

**A Comparative Study between Mothers with Two Children with Disabilities (Multiple Disabilities, Intellectual Disabilities, Physical and Motor Disabilities, Blindness, Visual Impairments, Deafness, and Hearing Impairment) and Mothers of Normal Children in Terms of General Health Components**

Hooshang Zandi, M.A.<sup>1</sup>,  
Masood Gholam Ali Lavasani, Ph.D.<sup>2</sup>,  
Gholam Ali Afrooz, Ph.D.<sup>3</sup>,  
Mohammad Saeed Mardookhi, Ph.D.<sup>4</sup>

Received: 03.25.2017 Revised: 05.23.2017  
Accepted: 01.04.2018

**Abstract**

**Objective:** The present study aimed to see whether there is a difference between mothers of children with disabilities and mothers of normal children in terms of mental health. **Method:** This research was a retrospective (casual-comparative) study. Subjects comprised 516 mothers of children with disabilities (202 with intellectual disabilities, 63 with deafness, 58 with blindness, 94 with physical and motor disabilities, and 99 with multiple disabilities) selected through complete count and 69 mothers of normal children chosen randomly. Data were collected using the 28-item General Health Questionnaire (GHQ) with the validity and reliability of 0.72 and 0.85, respectively. **Results:** Reliability showed a significant difference in the mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children. However, in mental health symptoms, i.e. physical symptoms and depression, no significant difference was observed between the two groups. The two groups (mothers of normal children vs. mothers of children with multiple disabilities, intellectual disabilities, or physical and motor disabilities) significantly differed on two variables of anxiety and insomnia ( $p \leq 0.001$ ), while no significant difference was found between mothers of normal children and mothers of children with blindness, visual impairment, multiple disabilities, deafness, or hearing impairment. In terms of social function, a significant difference was found between mothers of normal children and mothers of children with multiple disabilities, intellectual disabilities, physical and motor disabilities, deafness, or hearing impairment ( $p \leq 0.001$ ), while no significant difference was seen between mothers of normal children and mothers of children with blindness or visual impairment. **Conclusion:** Mental health differentiates the mothers of normal children and mothers of children with disabilities. Mothers of two children with special needs experience more stress. Therefore, their mental health status is worse than that of mothers of normal children.

**Keywords:** Mental health, Mothers of children with disabilities, Intellectual disabilities, Blindness, Deafness, Physical and motor disabilities, Multiple disabilities

1. Ph.D. student of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. **Corresponding Author:** Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: lavasani@ut.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Psychology of Exceptional Children, Payame Noor University, Karaj, Iran.

**مقایسه مادران دارای دو کودک استثنایی (چند معلولیتی، کم توان ذهنی، جسمی - حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه های سلامت عمومی**

هوشنگ زندی<sup>۱</sup>، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی<sup>۲</sup>،  
دکتر غلامعلی افروز<sup>۳</sup>، دکتر محمد سعید مردوخ<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۵ تجدید نظر: ۱۳۹۶/۳/۲  
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۰/۱۴

**چکیده**

**هدف:** هدف از تحقیق حاضر یافتن پاسخی برای این پرسش است که آیا بین مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی از نظر سلامت روان تفاوت وجود دارد یا خیر؟ روش: روش این تحقیق پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. آزمودنی‌های این پژوهش متشکل از ۵۱۶ نفر از مادران کودکان استثنایی (۲۰۲ نفر کم توان ذهنی، ۶۳ نفر ناشنوا، ۵۸ نفر نابینا، ۹۴ نفر جسمی-حرکتی و ۹۹ نفر چندمعلولیتی) است که به طور تام شمارش انتخاب شده بودند و ۶۹ نفر از مادران کودکان عادی که به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته شده، مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت عمومی است. ضریب اعتبار این پرسش‌نامه ۰/۷۲ و روایی همزمان کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ به دست آمده است. یافته‌ها: نتایج حاصل از یافته‌های آماری نشان داد که به طور کلی بین سلامت روان مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از نظر علائم سلامت روانی یعنی بین خرده‌مقیاس علائم جسمانی و افسردگی تفاوت معناداری بین مادران گروه‌های مختلف استثنایی و مادران گروه عادی مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی با چندمعلولیتی، کم توان ذهنی، جسمی-حرکتی، در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده شد. در حالی که بین مادران عادی با نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی با چندمعلولیتی، کم توان ذهنی، جسمی-حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی در مؤلفه کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده شد. در حالی که بین مادران عادی با مادران نابینا و آسیب بینایی، تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نگردید. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق سلامت روان یک ویژگی متمایزکننده در مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی است، مادران دارای دو کودک استثنایی استرس و فشار روانی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند. بنابراین وضعیت سلامت روان آنها در مقایسه با مادران کودکان عادی بدتر است.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روان، مادران کودکان استثنایی، کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا، جسمی-حرکتی، چندمعلولیتی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۲. نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران.
۳. دکتری روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران.
۴. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور کرج، ایران.

## مقدمه

خانواده، واحد زیربنایی جامعه، کانون اصلی حفظ ارزش‌های والا و مورد احترام و شالوده مستحکم مناسبات پایدار اجتماعی، روابط خویشاوندی و مبداء ظهور عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و مهد پرورش فکر و اندیشه و اخلاق و تعالی روح انسانی به حساب می‌آید. یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند خانواده است. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است؛ حتی اگر کودک، کم‌توان ذهنی، نابینا، ناشنوا، جسمی-حرکتی و چندمعلولیتی باشد (بیرشک، ۱۳۷۰). تولد کودک استثنایی به‌عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیقی بر ارتباطها و کنش‌های خانوادگی اثر بگذارد. خانواده یک نظام است و هنگامی که تغییر در نقش یک عضو آن به‌وجود می‌آید، موجب تغییر در سایر اعضا و سایر نقش‌ها می‌شود (افروز و ارجمندنیا، ۱۳۹۱).

کم‌توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید. نقص شنوایی یک اصطلاح ژنریک است که نمایانگر آن عده از ناتوانی‌های شنوایی است که ممکن است درجات شدت و ضعف آن بین خفیف تا عمیق متغیر بوده و شامل دو گروه فرعی ناشنوا و کم‌شنوا است. فرد نابینا به کسی گفته می‌شود که تیزی بینایی او در چشم برتر و حتی با استفاده از وسایل کمکی مثل عینک بیست دویستم و یا کمتر باشد. کودکان دارای ناتوانی‌های جسمانی-حرکتی به‌عنوان افرادی تعریف می‌شوند که محدودیت‌های جسمانی یا مشکلات سلامتی آنان با ملزومات مدرسه و یادگیری تداخل می‌کند تا حدی که وجود خدمات آموزشی، وسایل و تسهیلات ویژه، الزامی می‌شود. کودکان چندمعلولیتی کودکانی هستند که دارای دو یا چند ناتوانی جدی هستند (از قبیل ناشنوایی، نابینایی، کم‌توانی ذهنی، نابینایی و

فلج مغزی، ناشنوایی) (هالاها و کافمن، ۲۰۰۲).

در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می‌شود که کم‌توان ذهنی یا نابینا، ناشنوا، جسمی-حرکتی و چندمعلولیتی و دچار اختلالات دیگر از جمله اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد. در تعریف سلامت روان باید گفت هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به‌وسیله جامعه مطرود نسازد فردی است دارای سلامت روانی. این متغیر در مطالعه حاضر از طریق آزمون جی‌اچ‌کیو -۲۸ سنجیده شده است.

برای پیشگیری از تولد کودک استثنایی درصد بالایی از تحقیقات انجام شده است. در زمینه پدیده کودکان استثنایی به اثرات وجود این‌گونه کودکان بر خانواده به‌ویژه مادران پرداخته شده است که اینک به برخی از آنها اشاره می‌شود. گاویدیدا (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد مادران کودکان استثنایی احساس درماندگی، کسالت روحی و بی‌ثباتی عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند. لنک (۲۰۰۳) نیز در پژوهش‌های خود از سلامت روانی کمتر، افسردگی و استرس بیشتر و عزت نفس کمتر والدین کودکان معلول حکایت می‌کند. اولسون و هاوانگ (۲۰۰۱) این نتایج را به‌دست آوردند که مادران کودکان مبتلا به آسیب بینایی نسبت به مادران کودکان عادی به‌ویژه در حوزه‌هایی که کودکان معلولیت متعدد دارند تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند. مطالعات ریچن‌برگ (۲۰۱۰) در مورد مادران کودکان مبتلا به معلولیت شدید نشان داد که بیشتر از نصف (۵۹ درصد) آنها به‌طور بحرانی سطوح بالاتری از تنیدگی و نشانه‌های افسردگی را نسبت به مادران کودکانی که رشد طبیعی داشتند نشان می‌دهند. امرسون (۲۰۰۳) بیان می‌کند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اضطراب بیشتری را در مقایسه با سایر گروه‌ها تجربه می‌کنند. اولسون و هاوانگ (۲۰۰۱) اظهار می‌دارند

کارکرد اجتماعی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟ و آیا در مؤلفه افسردگی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟

### روش

روش این تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بوده و وضعیت خانواده (کودک استثنایی و کودک عادی) متغیر مستقل و سلامت عمومی متغیر وابسته این پژوهش را تشکیل می‌دادند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای دو کودک استثنایی و مادران دارای دو کودک سالم در استان کردستان بودند و حجم نمونه شامل ۵۱۶ نفر از مادران کودکان استثنایی (کم‌توان ذهنی ۲۰۲ نفر، چندمعلولیتی ۹۹ نفر، جسمی-حرکتی ۹۴ نفر، آسیب شنوایی ۶۳ نفر و آسیب بینایی ۵۸ نفر) بود که در مراکز بهزیستی استان کردستان دارای پرونده و دارای دو کودک استثنایی بودند و همچنین ۶۹ نفر از مادران دارای دو کودک عادی استان کردستان را شامل می‌شد.

برای انتخاب مادران گروه‌های کودکان استثنایی از روش تمام شمارش استفاده گردید. بدین ترتیب که تمام خانواده‌های دارای دو فرزند استثنایی و بالاتر که در سازمان بهزیستی استان کردستان دارای پرونده بودند مشخص و آنهایی که دارای آدرس و شماره تماس بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه مادران دارای دو کودک عادی از روش تصادفی چندمرحله‌ای استفاده گردید. والدین کودکان استثنایی و عادی از لحاظ متغیرهای منطقه و محل سکونت، سن مادر، تعداد فرزندان و سواد مادران کنترل شدند، به‌نحوی که سعی شد والدین کودکانی که مناطق و محل‌های متفاوت بودند از گروه حذف شوند. سن اکثر مادران حدود ۳۰ تا ۵۰ سال، تعداد

خشم نسبت به کودک، خشم نسبت به همسر و خشم ناشی از بدشانس بودن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی امری شایع است.

احمدپناه (۱۳۸۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کم‌توانی ذهنی فرزندان، طیف وسیعی از تأثیرات منفی را بر والدین می‌گذارد که فراوان‌ترین آنها احساس شرمساری والدین بوده و میزان شرمساری والدین نیز تابعی از درجه کم‌توانی ذهنی کودک است. چن و تانگ (۱۹۹۷) در پژوهشی روی ۳۰ مادر چینی که صاحب فرزند کم‌توان ذهنی بودند نشان دادند که برنامه‌ریزی برای آینده و مشکلات رفتاری کودکان مهم‌ترین منبع استرس برای مادران بود. آلیک و همکاران (۲۰۰۷) گزارش می‌کنند خانواده‌هایی که دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند از لحاظ اقتصادی در سطوح پایین‌تری قرار دارند. در بین مادران دارای چنین کودکانی مشکلات سلامت روانی با متغیرهایی همچون داشتن فرزند پسر، تجربه بیش از یک حادثه استرس‌زا، فقر و کارکرد خانوادگی ناسالم مرتبط است. وایزبرن و همکاران (۲۰۰۷) بیان می‌دارند حدود ۳۵ درصد از مادرانی که فرزندان خود را به مراکز روان‌پزشکی می‌آورند دارای درجاتی از افسردگی هستند. همچنین ۴۲ درصد از این مادران اضطراب را تجربه می‌کنند. میچل و همکاران (۲۰۰۹) گزارش کرده‌اند که مادران کودکان معلول دچار سطح سلامت کمتر و اضطراب بیشتری هستند.

با توجه به مطالب ارائه شده و پیشینه، هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه سلامت عمومی در مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی است. همچنین سؤال‌های پژوهش عبارت‌اند از: آیا در مؤلفه علائم جسمانی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟ آیا در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟ آیا در مؤلفه

نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو و سه نمره تعلق می‌گیرد. نمرات آزمودنی در هریک از زیرمقیاس‌ها به صورت جداگانه مشخص و در زیر ورقه نوشته می‌شوند و پس از آن، نمرات چهار زیرمقیاس جمع می‌شود و نمره کل را به دست می‌آید. نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. ضریب اعتبار این پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانش‌وری اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد. روایی همزمان کل پرسش‌نامه بر اساس همبستگی با آزمون میدلکس ۰/۵۵ و روایی همزمان خرده‌مقیاس‌های مذکور با آزمون میدلکس نیز به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ است که همگی معنادار بوده‌اند. واریانس انسجام درونی پرسش‌نامه سلامت روانی به طور کلی ۰/۸۹ و در خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ بوده است. در پژوهش‌های دیگری نیز به اعتبار و روایی قابل قبول این پرسش‌نامه اشاره شده است (هومن، ۱۳۷۶).

#### یافته‌ها

از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه مادران دارای کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی از نظر مؤلفه‌های سلامت عمومی استفاده گردید. مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس بررسی شد ( $F(959, 28/9, 50) = 11/04 P \leq 0/01$ ) که به لحاظ آماری معنی‌دار بود، اما تحلیل واریانس در شرایط بزرگ بودن حجم نمونه نسبت به این مفروضه مقاوم است.

فرزندان ۲ تا ۴ فرزند و سواد مادران بی‌سواد و پایان مقطع راهنمایی در نظر گرفته شد. در مرحله بعد با آنها تماس تلفنی برقرار شد و هماهنگی‌های لازم برای ملاقات انجام گرفت. در مرحله بعد با مراجعه به درب منزل پرسش‌نامه‌ها تکمیل و جمع‌آوری شدند.

#### ابزار

در این پژوهش به منظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت عمومی و ارزیابی علائم روانی آنها از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شد که یک پرسش‌نامه سرنندی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در نظام‌های بالینی برای شناسایی افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس است. نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانش‌وری اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. زیرمقیاس اول شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد. زیرمقیاس دوم شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند. زیرمقیاس سوم گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، آشکار می‌کند. و بالاخره چهارمین زیرمقیاس در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط‌اند. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. نحوه

جدول ۱. مقایسه آمار توصیفی مادران کودکان استثنایی و عادی از نظر مؤلفه‌های سلامت روانی

۳/۵۸	۸	۹۹	چندمعلولیتی	
۳/۷۱	۷/۴۱	۲۰۲	کم‌توان ذهنی	
۳/۷۵	۷/۲۵	۹۴	جسمی-حرکتی	علائم جسمانی
۲/۶۱	۶/۴۶	۵۸	آسیب بینایی و نابینا	
۳/۳۲	۶/۵۲	۶۳	ناشنوا و آسیب شنوایی	
۴/۴۴	۶/۵۷	۶۹	عادی	

۴/۷۱	۸/۲۷	۹۹	چند معلولیتی	اضطراب و کم خوابی
۴/۳۹	۸/۰۵	۲۰۲	کم توان ذهنی	
۴/۰۲	۷/۸۱	۹۴	جسمی-حرکتی	
۳/۹۵	۶/۱۳	۵۸	آسیب بینایی و نابینا	
۴/۲۵	۶/۸۲	۶۳	ناشنوا و آسیب شنوایی	
۴/۶۱	۵/۲۶	۶۹	عادی	
۳/۰۵	۸/۲۲	۹۹	چند معلولیتی	کارکرد اجتماعی
۳/۱۲	۷/۷۸	۲۰۲	کم توان ذهنی	
۳/۷	۷/۵۱	۹۴	جسمی-حرکتی	
۳/۹	۸/۴۱	۵۸	آسیب بینایی و نابینا	
۲/۶۴	۷/۶۹	۶۳	ناشنوا و آسیب شنوایی	
۴/۴۱	۱/۱۳	۶۹	عادی	
۴/۲۷	۴/۸۱	۹۹	چند معلولیتی	علائم افسردگی
۴/۸۳	۵/۷	۲۰۲	کم توان ذهنی	
۴/۹۶	۵/۷۶	۹۴	جسمی-حرکتی	
۴/۴	۵/۱۲	۵۸	آسیب بینایی و نابینا	
۳/۷۴	۴/۸۴	۶۳	ناشنوا و آسیب شنوایی	
۵/۲۴	۴/۵	۶۹	عادی	

نتایج بررسی اثر متغیر گروه (مادران کودکان چند معلولیتی، آهسته گام، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی و عادی) با استفاده از آزمون لامبدا و لیکرز روی ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت روانی حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ( $F(۲۰, ۱۹۱۱/۳) = ۳/۶$ ;  $P \leq ۰/۰۰۱$ ;  $\eta^2 = ۰/۰۳۰$ ) است.

جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های کودکان استثنایی و فرزندان مادران عادی در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی اثر گروه مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی روی مؤلفه‌های سلامت روانی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
گروه	علائم جسمانی	۱۵۹/۲۷	۵-۵۷۹	۳۱/۸۵	۲/۳۷	۰/۰۳۸	۰/۰۲۰
	اضطراب و کم خوابی	۵۲۵/۰۶	۵-۵۷۹	۱۰۵/۰۱	۵/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۰۴۵
	کارکرد اجتماعی	۳۵۳/۰۳	۵-۵۷۹	۷۰/۶۰	۶/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۴۹
	علائم افسردگی	۱۳۵/۰۷	۵-۵۷۹	۲۷/۰۱	۱/۲۳	۰/۲۸۹	۰/۰۱۱

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه در جدول ۲ می‌توان گفت که بین گروه‌های مادران کودکان چند معلولیتی، آهسته گام، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی با مادران کودکان عادی در نمره اصلی آزمون و شاخص علائم جسمانی ( $P \leq ۰/۰۰۵$ )، علائم افسردگی ( $F(۵۷۹, ۵) = ۱/۲۳$ ,  $P \leq ۰/۰۰۱$ )، تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نگردید.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه در جدول ۲ می‌توان گفت که بین گروه‌های مادران کودکان چند معلولیتی، آهسته گام، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی با مادران کودکان عادی در نمره اصلی آزمون و شاخص علائم جسمانی ( $P \leq ۰/۰۰۵$ )، علائم افسردگی ( $F(۵۷۹, ۵) = ۲/۳۷$ ,  $P \leq ۰/۰۰۱$ )، اضطراب و کم خوابی ( $P \leq ۰/۰۰۱$ )، تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نگردید.

جدول ۳. آزمون لامبدای ویکلز جهت بررسی گروه مادران کودکان استثنایی با مادران کودکان عادی در خرده‌مقیاس‌های سلامت روان

متغیر وابسته	گروه نرمال	گروه از نظر نوع معلولیت	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
علائم جسمانی	مادران کودکان عادی	چندمعلولیتی	-۱/۴۲۰۳	۰/۵۷۴۱۱	۰/۲۰۵
		کم‌توان ذهنی	-۰/۸۳۱۲	۰/۵۱۰۴۷	۱/۰۰۰
		جسمی-حرکتی	-۰/۶۷۵۶	۰/۵۸۰۳۵	۱/۰۰۰
		نابینا و آسیب بینایی	۰/۱۱۴۲	۰/۶۵۲۱۵	۱/۰۰۰
		ناشنوا و آسیب شنوایی	۰/۰۵۵۹	۰/۶۳۷۹۳	۱/۰۰۰
و اضطراب کم‌خوابی	مادران کودکان عادی	چندمعلولیتی	-۳/۰۱۱۹*	۰/۶۸۴۴۵	۰/۰۰۰
		کم‌توان ذهنی	-۲/۷۹۳۶*	۰/۶۰۸۵۷	۰/۰۰۰
		جسمی-حرکتی	-۲/۵۵۸۳*	۰/۶۹۱۸۸	۰/۰۰۴
		نابینا و آسیب بینایی	-۱/۶۵۲۹	۰/۷۷۷۴۸	۰/۵۰۹
		ناشنوا و آسیب شنوایی	-۱/۵۶۴۵	۰/۷۶۰۵۴	۰/۶۰۲
کارکرد علائم اجتماعی	مادران کودکان عادی	چندمعلولیتی	۱/۹۰۸۲*	۰/۵۳۶۹۵	۰/۰۰۶
		کم‌توان ذهنی	۲/۳۴۳۳*	۰/۴۷۷۴۲	۰/۰۰۰
		جسمی-حرکتی	۲/۶۱۹۸*	۰/۵۴۲۷۸	۰/۰۰۰
		نابینا و آسیب بینایی	۱/۷۱۶۶	۰/۶۰۹۹۳	۰/۰۷۶
		ناشنوا و آسیب شنوایی	۲/۴۲۳۰*	۰/۵۹۶۶۴	۰/۰۰۱
افسردگی علائم	مادران کودکان عادی	چندمعلولیتی	-۰/۳۱۰۹	۰/۷۳۲۳۰	۱/۰۰۰
		کم‌توان ذهنی	-۱/۲۰۰۷	۰/۶۵۱۱۲	۰/۹۸۵
		جسمی-حرکتی	-۱/۲۵۸۷	۰/۷۴۰۲۶	۱/۰۰۰
		نابینا و آسیب بینایی	-۰/۶۱۳۴	۰/۸۳۱۸۵	۱/۰۰۰
		ناشنوا و آسیب شنوایی	-۰/۳۳۴	۰/۸۱۳۷۱	۱/۰۰۰

شنوایی ( $M=۶/۵$ )، در خرده‌مقیاس علائم جسمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بین مادران گروه‌های استثنایی با مادران کودکان عادی ( $M=۶/۵۷$ ) نیز در مؤلفه علائم جسمانی تفاوتی مشاهده نگردید.

سؤال دوم این بود که آیا در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد یا نه. در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی بین ۵ گروه مادران کودکان چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی ( $M=۵/۲۶$ ) با چندمعلولیتی ( $M=۸/۲۷$ )، کم‌توان ذهنی ( $M=۸/۰۵$ )، جسمی-حرکتی ( $M=۷/۸۱$ ) در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید. در حالی که بین مادران عادی با نابینا و

نتایج آماره لامبدای ویکلز جهت بررسی اثر متغیر گروه (مادران کودکان چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی و عادی) روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار گروه‌ها ( $\eta^2 = ۰/۰۳۰$ ؛  $P \leq ۰/۰۰۱$ ؛  $F(۳/۱۹۱۱) = ۳/۶$ ) بود. جهت بررسی اثر گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک-متغیره استفاده شد.

سؤال اول این بود که آیا در مؤلفه علائم جسمانی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد یا خیر. نتایج آزمون بونفرونی حاکی از آن بود که بین ۵ گروه مادران کودکان چندمعلولیتی ( $M=۸/۰۰$ )، کم‌توان ذهنی ( $M=۷/۴۲$ )، جسمی-حرکتی ( $M=۷/۲۵$ )، نابینا و آسیب بینایی ( $M=۶/۴۶$ )، ناشنوا و آسیب

در این گروه‌ها را می‌توان به علت مشکلات مشابه در این مادران دانست که باعث شده میانگین این گروه‌ها تفاوت معناداری با هم نداشته باشد. بین مادران گروه‌های استثنایی با مادران کودکان عادی نیز در مؤلفه علائم جسمانی تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

نتایج این پژوهش با یافته‌های سالیسبوری (۱۹۸۷، به نقل از امیری مجد، ۱۳۸۲)، کازاک و کریستاکیس (۱۹۹۴، به نقل از حسین نژاد، ۱۳۷۵)، هوسر و سلیگمن (۱۹۹۱) و بوئکا ترس و رودر (۱۹۹۹) و افروز و ارجمندنی (۱۳۹۱) هم‌سو است و با یافته‌های فاربر (۱۹۷۵)، به نقل از بوراک، هداپ و زیگلر، (۱۹۹۸)، ایورز و درتار (۱۹۹۶)، وودگیت (۱۹۹۸) و هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) متناقض است. محققان عوامل بسیاری را برای توجیه این تعارض‌ها بیان کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به نوع پاسخ خانواده به رویداد استرس‌زا، رفتارهای مقابله‌ای مناسب، سن والدین، سن کودکان، منبع اقتصادی - اجتماعی و غیره اشاره کرد. فدرستون (۱۹۸۰) به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) معتقد است اضطراب و استرس برای تمامی خانواده‌ها وجود دارد، آنچه مهم است چگونگی پاسخ‌های متفاوت به آن بر اساس عوامل خانوادگی و خارج از محیط خانواده است. وی اعتقاد دارد بر اساس شواهد نمی‌توان گفت والدین کودکان عادی یا استثنایی کدامیک استرس بیشتری دارند، زیرا عواملی مانند فقدان حمایت‌های اجتماعی و خصوصیات رفتاری کودک در میزان استرس والدین نقش دارند. اگرچه موقعیت‌ها برای افراد خانواده‌های کودکان معلول غیرمنصفانه به نظر می‌رسد، اما والدین و دیگر اعضای خانواده این کودکان یاد گرفته‌اند که با پاسخ‌های درست خود از عهده مشکلات برآیند. همچنین ماتنی و همکاران (۱۹۸۶)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) بحث عمیقی را در خصوص منابع شیوه‌های

آسیب بینایی ( $M=6/9$ )، ناشنوا و آسیب شنوایی ( $M=6/82$ ) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد.

سؤال سوم این بود که آیا در مؤلفه کارکرد اجتماعی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟ در مؤلفه کارکرد اجتماعی بین ۵ گروه مادران کودکان چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی ( $M=10/13$ ) با چندمعلولیتی ( $M=8/22$ )، کم‌توان ذهنی ( $M=7/78$ )، جسمی- حرکتی ( $M=7/51$ ) و ناشنوا و آسیب شنوایی ( $M=7/69$ ) در مؤلفه کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده شد. درحالی‌که بین مادران عادی با مادران نابینا و آسیب بینایی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نگردید.

و سؤال چهارم این بود که آیا در مؤلفه افسردگی بین گروه‌های آزمودنی (مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی) تفاوت وجود دارد؟ در مؤلفه افسردگی بین ۵ گروه مادران کودکان چندمعلولیتی ( $M=4/8$ )، کم‌توان ذهنی ( $M=5/7$ )، جسمی حرکتی ( $M=5/76$ )، نابینا و آسیب بینایی ( $M=5/12$ )، ناشنوا و آسیب شنوایی ( $M=4/84$ )، در خرده‌مقیاس افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بین مادران گروه‌های استثنایی با مادران کودکان عادی ( $M=4/5$ ) نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

#### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون بونفرونی حاکی از آن بود که بین ۵ گروه مادران کودکان استثنایی (چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) در خرده‌مقیاس علائم جسمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. موضوع عدم تفاوت

یافته‌های امرسون (۲۰۰۳) هم‌سو است که بیان می‌کند واکنش‌های اضطراب و کم‌خوابی در مادران کودکان استثنایی بیشتر از مادران کودکان عادی است. در تبیین این نتیجه باید گفت که مهم‌ترین مسئله و شاید مشکل‌آفرین‌ترین مسئله مربوط به یک کودک استثنایی در خانواده، بعد تربیتی آن باشد و بیشترین بار تربیتی این مسئله بر عهده مادر است. وجود کودک معلول از هر گروه می‌تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش مادر باشد، به‌خصوص در فرهنگ ما که مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند. بنابراین بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت فرزند ممکن است به اضطراب و کم‌خوابی منجر شود. لذا مادری که در مدت ۹ ماه بارداری در انتظار یک فرزند سالم برنامه‌ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد. طبیعی است که با متولد شدن بچه کم‌توان ذهنی یا چندمعلولیتی و یا جسمی- حرکتی احساس اضطراب کند. همچنین این نتایج با یافته‌های روزن (به نقل از احدی، ۱۳۶۹) هم‌سو است که اظهار می‌کند واکنش مادران نسبت به معلولیت فرزندان خود به دو دسته تقسیم می‌شود، واکنش‌های زود گذر و واکنش‌های پایدار. واکنش‌هایی مانند احساس گناه و اضطراب جزء واکنش‌های پایدار هستند که فضای خانواده و چرخه روابط خانوادگی را در سال‌های بعد تحت تأثیر قرار می‌دهند.

در تبیین پایین بودن اضطراب و کم‌خوابی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا نسبت به کودکان کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی و چندمعلولیتی باید به این نکته توجه کرد که مادران کودکان نابینا و ناشنوا ممکن است اضطراب کمتری داشته باشند، زیرا مشکلات این کودکان در زمینه مسائل آموزشی و تربیتی، انجام کارهای شخصی توسط خودشان و وجود هوشبهر طبیعی و نگرش مثبت‌تر فرهنگ جامعه به این کودکان و در نتیجه پیشرفت تحصیلی مناسب‌تر به نسبت کودکان کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی و چندمعلولیتی اضطراب کمتری نسبت به

کارآمد در مقابله با استرس خانواده‌ها مطرح کرده‌اند که حمایت‌های اجتماعی، اعتقادات، ارزش‌ها و میزان مذهبی بودن افراد، عزت نفس و راهبردهای مقابله‌ای از آن جمله هستند.

گیلبرت (۱۹۹۹) معتقد است والدین در برخورد با استرس‌ها و سازگاری با مشکلات از الگوهایی استفاده می‌کنند که شیوه‌های مقابله‌ای نام دارد. اگر این شیوه‌های مقابله‌ای شامل برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی- عاطفی و غیره باشد، شیوه‌های مقابله‌ای که به‌کار برده شده مفید، اما اگر شامل رفتارهای منفی و انکار باشد، غیرمفید است. پژوهش نافل، بریت مایر، گالو و زوئلر (۱۹۹۶) که در خانواده‌های با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام گرفت، نشان داد خانواده‌هایی که شیوه‌های مقابله‌ای خودمدیریتی را در برخورد با مشکلات انتخاب کرده بودند، استرس کمتری داشتند.

شاید یکی دیگر از موارد قابل تبیین برای فقدان تفاوت‌های معنادار، سن و سواد مادران کودکان معلول باشد. مادران جوان‌تر، بیشتر از مادران مسن تحت تأثیر وجود فرزند استثنایی دچار بیماری قرار می‌گیرند و این تأثیر در مادران باسواد به مراتب شدیدتر از مادران بی‌سواد است (شریعتی و داورمنش، ۱۳۶۳) که در پژوهش حاضر مادران مسن و اکثراً بی‌سواد بودند بنابراین امکان اینکه تأثیر کودکان استثنایی بر آنها زیاد باشد کمتر است.

در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی بین ۵ گروه مادران کودکان استثنایی (چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی با چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی- حرکتی در مؤلفه اضطراب و کم‌خوابی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید. درحالی‌که بین مادران عادی با نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. این نتایج با



و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. بین مادران کودکان عادی با چند معلولیتی، کم توان ذهنی، جسمی-حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی در مؤلفه کارکرد اجتماعی تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده شد. در حالی که بین مادران کودکان عادی با مادران کودکان نابینا و آسیب بینایی، تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده نشد. با توجه به اینکه تمام گروه‌های استثنایی تحت فشارهای مختلف هستند این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد که بین گروه‌های مختلف استثنایی از لحاظ کارکرد اجتماعی تفاوتی وجود نداشته باشد و همه گروه‌ها به جز والدین کودکان نابینا در این مؤلفه پایین‌تر از مادران کودکان عادی باشند. این یافته‌ها با یافته‌های ایورز، درتار (۱۹۹۶) و وودگیت (۱۹۹۸) و هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) هم‌سو است. جری (۱۹۸۹) در مطالعات خود دریافت که ویژگی‌های خاص اختلال کودک، مزمن بودن مشکلات کودک، ادراک خانواده از عوامل استرس‌زا و شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده بر کارکرد اجتماعی خانواده‌های کودکان معلول تأثیر دارد. به نظر والتون (۱۹۹۳) رشد مهارت‌های خودآگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای به کاهش مشکلات اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوانی منجر می‌شود. آسیب شنوایی، کم‌توانی ذهنی، اختلالات جسمی-حرکتی و معلولیت‌های چندگانه، از جمله اختلالاتی است که با استرس‌های فراوان بر خانواده همراه است. این استرس در تمام طول زندگی ادامه دارد و در هر مقطع که کودک وارد مرحله جدیدی از زندگی می‌شود استرس‌های والدین بار دیگر افزایش می‌یابد و بر کارکرد اجتماعی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (مارشارک، ۲۰۰۷).

علاوه بر این شدت ناتوانی کودک با کارکرد اجتماعی مادران رابطه دارد، بدین معنا که با شدت ناتوانی کودک، سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی

سایر گروه‌های کودکان استثنایی ایجاد می‌کند و ممکن است این کودکان از این حیث با کودکان عادی تفاوت معناداری نداشته باشند. نتایج این تحقیق با یافته‌های ویزبرن و همکاران (۲۰۰۷) مغایر بود که به این نتیجه رسیده بودند که مادران کودکان مبتلا به آسیب بینایی نسبت به مادران کودکان عادی تنیدگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین مغایرت این نتیجه باید گفت که ممکن است عوامل فرهنگی و مذهبی که به‌عنوان یک منبع حمایتی قوی عمل می‌کند میزان اضطراب را در این خانواده‌های ایرانی پایین آورده باشد.

علاوه بر این باید به این نکته توجه کرد که برای افزایش سلامت روان والدین کودکان معلول راه‌حل‌های متفاوتی وجود دارد و مسئله اساسی که باید مورد توجه قرار گیرد، این است که باید هدف‌ها و راهبردهای اجرای برنامه و خدمات مشاوره‌ای انعطاف‌پذیر باشد و از تعمیم نیازهای مادران اجتناب شود یعنی نباید تصور شود که نیاز خانواده‌ها به‌طور کامل مشابه یکدیگر است (احمدپناه، ۱۳۸۲). باید به این نکته هم اشاره کرد به‌جای تأکید بر تفاوت گروه‌های مختلف خانواده‌ها بهتر است به عواملی که روی آشفتگی‌ها، سلامت روان خانواده و سازگاری والدین با معلولیت فرزندانشان تأثیر می‌گذارد توجه بیشتری شود. عوامل مداخله‌کننده بسیاری مثل نوع معلولیت، خصوصیات کودک، وابستگی و نیازهای مراقبتی، مشکلات رفتاری و محدودیت‌های ارتباطی، سن کودک و همچنین سن والدین، میزان تحصیلات، پایگاه فرهنگی و سطح اقتصادی-اجتماعی و همچنین زمینه‌های مذهبی (بوراک، هداپ و زیگلر، ۱۹۹۸) از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که بر سطح اضطراب والدین تأثیر می‌گذارند.

بر اساس یافته‌های پژوهش در مؤلفه کارکرد اجتماعی بین ۵ گروه مادران کودکان استثنایی (چند معلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا

معنی‌داری مشاهده نگردید. نتایج این پژوهش با یافته‌های دیسون (۱۹۹۷) هم‌سو است که به این نتیجه رسید این مادران در میزان افسردگی، استرس، حمایت اجتماعی خانوادگی یا کارکرد خانوادگی با والدینی که دارای فرزند عادی هستند، تفاوتی ندارند. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات لوتون (۲۰۰۳) مغایر است که به این نتیجه رسید که میزان افسردگی مادران دارای کودکان استثنایی بیش از مادران دارای فرزند عادی است. در تبیین این یافته متفاوت باید این نکته را یادآوری کرد که عوامل گوناگونی می‌تواند بر سلامت روان و افسردگی مادران کودکان استثنایی تأثیر داشته باشد، از جمله توانایی‌های شخصی مادران، ارزیابی مثبت مادران از خود، وضعیت اقتصادی رضایت‌بخش، مهارت‌های حل مسئله، شدت ناتوانی کودکان استثنایی، حمایت‌هایی که مادران از دوستان و متخصصان دریافت می‌کنند، سطح تحصیلات مادران، احساس امنیت و رضایت از روابط زناشویی و قابل وصول بودن حمایت‌های اجتماعی از جمله عواملی است که در سلامت روان و میزان افسردگی والدین مؤثر است.

شاید یکی دیگر از موارد قابل تبیین در خصوص فقدان تفاوت‌های معنادار، سن و سواد مادران کودکان معلول باشد. مادران جوان‌تر، بیشتر از مادران مسن تحت تأثیر وجود فرزند استثنایی دچار بیماری قرار می‌گیرند و این تأثیر در مادران باسواد به مراتب شدیدتر از مادران بی‌سواد است (شریعتی و داورمنش، ۱۳۶۳). در پژوهش حاضر مادران مسن و اکثراً بی‌سواد بودند، بنابراین امکان اینکه تأثیر کودکان استثنایی بر آنها زیاد باشد کمتر است. در پایان با توجه به نتایج تحقیقات متعدد اشاره به این نکته ضروری است که به‌جای اینکه بر تفاوت گروه‌های مختلف خانواده تأکید شود، بهتر است به عواملی که روی آشفته‌گی‌ها، سلامت روان خانواده و سازگاری والدین با معلولیت فرزندشان تأثیرگذار هستند توجه بیشتری شود. عوامل مداخله‌کننده بسیاری مثل نوع

مادران کاهش می‌یابد. کودکان با معلولیت‌های چندگانه و جسمی-حرکتی اغلب به مراقبت‌های خاص و طولانی مدت نیاز دارند، به همین دلیل است که خانواده‌های دارای کودکان سالم از سلامت فیزیکی و روانی بیشتری برخوردار هستند. والدین کودکان چندمعلولیتی و جسمی-حرکتی، برای انجام کارها و نیازهای ویژه کودکان خود مانند حمام بردن، حمل و نقل، غذا دادن و غیره زمان زیادی را صرف می‌کنند و بیشتر مبتلا به دردهای مزمن و اختلالات اجتماعی می‌شوند که این یافته‌ها با پژوهش‌های یاستر، اتکین، اکر و ونگ و پروتی و امرسون (۲۰۰۳) هم‌سو است. آنها به این نتیجه رسیدند که مادران چنین کودکانی بیشتر در معرض خطرات و مشکلات ارتباطی هستند. میزان تعاملات روانی- اجتماعی مادران کودکان استثنایی، کمتر از میزان تعاملات روانی- اجتماعی مادران کودکان عادی است که در این موارد باعث جدا شدن یا طلاق بین آنها می‌شود. در تبیین اینکه چرا کارکرد اجتماعی مادران کودکان نابینا تفاوت معناداری با مادران کودکان عادی ندارد باید گفت کودکان نابینا به دلیل مشکلات شناختی کمتر، امکانات و شرایط آموزشی و تربیتی بهتر و پیشرفت تحصیلی مناسب‌تر، ارائه خدمات حمایتی بهتر از طرف سازمان‌ها و منابع اجتماعی، نگرش مثبت‌تر جامعه و امکان اشتغال و ازدواج، فشار روانی کمتری بر مادران وارد می‌کنند و در نتیجه کارکرد اجتماعی مناسب‌تری در بین این مادران وجود دارد. به‌علاوه در این زمینه عوامل بی‌شماری از جمله میزان درآمد خانواده، میزان تحصیلات والدین، شدت معلولیت و نگرش والدین مؤثر است (احمدپناه، ۱۳۸۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش در مؤلفه افسردگی بین ۵ گروه مادران کودکان استثنایی (چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) در خرده‌مقیاس افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بین مادران گروه‌های استثنایی با مادران کودکان عادی نیز تفاوت

خانواده‌های دارای کودک کم توان ذهنی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودک عادی شهرستان زاهدان (پایان نامه کارشناسی ارشد). انستیتو روان پزشکی، تهران.

دادخواه، ع. (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی. *مجله توانبخشی ایران*، ۷(۱۰)، ۳۶-۳۷.

داور منش، ع.، و شریعتی، ن. (۱۳۶۳). *آموزش و توانبخشی کودکان معلول ذهنی*. تهران: چاپ کوثر.

صیدی، م.، و کاکابرابی، ک. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی و والدین کودکان عادی. کنفرانس روان‌شناسی کودکان و بزرگسالان.

موللی، گ.، و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا. *فصلنامه شنوایی شناسی*، ۱۸(۱ و ۲)، ۱-۱۱.

مهرابی‌زاده هنرمند، م.، نجاریان، ب.، و مسعودی، م. (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲(۱)، ۱۸۷-۲۰۰.

هالاها، د. پی.، و کافمن، ج. (۱۳۸۴). کودکان استثنایی «در زمینه تعلیم و تربیت ویژه» (ترجمه فرهاد ماهر). تهران: انتشارات رشد.

هومن، ع. (۱۳۷۶). *استاندارداری و هنجاریابی پرسش نامه سلامت عمومی روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.

Allik, H., Larsson, J., & Smedje, H. (2009). Health related quality of life in parent of school age children with a sperser syndrome or high functioning autism. *Mat Child Health J.*, 11, 73-9.

Boekaerts, M., & Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic diseases. A review of the Literature. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 311-337.

Burack, J. A., Hodapp, R. M., & Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. US: Cambridge university press.

Chen, T. Y. K., & Tang, C. S. K. (1997). Stress appraisal and social support of Chinese mothers of adult children with mental retardation. *American journal of mental retardation: AJMR*, 101(5), 473 482.

Cherry, D. B. (1989). Stress and coping in families with ill or disabled children: Application of a model to pediatric therapy. *Physical and occupational therapy in pediatrics*, 9(2), 11-32

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), 267-279.

معلولیت، خصوصیات کودک، وابستگی و نیازهای مراقبتی، مشکلات رفتاری و محدودیت‌های ارتباطی، سن کودکان و همچنین سن والدین و پایگاه فرهنگی و سطح اقتصادی- اجتماعی از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که بر سلامت روان خانواده تأثیر بسزایی دارند. نتایج تحقیق نشان داد سلامت روان مادران دارای دو کودک استثنایی در مقایسه با مادران کودکان عادی در حد پایین‌تری قرار دارد. بنابراین وجود کودکان استثنایی باعث افزایش اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و بیماری‌های جسمانی در مادران کودکان استثنایی می‌شود. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که توجه به نیازها و فراهم کردن خدمات و امکانات برای رفع این نیازها و مشکلات و آموزش‌های مختلف به این گروه می‌تواند موجب افزایش سلامت روان در آنان شود.

## منابع

احدی، ح.، و بنی جمال، ش. (۱۳۶۹). *بهداشت روان و کم‌توانی ذهنی* (چ. اول). تهران: نشر نی.

احمدپناه، م. (۱۳۸۰). تأثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، (۱).

احمدپناه، م. (۱۳۸۱). *توانبخشی مبتنی بر جامعه*. مقاله ارائه شده به نهمین سمینار کاردرمانی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی تهران.

احمدپناه، م. (۱۳۸۲). *راهنمای نظری و مبانی عملی جهت‌یابی و تحرک افراد با آسیب بینایی* (چ. اول). تهران: نشر پژوهشکده کودکان استثنایی.

ارجمندنیان، ع.، و افروز، غ. (۱۳۸۵). مقایسه رضایتمندی زوجیت والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۵(۲۰)، ۳۱۸-۳۳۶.

امیری مجد، م. (۱۳۸۲۹). بررسی و مقایسه تأثیر کودک نابینا و بینای ۱۲-۷ ساله بر واکنش‌های عاطفی والدین (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی.

بیرشک، ب. (۱۳۷۰). *طلاق و جدایی، رویداد استرس بر خانواده*. سمپوزیوم استرس، دانشکده علوم پزشکی و توانبخشی تهران.

حسین‌نژاد، م. (۱۳۷۵). بررسی و مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر و کودکان معلول جسمی- حرکتی با کودکان عادی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی.

ریحانی، ر. (۱۳۷۴). بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله

- Eker L, EH. (2004). An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 26(23), 1354-9.
- 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(4-5), 385-399.
- Gavidia-Payne, S., & Stoneman, Z. (1997). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. *Child Development*, 68(4), 701-717.
- Gilbert, M. C. (1999). Coping with pediatric migraine. *Social Work in Health Care*, 28(3): 21-38.
- Hamzat, T. K., & Mordi, E. L. (2007). Impact of caring for children with cerebral palsy on the general health of their caregivers in an African community. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(3), 191.
- Iveres, C. E., & Drotar, D. (1996). Family and Parental functioning in cystic fibrosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(1), 48-55.
- Lawton, D. (1998). *Complex numbers: families with more than one disabled child*.
- Lenke, M. C., & Marschark, M. (2006) *Raising and educating a deaf child*. New York: Oxford university press.
- Mitchell, S. J., Hilliard, M. E., Mednick, L., Henderson, C., Cogen, F. R., & Streisand, R. (2009). Stress among fathers of young children with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 27(4), 314.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
- Paster, A., Brandwein, D., & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1337-1342.
- Pruthi, G. K., & Mohta, A. (2010). Psychosocial burden and quality of life in parents of children with anorectal malformation. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 15(1), 15.
- Richenberg, A., Gross, R. (2010). Advancing parental age autism. *ARCH Gen Psychol.*, 63, 1026-32.
- Seligman, M., & Darling, R. B. (1997). *Ordinary families, Special children. A systems approach to childhood disability* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford.
- Walton, W. T. (1993) Parenting a child with a cochlear implant: a critical incident study. *Journal of Deaf studies and Deaf Education* 12 (2). 221-241.
- Wang, M., Turnbull, A. P., Summers, J. A., Little, T. D., Poston, D. J., Mannan, H., & Turnbull, R. (2004). Severity of disability and income as predictors of parents' satisfaction with their family quality of life during early childhood years. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29(2), 82-94.
- Waisbren, S. E., Noel, K., Fahrback, K., Cella, C., Frame, D., Dorenbaum, A., & Levy, H. (2007). Phenylalanine blood levels and clinical outcomes in phenylketonuria: a systematic literature review and meta-analysis. *Molecular genetics and metabolism*, 92(1), 63-70.
- Woodgate, R. L. (1998). Adolescents' perspectives of chronic illness: "It's hard". *Journal of pediatric nursing*, 13(4), 210-223.
- Zaidman-zait, A. (2007). Parenting a child with a cochlear implant: A critical incident study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(2), 221-241.
- Zoeller, L. (1996). Family response to childhood chronic illness: Description of management styles. *Journal of pediatric Nursing*, 11(5), 315-326.