

## مقایسه سلامت روان، رضایت زناشویی و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی

رزینا سعیدی<sup>۱</sup>، احمد جدیدیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد سمنان  
<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی، عضو هیئت علمی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد سمنان

نویسنده مسئول:

رزینا سعیدی

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال ششم)  
شماره ۲۱ / پاییز ۱۳۹۹ / ص ۱۳۸-۱۲۹

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان، رضایت زناشویی و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی اجرا شد. روش پژوهش از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه والدین دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی و راهنمایی منطقه ۵ تهران در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی تعداد ۶۰ نفر از آنان (۳۰ نفر والدین دانش آموزان کم توان ذهنی و ۳۰ نفر والدین دانش آموزان عادی) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه ی سلامت عمومی، مقیاس سازگاری زن و شوهر گراهام بی اسپنیر و پرسشنامه ی تاب آوری کونرو و دیویدسون بود. داده های پژوهش با استفاده از شیوه تحلیل واریانس چند متغیری و واریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که والدین دانش آموزان کم توان ذهنی نسبت به والدین دانش آموزان عادی به گونه ی معنی داری از سلامت روانی پایین تر ( $P < 0/0001$ ) رضایت زناشویی پایین تر ( $P < 0/0001$ )، و تاب آوری پایین تر ( $P < 0/0001$ ) برخوردار هستند.

**کلمات کلیدی:** سلامت روان، رضایت زناشویی، تاب آوری، مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی

## مقدمه:

کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد. والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازگاری با عضو جدید تحمل کنند. تولد یک کودک ناتوان می تواند اثرات عمیقی بر خانواده داشته باشد و از آنجایی که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار می باشد، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد تأثیر می گذارد (رابینسون و رابینسون، ۱۳۷۷). هیچ پدر و مادری دوست ندارند فرزند کم توان ذهنی به دنیا آورند، ولی وقتی این اتفاق افتاد، والدین نیازمند ساخت زدایی زندگی شان در این مورد هستند که چگونه می توانند نیازهای فرزندان شان را برآورده 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 (فرناندز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). وقتی والدین، یک کودک کم توان ذهنی را به دنیا می آورند کارکردهای روان شناختی خانواده به هم می خورد که در سطح کلان سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده را تحت الشعاع قرار داده و در سطح خرد نیز مهم ترین کارکردهای روان شناختی خانواده را همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، تفریح و سرگرمی، ارزش های اخلاقی و مذهبی ساختار و سازمان، رفت و آمد با اطرافیان، اتحاد کنترل و حل مسأله را تحت تأثیر خود قرار می دهد (آلیری و همکاران، ۱۳۸۴).

واقعیت های ادبیات تحقیقی بیانگر استعداد فزاینده والدین دارای فرزند کم توان ذهنی به شماری از مشکلات سلامتی همچون مشکلات سلامت روان است. یافته ها نشان می دهد که تمام والدین دارای کودک کم توان ذهنی دارای مشکلات روان پزشکی هستند که این خود به درک و توانایی آنها برای حمایت از فرزند کم توانشان مفید است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گسترده مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده اند. بسیاری از آن ها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده اند. همچنین، والدین این کودکان سردرگمی فقدان و مشقت زیادی را تجربه می کنند (فاست و سیسور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

هنگامی که والدین دریابند چیزی در فرزندانشان غیر عادی است ضربه ای شدید بر آنها وارد می شود و در چنگال بی باوری و فشاری گرفتار می آیند که بر سراسر عمر والدین و فرزند معلول و نیز ارتباط در روابط عادی خانوادگی - اجتماعی آنان 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 نیز بر والدین دارد (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷؛ به نقل از میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱). یافته های پژوهش ها نشان داده اند که اثر ناتوان کنندگی و آسیب رسان حضور کودک کم توان ذهنی بر خانواده و به ویژه مادران، بستگی به عوامل مختلفی مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی کودک، میزان حمایت های در دسترس خانواده و ویژگیهای شخصیتی افراد درگیر دارد (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱). خانواده های کودکان کم توان ذهنی مشکلات مالی، کاهش میزان آرامش خاطر و آسودگی معمول خانوادگی و تعامل اجتماعی ضعیف فاحشی داشته و این موضوع تأثیر بیمارگونه ای بر جسم و سلامت روان اعضای خانواده بر جای می گذارد. والدین این کودکان، سطح تحصیلی و وضعیت اقتصادی اجتماعی پا بین تر و در مقابل، نمرات نوروزگرایی به طور معنی دار بالاتری را داشته و سازگاری زناشویی آن ها نیز کمتر است (سینقی و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). همچنین این گونه والدین، میزان تعارضات بیشتری با فرزندان شان داشته و تعامل مثبت کمتری با آن ها دارند (استونمن و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸) و همچنین مشکلات رفتاری بیشتری هم نشان می دهند (گس و گوینلی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷). نتایج تحقیقات کریستنسن<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نشان می دهد که والدین کودکان کم توان ذهنی، مشکلات مراقبتی بیشتری حتی با فرزندان سالم خود دارند و به طبع آن خواهر و برادران آن ها هم مشکلات زیادی در تعامل و ارتباط با سایر اعضا به خصوص با پدران شان و همچنین، با همسالان و معلمان شان دارند.

بر اساس اعلام سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵ در کشور حدود ۲ میلیون و هشت هزار معلول وجود دارد که از این تعداد ۲۸۷۹۵ هزار نفر آنان را افراد کم توان ذهنی تشکیل می دهند (به نقل از کوهسالی و همکاران، ۱۳۸۷). بنابراین تعداد قابل توجهی از خانواده ها در جامعه

1- Fernandes

1- Faust and Scior

1- Singhi et al

2- Stoneman et al

3- Gath and Guineily

ایرانی از اثرات منفی داشتن یک کودک کم توان ذهنی و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می برند، که این عوامل می توانند، ثبات خانوادگی را برهم زده و باعث به هم ریختگی سازمان خانواده شوند. با توجه به مواردی که بیان شد در پژوهش حاضر سؤال اصلی این است که آیا داشتن کودک کم توان ذهنی بر سلامت روان رضایت زناشویی و تاب آوری مادران تاثیر دارد؟ و این که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی در متغیرهای سلامت روان، رضایت زناشویی و تاب آوری چه وضعیتی دارند؟

## روش تحقیق

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. بدین منظور برای بررسی مقایسه‌ی سلامت روان، سازگاری زناشویی و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی، پرسش نامه‌های سلامت روان، سازگاری زناشویی و تاب آوری در بین آزمودنی‌ها توزیع شده و پس از تکمیل شدن، جمع آوری گردید. جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده‌ی کلیه‌ی والدین دختران دانش آموز دوره‌ی ابتدایی و راهنمایی می‌باشد که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مدارس استثنایی و عادی منطقه‌ی ۵ شهر تهران مشغول به تحصیل بوده‌اند. در این تحقیق حجم نمونه تعداد ۶۰ نفر از والدین دانش آموزان (۳۰ نفر از والدین دانش آموزان استثنایی و ۳۰ نفر از والدین دانش آموزان عادی) است، که به منظور نمونه‌گیری از شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شده است. به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا پژوهشگر به اداره کل آموزش و پرورش استان تهران مراجعه و بعد از دریافت معرفی نامه به اداره آموزش و پرورش شهر تهران و سپس به اداره‌ی آموزش و پرورش منطقه‌ی ۵ تهران مراجعه نموده و پس از انجام هماهنگی‌های اداری لازم، لیست مدارس ابتدایی و راهنمایی دخترانه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ دریافت نموده است. در ادامه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، مدارس نمونه پژوهش انتخاب و ضمن مراجعه به مدارس مذکور و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدارس یاد شده، در زمان‌های تعیین شده به مدارس مراجعه و پرسش نامه‌های مربوط به پژوهش (بعد از ارائه‌ی توضیحات لازم توسط پژوهشگر در زمینه پرسشنامه‌های مربوطه و شیوه تکمیل آنها) بین والدین دانش آموزان دانش آموزان توزیع و پس از تکمیل توسط آنها، جمع آوری شده است. مراحل ذکر شده فوق در یک دوره‌ی زمانی یک ماه و نیمه یعنی از پانزدهم مهر ماه ۱۳۹۳ تا پایان آذر ماه ۱۳۹۳ انجام پذیرفته است.

## ابزار:

### ۱- پرسشنامه سلامت عمومی

برای جمع آوری اطلاعات مربوط به سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرنبدی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹). هدف اصلی این پرسشنامه تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست. منظور اصلی آن تمایز بین بیمار روانی و سلامت است و این پرسشنامه به طور وسیعی به منظور سنجش اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است. این پرسش نامه را می‌توان برای نوجوانان و بزرگسالان و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته کننده در زندگی استفاده نمود (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). از دیدگاه گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) پرسشنامه سلامت عمومی، شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید پرسش نامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی و ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روابی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است. سوال‌های این پرسشنامه چهار گزینه دارند که نمره‌ای از صفر تا ۳ به آنها تعلق می‌گیرد. از مجموع نمرات سوالات هر مقیاس نمره فرد در آن مقیاس و نیز از مجموع نمرات ۴ مقیاس یاد شده، نمره کلی سلامت روانی فرد بدست می‌آید. برای جمع‌بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمولی ۱، بیش از حد معمول ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. سؤالات شماره ۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، و ۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در

1- General Health Questionnaire

2- Goldberg and Hillier

هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است و برای آن که توصیف بهتری از وضعیت سلامت روان نمونه تحقیق داشته باشیم نمرات به دست آمده آن ها را از تمام گویه ها با یکدیگر جمع می کنیم و آن ها را به سه گروه دسته بندی می کنیم. از آن جا که ۲۸ سؤال در نظر گرفته شده بود، برای هر گویه نمره ای از ۰ تا ۳ به نسبت پاسخ ها داده ایم. از لحاظ نظری هر پاسخگو نمره ای بین ۰ تا ۸۴ به دست می آورد. لازم به ذکر است براساس ویژگی پرسشنامه و نوع نمره دهی به پاسخ ها، افزایش نمره نشانه کاهش سلامت روان می باشد (همان منبع). پایایی و روایی پرسشنامه در خارج و داخل بررسی شده است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری (۱۹۸۹) پایایی ۸۲٪ را برای آن به دست آورده اند (به نقل از هاشم زاده و همکاران، ۱۳۷۹). در پژوهش میر حکاک (۱۳۸۰) پایایی ۸۶٪ برای این پرسشنامه به دست آمده است. در پژوهشی به منظور مطالعه روایی پرسشنامه فوق از دو روش روایی همزمان و همبستگی خرده مقیاس های پرسشنامه با نمره کل استفاده شد که ضریب همبستگی بین خرده مقیاس های پرسشنامه با نمره کل بین ۷۲٪ تا ۸۷٪ متغیر بوده است (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰).

## ۲- پرسشنامه تاب آوری کونرو و دیوید سون

برای سنجش تاب آوری، از پرسشنامه ی تاب آوری کونرو و دیویدسون (CD-RTS9) (۲۰۰۳) استفاده شده است. پرسشنامه ی تاب آوری کونرو و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بر اساس این مقیاس، نمره ۱ برای (کاملاً نادرست) و نمره ۵ برای (همیشه درست) داده می شود. دامنه نمره گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران ترجمه و پایایی آن را گزارش کرد. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجار یابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره ی کل به جز گویه ۳ ضرایبی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونرو و دیویدسون از آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی ۱۳۸۴).

## ۳- مقیاس سازگاری زناشویی

برای اندازه گیری میزان رضایت زناشویی در این پژوهش از مقیاس سازگاری زن و شوهر گراهام بی اسپنیر (DAS)<sup>۱</sup> استفاده شده است. این مقیاس با ۳۲ ماده در سال ۱۹۷۶ توسط اسپنیر، به منظور سنجش میزان سازگاری و رضایت زناشویی تهیه شد. این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. می توان با بدست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می سنجد. این چهار بعد از این قرار است: رضایت دو نفری<sup>۱۱</sup>، همبستگی دو نفری<sup>۱۲</sup>، توافق دو نفری<sup>۱۳</sup> و ابراز محبت<sup>۱۴</sup>. با تغییراتی در این ابزار می توان از آن برای مصاحبه نیز استفاده کرد. نمره گذاری پاسخ های آزمودنی ها در این مقیاس نیز به شیوه لیکرت است که درجه بندی پاسخ ها متفاوت است. «مقیاس سازگاری زن و شوهر» سه نوع مقیاس متفاوت رتبه بندی به دست می دهد. حداقل نمرات به دست آمده از این مقیاس که نشانگر عدم سازگاری زناشویی است صفر و حداکثر نمره که در مقابل بالاترین سطح سازگاری زناشویی را نمایش می دهد ۱۵۱ است (ملازاده ۱۳۸۱). نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است، و با «مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس»<sup>۱۵</sup> همبستگی دارد (ملازاده، ۱۳۸۱). در ایران ملازاده (۱۳۸۱) پایایی مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و میزان روایی هم زمان آن با پرسش نامه سازگاری زناشویی لاکه والاس را برابر ۰/۹۰ گزارش نمود.

<sup>1</sup>- Dyadic Adjustment Scale (DAS)

<sup>1</sup>- Dyadic Satisfaction (DS)

<sup>2</sup>- Dyadic cohesion (DCoh)

<sup>3</sup>- Dyadic cohesion (DCoh)

<sup>4</sup>- Affectional expression

<sup>1</sup>- Locke- Wallace Marital Adjustment Scale

## یافته ها:

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده خواهد شد. در زمینه آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، و در زمینه آمار استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است. در توصیف داده‌ها از حداقل نمرات، حداکثر نمرات، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱ مربوط به داده‌های آزمون لوین

| متغیر             | Leven statistic | df1 | df2 | Sig.  |
|-------------------|-----------------|-----|-----|-------|
| سلامت روان        | ۰/۰۲۸           | ۱   | ۵۸  | ۰/۸۶۸ |
| نشانه‌های بدنی    | ۱/۰۴۰           | ۱   | ۵۸  | ۰/۳۱۲ |
| بی‌خوابی اضطراب و | ۱/۲۰۷           | ۱   | ۵۸  | ۰/۲۷۶ |
| کارکرد اجتماعی    | ۰/۰۰۳           | ۱   | ۵۸  | ۰/۹۵۶ |
| افسردگی           | ۰/۵۸۹           | ۱   | ۵۸  | ۰/۴۴۶ |
| رضایت زناشویی     | ۱/۹۴۴           | ۱   | ۵۸  | ۰/۱۶۹ |
| تاب‌آوری          | ۰/۳۴۶           | ۱   | ۵۸  | ۰/۵۵۹ |

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که آزمون لوین برای کلیه متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبوده و بنابراین، فرض همگن بودن واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۲ مربوط به نتایج آزمون باکس

| Box's M | F     | df1 | df2   | Sig.  |
|---------|-------|-----|-------|-------|
| ۱۱/۳۴۷  | ۱/۷۸۵ | ۶   | ۲/۴۳۷ | ۰/۰۹۸ |

با توجه به داده‌های جدول ۲ چون سطح معنی‌داری به دست آمده از آزمون باکس ۱۱/۳۴۷ بوده و از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، فرضیه مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد. بنابراین، جهت آزمون فرضیه پژوهش، تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) مورد استفاده قرار گرفته است که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات سلامت عمومی، رضایت زناشویی و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی

| Effect          | Value | F      | Hypothesis<br>df | Error<br>df | Sig.  | Partial Eta<br>Squared |
|-----------------|-------|--------|------------------|-------------|-------|------------------------|
| اثر پیلایی گروه | ۰/۶۹۸ | ۴۳/۱۴۱ | ۳                | ۵۶          | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۹۸                  |

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود سطح معنی دار آزمون، قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می شمارد. این امر بیانگر آن است که بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارند ( $F=43/141$ ,  $P=0/000$ ) ( برای پی بردن به تفاوت مذکور، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا در جدول شماره نشان داده شده است.

جدول شماره ۴ نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات سلامت عمومی، رضایت زناشویی و تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی

| متغیرها       | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | درجه ی آزادی | F      | Sig.  |
|---------------|---------------|-----------------|--------------|--------|-------|
| سلامت عمومی   | ۶۰۶۰/۱۵۰      | ۶۰۶۰/۱۵۰        | ۱            | ۹۷/۷۴۳ | ۰/۰۰۰ |
| رضایت زناشویی | ۲۹۳۰۴/۶۰۰     | ۲۹۳۰۴/۶۰۰       | ۱            | ۲۷/۸۶۰ | ۰/۰۰۰ |
| تاب آوری      | ۱۲۸۷۷/۳۵۰     | ۱۲۸۷۷/۳۵۰       | ۱            | ۱۶/۱۶۸ | ۰/۰۰۰ |

با توجه به یافته های جدول ۴ مشاهده می شود که بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=97/743$ ,  $P=0/000$ ). به عبارت دیگر، با توجه به میانگین سلامت عمومی در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی میزان سلامت عمومی در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی کمتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.

در عین حال با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه ی رضایت زناشویی، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=27/860$ ,  $P=0/000$ ) به عبارت دیگر، با توجه به میانگین رضایت زناشویی در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی میزان رضایت زناشویی در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی کمتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد. همچنین با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه ی تاب آوری، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=16/168$ ,  $P=0/000$ ) به عبارت دیگر، با توجه به میانگین تاب آوری در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی و عادی میزان تاب آوری در گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی کمتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.

## بحث و نتیجه گیری

فرضیه پژوهش: بین مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی در متغیرهای سلامت روان، رضایت زناشویی و تاب آوری، تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین والدین دانش آموزان کم توان ذهنی با کودکان عادی تفاوت معنی دار وجود دارد. همخوان با نتایج این پژوهش مک کونکی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود سلامت روانی، رضایت زناشویی و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی را با مادران دارای کودک عادی مقایسه نمودند. نتایج تحقیقات آنان نشان داد که مادران کودکان کم توان ذهنی، نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی، رضایت زناشویی و تاب آوری پایین تری نسبت به مادران دارای کودک عادی، برخوردار هستند. افزون بر این، نتایج پژوهش های آن آی آلریکسون و همکاران (۲۰۰۵)، تالی هیمانی (۲۰۰۲) زیگلر (۱۹۸۶)، ولفنزیگر (۲۰۰۱)، تانیلا و همکاران (۲۰۰۵)، ملاباشی (۱۳۸۲) و معتمدین و همکاران (۱۳۸۷) نیز در راستای پژوهش حاضر می باشند.

در تبیین تأثیر کودکان کم توان ذهنی بر سلامت روان، رضایت زناشویی و تاب آوری والدین به خصوص مادران، می توان گفت که واکنش های رایج والدین در قبال کودکان کم توان ذهنی، که همان طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می شود؛ به عنوان عاملی در کاهش تاب آوری و سلامت روان والدین این کودکان می شود و نارضایتی زناشویی زمانی اتفاق می افتد که وضعیت موجود بین زوج در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه آن ها منطبق نباشد، بنابراین، وجود کودکان کم توان ذهنی به احیای این زمینه کمک کرده و نارضایتی زناشویی والدین دارای فرزندان کم توان ذهنی را فراهم می سازد. به عبارت دیگر عوامل ذکر شده یک سیکل معیوب را در فضای خانوادگی فرد ایجاد می نماید. به شکلی که فشارها و استرس های مختلفی که وجود فرزند کم توان ذهنی در محیط خانواده به وجود می آورد، باعث کاهش سطح تاب آوری والدین و به ویژه مادران شده و به دنبال کاهش سطح تاب آوری مشکلات مختلف روحی و روانی در والدین پدیدار می شود. در نهایت افزایش فشار روانی موجب مختل شدن تعاملات درون خانوادگی و افزایش تعارضات بین والدین شده و رضایت زناشویی را کاهش می دهد و کاهش رضایت زناشویی نیز خود عاملی برای ایجاد استرس در والدین می شود. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین والدین دانش آموزان کم توان ذهنی با کودکان عادی تفاوت معنی دار وجود دارد.

همخوان با نتیجه این فرضیه که بین مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی در میزان تاب آوری تفاوت جود دارد، نتایج پژوهش لی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روان و تاب آوری پایین تری برخوردار هستند. نتایج پژوهش های بیت سیکا و همکاران (۲۰۱۰)، مک کونکی و همکاران (۲۰۰۸)، مویر و همکاران (۲۰۰۸)، لی و همکاران (۲۰۰۴)، و سلیمانی و جاویدی (۱۳۹۳) نیز در راستای پژوهش حاضر می باشند.

در تبیین تأثیر کودکان کم توان ذهنی بر میزان تاب آوری مادران می توان گفت که احساسات منفی و تجربیات استرس زای فراوانی که والدین کودکان کم توان ذهنی در طول زمان تجربه می کنند بر میزان تاب آوری و رفتار سرسختانه والدین این دانش آموزان تأثیر منفی می گذارد و در نهایت باعث تاب آوری کمتر والدین دانش آموزان کم توان ذهنی نسبت به والدین دانش آموزان عادی می گردد.

## منابع:

- ایزدی، سیروس (۱۳۷۰). PTSD تشخیص نوینی در روانپزشکی. مقاله در کتاب مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ. گردآورنده: نوربالا، احمد علی (۱۳۷۲). مؤسسه چاپ و نشر بنیاد جانبازان، چاپ اول، جلد اول.
- ایلالی، احترام السادات. بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش زا در مدارس استثنایی شهر ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران. ۱۳۷۶.
- بهداری خسروشاهی، جعفر و هاشمی نصرت آباد، تورج. رابطه ی امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. اندیشه و رفتار، دوره ی ششم، شماره ی ۲۲، زمستان ۱۳۹۰.
- تاجری، بهروز، بحیرایی، امیر (۱۳۸۷) بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی در مادران. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، شماره دوم صص: ۲۲۴-۲۰۵.
- تقوی، سعید. بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روان شناسی، ۱۳۸۰، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.
- خاکپور، مسعود و مهر آفرید، معصومه. مقایسه اختلالات روانی و تاب آوری زوجین دارای اولین فرزند عادی و استثنایی در شهر فاروج. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. زمستان ۱۳۹۱؛ ۴(۴): ۵۸۳-۵۷۱.
- 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.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- سهرابی، حمید رضا و بی رشک، بهروز (۱۳۸۲). زناشویی درمانی، شناخت و درمان اختلافات زناشویی. چاپ دوم، موسسه خدمات فرهنگی رسا. سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۸۲). اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن. انتشارات بدر.
- شاملو، سعید (۱۳۷۲). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات رشد.
- شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۷۶). بررسی نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران مرکز نشر دانشگاهی.
- کیمیائی، سیدعلی (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه کارآمدی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل و تلفیق آن با یوگا در درمان افسردگی اساسی. مجله مطالعات تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کیمیایی، سید علی؛ محرابی، حسین؛ و میرزایی، زهرا. مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۱۳۸۹، ۱۱(۱)، ۲۷۸-۲۶۱.
- 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.

- محرابی، حسین (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روان والدین عادی و استثنائی شهرستان گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بیرجند.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد پایان نامه ی دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. تهران.
- معتمدین، مختار (۱۳۸۳). تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با باورهای غیرمنطقی (براساس رویکرد شناختی) بر این باورها و رضایت زناشویی زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره ی خانواده ی بهزیستی اهواز پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Ann I. Alriksson-Schmidt, MA, MSPH, Jan Wallander, PhD and Fred Biasini (2005). Quality of Life and Resilience in Adolescents with a Mobility Disability *Journal of Psychology*, 32(3), 370-379.
- Barnet WS, Boyce C. Effects of children with Down syndrome on parents activities. *Journal of child & family studies* 1995; 4(1): 103- 117.
- Bayer, J.K. & Sanson, A.V. (2003). Preventing the development of emotional mental health problems from early childhood: Recent advances in the field. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5 (3), 4-16.
- Ben-zur H., Duvdevany, I. & Lury, L. (2005). School of social work, University of Haifa, Mount Carmel Haifa, Israel. Association of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellect disable Res*, 49 (Pt1), 54 – 62.
- Bitsika V, Sharply C. F, Peters K, How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample, *The German Journal of Psychiatry* 2010; 13: 9-16.
- Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1990). A network of influences on adolescent drug involvement: neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 113, 125-143.
- Bauman S, Parents of children with mental retardation: coping mechanisms and support needs, Unpublished doctoral dissertation, The Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, USA 2005.
- Chandorkar H Chandorkar K. Psychological morbidity of parents of mintally retarded children. *India Journal of psychiatry*. 2002; 47(27): 271-274.
- Christensen, P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *social science and medicine*, 59, 377-387.
- Cockerham, W. C. (2008). *Medial Sociology*. 10th edition. Prentice- Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003).. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Connor, K. M. and Jonathan, R.T. (2003). Development of a new resilience scale, Wiley-Liss, INK, 18:76-82.
- Gardner J & Harmon T, Exploring resilience from a parent's perspective: A qualitative study of six resilient parents of children with an intellectual disability, *Australian Social Work* 2004; 55 (1): 60-68.
- Garnezy, N. & Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopathology, *child development*, 55, 97-111.

Garmezy, (1991) N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. American Behavioral Scientist , 34, 416-430.

Garmezy, N., & Masten, (1991) A. The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress. and coping. Hillsdale, NJ: 151-174.

Gath, A. & Guinely, D. (1987). Retarded children and their siblings. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 28, 715-730.

Glantz, M. D. G., and Johnson, L. J. (2002). Resilience and development: positive life adaptation, kluwer academic publishers, New york.

Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. Psychol Med; 9: 131-145v.

McConkey, R. , Truesdale-Kennedy, M. , Chang, M. , Jarrah, S. , & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. International Journal of Nursing Studies (in syndrome, fragile x syndrome, and schizophrenia. Journal of Autism & Developmental Disorders, 34, 41-48.

Minnes, P.M. Family Adjustment to stress Associated with a limb-deficient child. Journal of the Association of childrens prosthetic orthotic clinics, 1985; vol 20(4): pp. 62.

Muir K, Tudball J & Robinson S, Family resilience where families have a child (0-10 Years) with disability, Report prepared for the Disability Policy and Research Working Group, University of New South Wales, Sydney 2008.

Olsson MB, Hwang CP. **Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability.** J Intellect disabil Res 2001; 45(6): 535-43.

Richardson, E. Glenn. (2002). The Metatheory of resilience and resiliency, journal of clinical psychology, Vol. 58 (3), 307-321.

Rodriave, James R., Morgan, Sam B. & Geffken, Gary R. (2002) . Psychological adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. Journal of autism & Developmental Disorders, 22(2), 249 – 263.

Tali Heiman (2002) Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations1 Journal of Developmental and Physical Disabilities, Vol. 14, No. 2, June.

Taunila, A. Kokonen J. & Jarvelin M. (2005). The long-term effects of children`s early onset disability on marital relationship. Department of Public Health science and General Practice, opulu, finland.

Tiet, Q. Q., Huizinga, D. (2002). Dimensions of the construct of resilience and adaptation among Inner-city youth, journal of adolescent research, vol. 17, no.3, 260-276.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86, 320-333.