مادران	زیر ۳۰ سال	۴	۱۰/۵	تحصیلات	بیسواد	۹	۲۳/۷
	۳۰-۳۴ سال	۳	۷/۹		زیردیپلم	۱۸	۴۷/۴
	۳۵-۳۹ سال	۱۶	۴۲/۱		دیپلم و فوق دیپلم	۷	۱۸/۴
	۴۰-۴۴ سال	۸	۲۱/۱		لیسانس	۴	۱۰/۵
اشتغال	خانه‌دار	۳۶	۹۴/۷	خویشاوندی والدین	خویشاوند	۱۸	۴۷/۴
	شاغل	۲	۵/۳		غیرخویشاوند	۱۸	۴۷/۴
	مادر	۲	۵/۳		بی‌پاسخ	۲	۵/۳
تعداد فرزندان	۱ فرزند	۴	۱۰/۵	جنسیت فرزندان معلول	دختر	۱۹	۵۰٪
	۲-۳ فرزند	۲۶	۶۸/۴		پسر	۱۷	۴۴/۷
	۴-۵ فرزند	۷	۱۸/۴		از هر دو جنس	۱	۲/۶
	۶ فرزند و بالاتر	۱	۲/۶		بی‌پاسخ	۱	۲/۶
نوع معلولیت	ذهنی	۱۴	۳۶/۸	درجه معلولیت	خفیف	۸	۲۱/۱
	جسمی	۱۷	۴۴/۷		متوسط	۹	۲۳/۷
	چندمعلولیتی	۴	۱۰/۵		شدید	۱۳	۳۴/۲
	بی‌جواب	۳	۷/۹		خیلی شدید	۶	۱۵/۸
	اختلالات رفتاری	دارد	۱۳		۳۴/۲	بی‌پاسخ	۲
	ندارد	۲۵	۶۵/۸				

چنانچه جدول فوق نشان می‌دهد، از کل تعداد نمونه آماری مورد پژوهش، با توجه به میزان سن مادران، بیشتر مادران با ۴۲/۱ درصد در سنین بین ۳۵-۳۹ سال قرار دارند، از نظر سطح تحصیلات، اکثریت آنان با ۴۷/۴ درصد زیردیپلم می‌باشند. از نظر وضعیت اشتغال ۹۴/۷ درصد خانه‌دار، از نظر نوع ازدواج با همسر به تعداد مساوی ۴۷/۴ درصد برخی ازدواجشان خویشاوندی و برخی هم غیرخویشاوندی بوده، بیشتر مادران با ۶۸/۴ درصد بین ۲-۳ فرزند داشته، جنسیت فرزندان معلول بیشتر دختر بوده، از نظر نوع معلولیت اکثراً جسمی بوده، همچنین تعداد زیادی از آنان با ۳۴/۲ درصد دارای معلولیت شدید بوده، ولی از نظر نوع اختلالات رفتاری، بیشتر فرزندان معلول اختلال رفتاری نداشتند.

ب) آزمون فرضیه‌ها:

در ارزیابی فرضیه‌های مورد بررسی در این پژوهش، اطلاعات جدول ۲: نشان می‌دهد، رابطه متغیرهای شکایت جسمانی مادران، علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران، اختلال در عملکرد اجتماعی مادران و افسردگی مادران، بر حسب سن و درجه معلولیت فرزندانشان رابطه معناداری مشاهده



نگردد. ولی بین متغیر شکایات جسمانی مادران دارای فرزند معلول و وجود اختلالات رفتاری در کودکان معلولشان رابطه معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد مشاهده شد. همچنین بین متغیرهای علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران دارای فرزند معلول، اختلال در عملکرد اجتماعی مادران و افسردگی مادران دارای فرزند معلول بر حسب اختلالات رفتاری رابطه معناداری بدست نیامد.

جدول ۲: آزمون همبستگی متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	مقدار	فرضیه‌ها
۰/۹۵۹	۰/۰۰۹	شکایات‌های جسمانی مادران دارای فرزند معلول بر حسب سن
۰/۳۸۸	۰/۱۵۱	علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران دارای فرزند معلول بر حسب سن
۰/۰۵۱	-۰/۳۳۳	اختلال در عملکرد اجتماعی دارای فرزند معلول بر حسب سن
۰/۵۹۸	۰/۰۹۱	افسردگی دارای فرزند معلول بر حسب سن
۰/۲۱۵	-۰/۲۲۵	شکایات‌های جسمانی مادران دارای فرزند معلول بر حسب درجه معلولیت
۰/۲۶۳	-۰/۲۰۱	علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران دارای فرزند معلول بر حسب درجه معلولیت
۰/۲۹۸	-۰/۱۸۷	اختلال در عملکرد اجتماعی دارای فرزند معلول بر حسب درجه معلولیت
۰/۳۷۷	-۰/۱۵۶	افسردگی دارای فرزند معلول بر حسب درجه معلولیت
۰/۰۰۹	۰/۴۴۱**	شکایات‌های جسمانی مادران دارای فرزند معلول بر حسب اختلالات رفتاری
۰/۱۹۱	۰/۲۲۶	علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران دارای فرزند معلول بر حسب اختلالات رفتاری
۰/۳۰۸	-۰/۱۷۷	اختلال در عملکرد اجتماعی دارای فرزند معلول بر حسب اختلالات رفتاری
۰/۴۸۲	۰/۱۲۱	افسردگی دارای فرزند معلول بر حسب اختلالات رفتاری

نتیجه‌گیری:

تحقیق حاضر به بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول پرداخته است. نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق در دو بخش توصیفی و همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در بخش توصیفی پژوهش، ویژگی‌های شخصی مادران و کودکان معلولشان مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این بخش نشان می‌دهد که: میزان سن بیشتر مادران با ۴۲/۱ درصد در سنین بین ۳۵-۳۹ سال قرار دارد، از نظر سطح تحصیلات، اکثریت آنان با ۴۷/۴ درصد زبردیپلم می‌باشند. از نظر وضعیت اشتغال ۹۴/۷ درصد خانه دار، از نظر نوع ازدواج با همسر به تعداد مساوی ۴۷/۴ درصد برخی ازدواجشان خوشاوندی و برخی هم غیرخوشاوندی بوده، بیشتر مادران با ۶۸/۴ درصد بین ۳-۲ فرزند داشته، جنسیت فرزندان معلول بیشتر دختر بوده، از نظر نوع معلولیت اکثراً جسمی بوده، همچنین تعداد زیادی از آنان با ۳۴/۲ درصد دارای معلولیت شدید بوده، ولی از نظر نوع اختلالات رفتاری، بیشتر فرزندان معلول اختلال رفتاری نداشتند.

جهت آزمون فرضیات تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. مهم‌ترین نتایج حاصل از یافته‌های این بخش نشان می‌دهد که:

- فرضیه اول تحقیق: که به بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و شکایات‌های جسمانی در آنان پرداخته است، با مقدار ۰/۰۰۹ و سطح معناداری ۰/۹۵۹ مورد تأیید قرار نگرفت و نشان داد، که میزان سن مادران تأثیری در وضعیت جسمانی آنان ندارد و فرضیه رد گردید.
- فرضیه دوم تحقیق: که به بررسی رابطه بین سن مادران دارای فرزند معلول و علائم اضطرابی و اختلال خواب در آنان پرداخته است، با مقدار ۰/۱۵۱ و سطح معناداری ۰/۳۸۸ مورد تأیید قرار نگرفت. این امر نشان می‌دهد، که میزان سن مادران تأثیری در ایجاد علائم اضطرابی آنان ندارد.
- فرضیه سوم تحقیق: که به بررسی میزان سن مادران دارای فرزند معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی آنان پرداخته است، با مقدار ۰/۳۳۳- و سطح معناداری ۰/۰۵۱ مورد تأیید قرار نگرفت.
- فرضیه چهارم تحقیق: که به بررسی سن مادران دارای فرزند معلول و وضعیت افسردگی مادران پرداخته است، با مقدار ۰/۰۹۱ و سطح معناداری ۰/۵۹۸ مورد تأیید قرار نگرفت. این امر حاکی از آن است، که وضعیت و میزان افسردگی مادران دارای فرزند معلول ربطی به میزان سن آنان ندارد و فرضیه رد گردید.



- **فرضیه پنجم تحقیق:** که به بررسی درجه معلولیت فرزند معلول و شکایت‌های جسمانی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۲۲۵- و سطح معناداری ۰/۲۱۵، مورد تأیید قرار نگرفت. در تحقیقی که توسط داورمنش (۱۳۷۵) صورت گرفته، نتایج نشان داد، وجود فرزند معلول ذهنی به شدت بر سلامت جسمانی و روانی مادر تاثیرگذار بوده و باعث کاهش مقاومت آنان در مقابل ابتلا به بیماری‌ها شده و در نتیجه نسبت بیماری را در آنها افزایش می‌دهد، که نتیجه‌ی این تحقیق در تعارض با نتیجه آزمون فرضیه مذکور است.
- **فرضیه ششم تحقیق:** که به بررسی درجه معلولیت فرزندان معلول و علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران آنان پرداخته است، با مقدار ۰/۲۰۱- و سطح معناداری ۰/۲۶۳، مورد تأیید قرار نگرفت. تحقیقی که توسط علی شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵) صورت گرفته است، نتیجه گرفت، که نوع ناتوانی فرزند بر روی ویژگی‌های روان شناختی مادران شان تأثیرگذار است، به نوعی که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی استرس بیشتری کمتری نسبت به مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری دارند. همچنین نتایج تحقیقی که توسط ژینیری کوسیس و همکاران (۲۰۱۲) صورت گرفت، نشان داد که مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی از لحظات سلامت عاطفی پایین‌ترند و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، نتایج این تحقیقات در مقایسه با نتیجه آزمون فرضیه مذکور ناهمسو می‌باشند.
- **فرضیه هفتم تحقیق:** که به بررسی درجه معلولیت فرزندان و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۱۸۷- و سطح معناداری ۰/۲۹۸، مورد تأیید قرار نگرفت. لیوید و هاستینگس (۲۰۰۹) در پژوهشی که به بررسی رابطه امید و سلامت روانی در ۱۹۸ نفر از مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی، اوتیسم و سندرم داون پرداختند، دریافتند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با دو گروه دیگر نمره‌ی پایین‌تری در مقیاس امید و سلامت روانی داشتند و مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی نمره‌ی امید و سلامت روانی‌شان از مادران کودکان سندرم داون پایین‌تر بود که با نتایج آزمون فرضیه در تعارض می‌باشد.
- **فرضیه هشتم تحقیق:** که به بررسی درجه معلولیت فرزند معلول و وضعیت افسردگی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۱۵۶- و سطح معناداری ۰/۳۷۷، مورد تأیید قرار نگرفت. بدین معنی که میزان معلولیت فرزندان از نظر نوع میزان آن، تأثیری بر وضعیت خلقی مادرانشان از نظر سطح افسردگی تأثیری ندارد.
- **فرضیه نهم تحقیق:** که به بررسی اختلالات رفتاری کودکان معلول و شکایت‌های جسمانی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۴۴۱، و سطح معناداری ۰/۰۰۹، مورد تأیید قرار گرفت و فرضیه تأیید گردید. بدین معنی که میزان شکایات جسمانی مادران از درجه‌ی اختلالات رفتاری آنان تأثیر می‌پذیرد، بدین صورت که مادرانی که دارای فرزند معلول با اختلالات رفتاری بیشتری می‌باشند، بیشتر از وضعیت جسمانی خود شکایت دارند.
- **فرضیه دهم تحقیق:** که به بررسی درجه اختلالات رفتاری کودکان معلول و علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۲۲۶، و سطح معناداری ۰/۱۹۱، مورد تأیید قرار نگرفت. بدین معنی که میزان و درجه‌ی اختلالات رفتاری کودکان بر روی اضطراب آنان تأثیری ندارد و فرضیه رد گردید.
- **فرضیه یازدهم تحقیق:** که به بررسی درجه اختلالات رفتاری کودکان معلول و اختلال در عملکرد اجتماعی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۱۷۷- و سطح معناداری ۰/۳۰۸، مورد تأیید قرار نگرفت. نتایج پژوهش گری (۲۰۰۲) نشان داد، که مادران کودکان با اختلال‌های گسترده در خودماندگی در رویارویی با حوادث، آسیب‌پذیرتر از پدران هستند که در تعارض با نتیجه آزمون فرضیه مذکور می‌باشد.
- **فرضیه دوازدهم تحقیق:** که به بررسی درجه اختلالات رفتاری کودکان معلول و وضعیت افسردگی مادران آنها پرداخته است، با مقدار ۰/۱۲۱، و سطح معناداری ۰/۴۸۲، مورد تأیید قرار نگرفت. گلیدن و اسکولکرفت (۲۰۰۳) در تحقیقی مشاهده کرده‌اند، کودکانی که مادر افسرده دارند، در مقایسه با سایر کودکان با مشکلات شناختی و رفتاری و اجتماعی زیادی مواجه‌اند.

پیشنهادات و راهکارها:

- ۱- مادران به عنوان افرادی که بیشترین اوقات خود را با کودکانشان سپری می‌کنند، خصوصاً کودکانی که دارای عقب‌ماندگی (چه جسمی، چه ذهنی) باشند، معمولاً نوع رفتار و برخورد مادر با کودک معلول متفاوت از رفتار با سایر اعضای عادی خانواده است، لذا باید مراکز بهزیستی با برگزاری کلاس‌هایی برای آموزش والدین کودکان عقب مانده ذهنی، خصوصاً مادران، به آنان نوع برخورد سالم و علمی را یاد دهند، تا مادران بتوانند، با رفتار صحیح و مناسب با کودک معلول، جو نسبتاً آرامی را در خانواده حکمفرما نمایند.
- ۲- لازم است، که مراکز بهزیستی، در قالب کلاس‌های آموزشی، تربیت‌پذیر، آموزش‌پذیر و ... برای این کودکان معلول، فرصت‌های آموزشی مناسبی ایجاد نماید، تا کودکانی که از نظر ذهنی بالاتر هستند و از اختلالات روانی و رفتاری چندانی رنج نمی‌برند، با ثبت‌نام و مراجعه به این کلاس‌ها، با جهان و دنیای اطرافشان آشنایی پیدا کرده و جهان اطراف خود را درک نمایند.



۳- لازم است، که مادرانی که دارای فرزندانی با اختلالات رفتاری می‌باشند، که متأسفانه وقت و انرژی زیادی را از آنان می‌گیرد و ممکن است، وضعیت سلامت جسمی و روحی مادر به مخاطره افتد، لذا والدین باید به طور دوره‌ای با فرزندانشان به مراکز پزشکی تحت نظر سازمان بهزیستی مراجعه نمایند و با مشاوره و راهنمایی از کادر درمانی، فرزند خود را مورد مداوا قرار دهند.

محدودیت‌های تحقیق:

مهم‌ترین مشکل و محدودیتی که در این تحقیق محقق با آن مواجه گردید، مربوط به گردآوری داده‌ها بود، که متأسفانه مراکز آموزشی که در استان وجود دارند و کارشان آموزش دادن به این بچه‌ها می‌باشد، اصلاً با محقق همکاری لازم را نداشتند و مساعدت چندانی با محقق جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز نشان ندادند.

منابع و مأخذ

الف) منابع فارسی

- ۱- ایزدیار، علی؛ محمدپور، هادی؛ پناهی‌شهری، محمود (۱۳۹۲). مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب مانده آموزش‌پذیر ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گناباد، فصلنامه زن و مطالعات خانواده، سال ششم، شماره بیست و یکم.
- ۲- افضل‌ی، سیدمحمدرضا (۱۳۹۲). رابطه کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در جانبازان و معلولین قطع عضو، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی گروه روانشناسی.
- ۳- الماسی، افشین؛ حاتمی، فوزیه؛ شریفی، اعظم؛ احمدی‌جویباری، تورج؛ کاویان‌نژاد، رسول؛ ابراهیم‌زاده، فرزاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره بیست و یکم.
- ۴- بهرامی، شهناز (۱۳۸۸). عوامل پیشگیری از معلولیت‌ها، پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت.
- ۵- تاجری، بیوک؛ بحیرایی، احمدرضا (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم‌توان ذهنی در مادران، فصلنامه پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، شماره ۸، پیاپی ۸۷.
- ۶- تمنا، سعید (۱۳۸۳). مبانی جامعه‌شناسی، تهران: چاپ چاپخانه نگارش قم.
- ۷- چرم فروش جلالی، لیلا (۱۳۹۴). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، فصلنامه اطلاع‌رسانی نواندیش سبز (آموزشی- پژوهشی)، سال نهم، شماره ۳۴ و ۳۵.
- ۸- سیف‌نراقی، مریم؛ نادری، عزت‌اله (۱۳۸۵). آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- ۹- شکوهی‌یکتا، محسن؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری‌بناب، باقر؛ زمانی، نیره؛ پرنده، اکرم (۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دیرآموز، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، شماره ۴.
- ۱۰- شیخ‌الاسلامی، علی؛ محمدی، نسیم؛ سیداسماعیلی قمی، نسترن (۱۳۹۵). «مقایسه‌ی استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوان یادگیری، مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، دوره‌ی، شماره ۴.
- ۱۱- علاقبند، مریم؛ آقاییوسفی، علی‌رضا؛ کمالی، محمود؛ دهستانی، مهدی؛ حقیرالسادات، بیبی‌فاطمه؛ نظری، طاهره؛ شیخها، محمد حسن (۱۳۹۰). تأثیر مقابله درمان‌گری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند معلول، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۹، شماره ۱.
- ۱۲- کیمیایی، سیدعلی؛ محرابی، حسین؛ میرزائی، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه‌ی وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر مشهد، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره یازدهم، شماره ۱.
- ۱۳- محمدی قره‌قوزلو، رقیه؛ گل‌محمدنژاد، غلامرضا؛ جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۱). تأثیر آرامش‌آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک کم-توان ذهنی، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، سال دوازدهم، شماره ۴.
- ۱۴- مهاجری، سحر؛ یغمایی، فریده؛ محرابی، یداله؛ قدسی‌قاسم آبادی، ربابه (۱۳۹۴). بررسی سلامت عمومی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه، فصلنامه پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره دوم، شماره ۱.

ب) منابع لاتین

- 1- Brandon, P. (2007). Time away from "smelling the roses": where do mothers raising children with disabilities find the to work? *Social Science & Medicine*, 65 (4), from <http://WWW.sciencedirect.co>
- 2- Durmaz, A., Cankaya, T., Durmaz, B., Vahabi, A., Gunduz, C., Cogulu, O. & Ozkinay, F. (2010). Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. *Indian J Pediatr*, 78(6), 698-702.



- 3- Felicity, A. G. (2006). Coping and positive perceptions in Irish mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(3),231-248
- 4-Gohel,S., Mukherjee,S.K.& Choudhari,M.(2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District Manish. *Healthline Vol. 2, Issue. 2.*
- 5- Kraemer, B. R., & Blacher, J. (2001). Transition for young adults with severe 7mental retardation: School preparation, parent expectations, and family involvement. *Mental Retardation*, 39, 423–435.
- 6- Lioyd, T. J. & Hastings, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 9657 -9668.
- 7- Lioyed, T. & Hasting,R. P. (2008). Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (1), 37-48.
- 8- Madeleine S, Jenna H, Angela V Barbara F. Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. *Childhood Obesity* 2015;11: 664-673.
- 9- Pilusa, Ngeoakoana Emma (2006). The Impact of Mental Retardation on Family Functioning. In The Faculty of Humanities Department of Social Work University of Pretoria.
- 10- Vivan, K. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in United Arab Emirates, *Social Science and Medicine*, 64, 850- 857.