

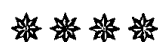
مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی

دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند*، دکتر بهمن نجاریان**، میترا مسعودی***

چکیده

هدف از تحقیق حاضر یافتن پاسخی برای این پرسش است که آیا بین والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله و والدین کودکان عادی از نظر سلامت روانی تفاوت وجود دارد یا خیر. آزمودنی‌های این پژوهش متشکل از ۱۴۰ نفر از والدین (۷۰ نفر پدر و ۷۰ نفر مادر) کودکان کم توان ذهنی (پسر و دختر) و ۱۴۰ نفر از والدین (۷۰ نفر پدر و ۷۰ نفر مادر) دانش‌آموزان عادی مدارس ابتدایی شهرستان آبادان بودند که به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته شده یک مقیاس ۹۰ سؤالی SCL90-R است که روایی و اعتبار آن با فرم مشابه خارجی مطابقت دارد. طرح تحقیق یک طرح علی پس از وقوع است. نتایج حاصل از یافته‌های آماری نشان داد که به طور کلی بین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه وجود یک فرزند کم توان ذهنی بر سلامت روانی مادر بیش از پدر اثر منفی می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، والدین کودکان کم توان ذهنی.



* استاد یار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
** استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
*** کارشناس ارشد مرکز توانبخشی معلولین ذهنی ایثار آبادان

مقدمه

انسان‌ها برای تأمین نیازهای مادی، معنوی و عاطفی خویش گروه تشکیل می‌دهند. یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند، خانواده است. فلاسفه و متفکران از دیرباز مدعی این نظریه بوده‌اند که خانواده نهادی کلیدی در ساختار اجتماعی هر جامعه است و هر چه سلامت و رشد خانواده بیشتر باشد، بالندگی جامعه نیز افزون‌تر خواهد بود. بر همین اساس در فرهنگ‌های مختلف همواره تمهیداتی برای رشد هر چه بیشتر خانواده تدبیر می‌شده است. با شروع تحولات نوین، میل محققان به ارزشیابی علمی نظریه‌های موجود شدت گرفت و به تبع آن، نظریه مذکور نیز به محک آزمایش گذاشته شد. در این میان *فلوجل* (۱۹۲۱)، به نقل از *لنج*، شاپ و *ویندتفلت*، (۱۹۹۴) در تحقیقی نشان داد که بین تعامل‌های اعضای خانواده و آسیب‌شناسی روانی آنان ارتباط وجود دارد.

خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان جامعه می‌باشد که از طریق تفاهم بین زن و شوهر تشکیل می‌گردد. 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 باشد. در هر صورت، کودک یکی از اعضای نظام خانواده است. کودک کم‌توان ذهنی و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این زمان، آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌های خانواده به سوی کودک معلول معطوف می‌شود. به بیان دیگر، معلولیت یکی از فرزندان مانع آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب داشته باشد. از جمله این کارکردها، تأمین موجبات رشد و پرورش فرزندان، تأمین محیطی دلپذیر برای اعضا و ایجاد پایگاهی برای برقراری روابط اجتماعی اعضا با دیگران است. زن و شوهر هر کدام خود یا دیگری را مسئول تولد فرزند معلول می‌دانند و مشاجرات خانوادگی از همین جا شروع می‌شود و در نهایت ممکن است به طلاق و جدایی، مشکلات روحی و روانی و برهم خوردن سازگاری اعضای خانواده منجر شود. وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. مادر و پدر ممکن است از داشتن چنین فرزندی به شدت رنج ببرند، و دچار حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری،

ترس و خجالت شوند و آرزوی مرگ داشته باشند. از طرفی روابط فرزندان با هم بر سر این موضوع متزلزل می‌شود. به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌رو است. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ناصر شریعتی و داورمنش، ۱۳۵۷).

همان گونه که بیان شد، وجود کودک کم توان ذهنی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت بهداشت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌گردد. در نتیجه برای پیشگیری از این آسیب‌ها، درصد بالایی از تحقیقات انجام شده در زمینه پدیده معلولیت ذهنی به اثرات وجود این گونه کودکان بر خانواده اختصاص پیدا کرده است که اینک به برخی از آنها اشاره می‌شود.

اولشانسکی (۱۹۶۲) نشان داد اغلب والدینی که کودک کم‌توان ذهنی دارند از یک عکس‌العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند، بخصوص اگر کودک دارای کم‌توانی عمیق باشد. *هالیدی و هانزلیک (۱۹۹۰)* براساس تحقیقی بیان می‌دارند که مادران کودکان مبتلا به نشانگان داون در مقایسه با مادرانی که فرزندانشان مشکلی ندارند تحت فشار بیشتری هستند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، مادران احساس ناتوانی بیشتری در قبال آنان می‌کنند.

در تحقیقی، ناصرشریعتی و داورمنش (۱۳۷۰) نشان دادند که وجود یک فرزند کم توان ذهنی به شدت بر سلامت روانی والدین اثرگذار است و موجب افزایش فشارهای جسمانی و روانی بر والدین مخصوصاً مادر می‌شود و باعث کاهش مقاومت او در مقابل ابتلا به بیماری‌ها می‌گردد و در نتیجه میزان بیماری را در آنان فزونی می‌بخشد. ثانیاً وجود یک فرزند کم توان ذهنی بر سلامت مادران بیش از پدران اثر منفی می‌گذارد. در پژوهشی، احمدی (۱۳۷۷) به مقایسه عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پرداخت. نتیجه تحقیق نشان داد که بین عزت نفس دو گروه مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان کم توان ذهنی از عزت نفس پایین‌تری برخوردار هستند.

خواجه پور (۱۳۷۷) در پژوهشی به بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم توان ذهنی شهر اهواز پرداخت. نتایج نشان داد که واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان کم توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین کودکانی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده بخصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات دیگری مانند مشکلات اقتصادی و اجتماعی می‌کند. به علاوه بیشتر واکنش‌های مادران، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بود. همچنین میزان تأثیر معلولیت این کودکان بر خانواده به میزان معلولیت آن‌ها بستگی داشت.

هر چند وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده وارد کند، اما این ضایعات و اثرات به میزان زیادی قابل جبران و تخفیف هستند. لیکن جبران و یا کاهش این تأثیرات مستلزم داشتن شناخت علمی از آن‌هاست. پس می‌توان با انجام کارهای تحقیقاتی بر روی کسانی که بیشترین بار عاطفی کودکان را بر دوش دارند، یعنی والدین کودکان کم توان ذهنی، و انعکاس نتایج آن به دست اندرکاران و دستگاه‌های مربوطه راهگشای رفع مشکلات آنان گردید. بنابراین، با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر تلاشی است برای یافتن پاسخی به سؤالات زیر:

- ۱- آیا بین سلامت روانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد؟
- ۲- آیا بین سلامت روانی پدران، دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر و پدران دارای کودک عادی، تفاوت وجود دارد؟
- ۳- آیا بین سلامت روانی مادران و پدران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت وجود دارد؟

براساس سؤالات بالا فرضیه‌های زیر تدوین گردیدند:

- ۱- بین سلامت روانی مادران دارای دختر و پسر کم توان ذهنی تربیت پذیر و مادران دارای دختر و پسر عادی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین سلامت روانی پدران دارای دختر و پسر کم توان ذهنی تربیت پذیر و پدران دارای دختر و پسر عادی تفاوت وجود دارد.

۳- بین سلامت روانی مادران و پدران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌های فوق در مورد کلیه خرده مقیاس‌های SCL90-R تنظیم شدند و مورد آزمون قرار گرفتند.

تعریف مفاهیم

در این بخش تعاریف اصطلاحات و مفاهیم مربوط به پژوهش از نظر مفهومی و عملیاتی مورد بررسی قرار می‌گیرد:

سلامت روانی: سلامت روانی عبارت است از سازش با فشارهای مکرر و رورمره زندگی هر فرد به طوری که بتواند فرد را با محیط سازگار نماید و به حل تعارضات و کشمکش‌های درونی و پذیرش یا پیروی از سرنوشت و تقدیر بپردازد (هوگان، ۱۹۷۶). این متغیر از طریق آزمون SCL90-R سنجیده شده است.

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 (افروز، ۱۳۷۶). کم‌توانان افرادی از جامعه هستند که در مراحل پایین رشد هوشی متوقف می‌شوند و در آن‌ها کنش‌های نهاد قوی و زیاد است (میلانی فر، ۱۳۶۹).

کم‌توانی ذهنی تربیت پذیر: به گروهی از کم‌توانان ذهنی اطلاق می‌شود که دارای بهره هوشی ۵۰-۲۶ هستند و از نظر سنی در محدوده ۱۳-۶ ساله قرار دارند. در پژوهش حاضر منظور از کم توان ذهنی تربیت پذیر کسی است که براساس تشخیص کارشناسان بهزیستی در مراکز مخصوص این کودکان نگهداری می‌شود.

کودک عادی: در پژوهش حاضر کودک عادی به کودکی گفته می‌شود که کم‌توانی ذهنی ندارد و دچار اختلالات دیگر از جمله اختلالات یادگیری نیست و از نظر روانی مشکل خاصی ندارد.

روش

نمونه تحقیق و روش نمونه گیری

نمونه پژوهش متشکل از ۱۴۰ نفر از والدین (۷۰ نفر پدر و ۷۰ نفر مادر) کودکان پسر و دختر کم توان ذهنی مراکز نگهداری و ۱۴۰ نفر از والدین (۷۰ نفر پدر و ۷۰ نفر

مادر) کودکان عادی پسر و دختر مدارس ابتدایی شهر آبادان بود که از میان جمعیت آماری تحقیق انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌های گروه کم توان ذهنی تربیت پذیر از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید. بدین صورت که نخست آمار کودکان کم‌توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله (جمعاً حدود ۱۵۰ نفر) از بهزیستی آبادان گرفته شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعداد ۷۰ نفر (۳۵ نفر دختر و ۳۵ نفر پسر) از بین آن‌ها انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه دانش آموزان عادی از روش تصادفی چندمرحله‌ای استفاده گردید، یعنی از بین مدارس ابتدایی آبادان تعداد ۳ مدرسه پسرانه و ۳ مدرسه دخترانه و از هر مدرسه ۱۲ دانش آموز به طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت روانی و ارزیابی علائم روانی آن‌ها از فهرست تجدید نظر شده علائم روانی SCL90-R استفاده گردید. این آزمون شامل ۹۰ سؤال است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از «هیچ» تا «به شدت»، میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجند که عبارتند از شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی. نمره بالا در این آزمون، حاکی از عدم سلامت روانی فرد می‌باشد. فرم نهایی این پرسشنامه توسط درآگوتیس (۱۹۸۳) تهیه گردید. رضایور (۱۳۷۶) فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی نمود. این پرسشنامه مکرراً در تحقیقات خارج و داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود اعتبار^۱ آن را تعیین نموده‌اند که دامنه ضرایب آن در خارج از کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنه ضرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که این ضرایب رضایت بخش می‌باشند. ضرایب روایی^۲ پرسشنامه فوق در تحقیقات خارج بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (همایی، ۱۳۷۹). با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی که همگی نشان دهنده روایی بالای فهرست تجدید

نظر شده علائم روانی می‌باشند، در پژوهش حاضر محاسبه روایی و اعتبار این آزمون لازم تشخیص داده نشد.

یافته‌ها

داده‌های جمع آوری شده با استفاده از روش‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. گزارش نتایج این تجزیه و تحلیل‌ها در دو بخش ارائه می‌شود:

۱- یافته‌های توصیفی

۲- یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه SCL90-R در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه یافته‌های توصیفی مقیاس SCL90-R مادران و پدران کودکان کم توان ذهنی و عادی

مقیاس‌ها		مادران کودکان کم توان ذهنی		پدران کودکان کم توان ذهنی		مادران کودکان عادی		پدران کودکان عادی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۱۴/۱۸	۹/۴۱	۸/۸۹	۸/۳۷	۸/۲۳	۶/۲۷	۶/۸۲	۷/۳۷	۶/۸۲
وسواس - اجبار	۹/۶۷	۷/۱۴	۸/۵۶	۷/۳۷	۷/۷۷	۶/۱۶	۶/۷۲	۴/۲۲	۶/۷۲
حساسیت در روابط متقابل	۶/۸۰	۶/۷۸	۸/۲۴	۶/۰۲	۶/۹۲	۶/۲۱	۵/۱۹	۵/۰۹	۵/۱۹
افسردگی	۱۰/۱۵	۹/۷۵	۹/۹۲	۸/۱۸	۸/۶۴	۸/۱۵	۶/۳۲	۶/۵۴	۶/۳۲
اضطراب	۱۰/۴۲	۸/۱۸	۸/۱۹	۷/۳۴	۸/۹۰	۷/۴۲	۵/۶۴	۶/۱۷	۵/۶۴
پرخاشگری	۵/۲۰	۴/۹۱	۶/۹۹	۴/۲۲	۴/۶۴	۴/۴۰	۱/۳۸	۳/۷۵	۱/۳۸
ترس مرضی	۵/۶۸	۴/۳۵	۴/۱۲	۵/۷۵	۲/۸۸	۳/۳۶	۲/۳۲	۳/۰۹	۲/۳۲
افکار پارانوئیدی	۶/۳۴	۴/۶۸	۶/۳۸	۵/۰۵	۵/۷۵	۴/۶۲	۵/۹۱	۴/۶۲	۵/۹۱
روان پریشی	۸/۳۴	۸/۷۴	۷/۵۲	۸/۸۵	۴	۴/۷۱	۳/۶۵	۴/۹۰	۳/۶۵
کل آزمون	۷۹/۹۲	۶۱/۲۱	۵۴/۰۹	۴۷/۴۰	۶۶/۵۷	۶۱/۲۱	۴۴/۰۲	۳۹/۱۰	۴۴/۰۲

جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به آزمون SCL90-R را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر آن است که در میان مقیاس‌های این آزمون بالاترین میانگین و انحراف معیار به ترتیب مربوط به مقیاس شکایات جسمانی ۱۴/۱۸ و ۹/۴۱ و اضطراب مادران فرزندان کم توان ذهنی ۱۰/۴۲ و ۸/۱۸ و پایین‌ترین میانگین و انحراف معیار مربوط به مقیاس ترس مرضی پدران کودکان عادی ۲/۳۲ و ۳/۰۹ است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

فرضیه ۱: بین سلامت روانی مادران دارای پسر و دختر کم توان ذهنی تربیت پذیر و سلامت روانی مادران دارای پسر و دختر عادی تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس دو عاملی مقیاس سلامت روانی در مادران دختران و پسران کم توان ذهنی تربیت پذیر و مادران کودکان عادی

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، F به دست آمده در رابطه با سلامت روانی مادران دارای فرزند عادی و کم توان برابر ۴/۰۵۷ است که در سطح آماری ۰/۰۵

متغیر	مجموع محدودرات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین محدودرات (MS)	F	P
جنسیت	۱۲۱۵۱/۹۱	۱	۱۲۱۵۱/۹۱	۴/۷۶۸	۰/۰۳۱
کم توانی ذهنی	۱۰۳۴۰/۲۱	۱	۱۰۳۴۰/۲۱	۴/۰۵۷	۰/۰۴۷
تعامل جنسیت و کم توانی ذهنی	۴۸۹/۹۵	۱	۴۸۹/۹۵	۰/۱۹۲	۰/۶۶۲
باقیمانده	۲۴۲۱۳۹/۰۸	۹۵	۲۵۴۸/۸۳	—	—
کل	۲۶۷۳۶۶/۷۲	۹۸	۲۷۲۸/۲۳	—	—

معنادار است. در این جا لازم به توضیح است که تحلیل فوق در مورد تمام خرده مقیاس‌های SCL90-R به عمل آمد، تمام تحلیل‌ها به استثنای خرده مقیاس پر خاشگری و افکار پارانوئیدی در سطح مورد نظر ($p \leq 0/05$) معنادار هستند.

فرضیه ۲: بین سلامت روانی پدران دارای پسر و دختر کم توان ذهنی تربیت پذیر و سلامت روانی پدران دارای پسر و دختر عادی تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از این فرضیه در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس دو عاملی مقیاس سلامت روانی پدران دختران و پسران کم توان ذهنی تربیت پذیر و پدران

کودکان عادی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	p
جنسیت	۲۰۹۸/۶۶	۱	۲۰۹۸/۶۶	۷/۹۷۶	۰/۰۰۶
کم توانی ذهنی	۱۷۳۵۴/۲۳	۱	۱۷۳۵۴/۲۳	۶/۵۹۱	۰/۰۱۲
تعامل جنسیت و کم توانی ذهنی	۸۵۶۶/۴۳	۱	۸۵۶۶/۴۳	۳/۲۵۴	۰/۰۷
باقی مانده	۲۱۳۲۵۹/۹۷	۸۱	۲۶۳۲/۸۳	—	—
کل	۲۵۹۷۱۹/۶	۸۴	۳۰۹۱/۹	—	—

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می گردد، F به دست آمده در رابطه با سلامت روانی پدران دارای فرزند عادی و کم توان ذهنی برابر ۶/۵۹۱ است که در سطح آماری مورد نظر ($p \leq 0/05$) معنادار است. تحلیل فوق در مورد تمام خرده مقیاس های SCL90-R به عمل آمد، تمام تحلیل ها به استثنای خرده مقیاس افکار پارانوئیدی، در سطح آماری $p \leq 0/05$ معنادار است.

فرضیه ۳: بین سلامت روانی پدران و مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون فرضیه فوق در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره های سلامت روانی پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر

P	t	درجه آزادی df	انحراف معیار SD	میانگین M	شاخص‌های آماری	
					گروه‌ها	متغیرها
۰/۰۰۴	۳/۰۳	۱۲۶	۴۷/۴۰	۵۴/۰۹	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	سلامت روانی
			۶۱/۲۱	۷۴/۹۲	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۱	۳/۵۳	۱۱۸	۸/۳۷	۹/۸۹	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	شکایات جسمانی
			۹/۴۱	۱۴/۱۸	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۴	۲/۹۴	۱۲۶	۷/۳۷	۸/۵۶	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	وسواس - اجبار
			۷/۱۴	۹/۶۷	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۵	۱/۹۶	۱۲۹	۶/۰۲	۸/۲۴	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	حساسیت در روابط متقابل
			۶/۷۸	۶/۸۰	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۱	۲/۲۸	۱۱۱	۸/۱۸	۹/۹۲	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	افسردگی
			۹/۷۵	۱۰/۱۵	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۸	۳/۲۱۲	۱۲۹	۷/۳۴	۸/۱۹	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	اضطراب
			۸/۱۸	۱۰/۴۲	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۶	۱/۷۸	۱۳۱	۴/۲۲	۶/۹۹	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	پرخاشگری
			۴/۹۱	۵/۲۰	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	

۰/۰۰۳	۲/۹۴	۱۲۹	۵/۷۵	۴/۱۲	پدران کودکان کم توان ذهنی	ترس مرضی
			۴/۳۵	۵/۶۸	مادران کودکان کم توان ذهنی	
۰/۲۱	۱/۳۸	۱۳۰	۵/۰۵	۶/۳۸	پدران کودکان کم توان ذهنی	افکار پارانوئیدی
			۴/۶۸	۶/۳۴	مادران کودکان کم توان ذهنی	
۰/۰۰۸	۲/۷۲	۱۳۳	۸/۸۵	۷/۵۲	پدران کودکان کم توان ذهنی	روان پریشی
			۸/۷۴	۸/۳۴	مادران کودکان کم توان ذهنی	

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد، t مربوط به متغیر سلامت روانی پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر برابر $۳/۰۳$ می باشد که در سطح آماری مورد نظر معنادار است. این نکته در مورد کلیه خرده مقیاس های SCL90-R به جز پرخاشگری و افکار پارانوئیدی صدق می کند. بنابراین، براساس نتایج حاصل از این بررسی می توان نتیجه گرفت که مادران کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر، از نظر سلامت روانی، نسبت به پدران وضع وخیم تری دارند.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه گردید، F مشاهده شده در رابطه با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تربیت پذیر و عادی تفاوت معناداری را نشان می دهد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش هالیدی و هانزلیک (۱۹۹۰)، ناصرشریعتی و داورمنش (۱۳۷۰)، احمدی (۱۳۷۷) و خواجه پور (۱۳۷۷) همخوانی دارد. فرآیند تولد کودک برای والدین لذت آور است گرچه این فرآیند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند ولی به محض آگاهی والدین از کم توانی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می گردد و مشکلات شروع می شود. اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند مادر است. مادر وقتی با فرزند کم توان خود روبه رو می شود به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید می گردد و همین امر می تواند سلامت جسمی و روانی او را به خطر بیندازد. به علاوه، مادر به دلیل احساس گناه و تقصیر از تولد کودک کم توان و از طرفی دیگر به علت دوست داشتن و حمایت از او،

تمام وقت خود را به بهزیستی کودک کم توان اختصاص می‌دهد و به محافظت و مراقبت شدید از او در برابر خطرات احتمالی دست می‌زند که در چنین حالتی ممکن است خودش دچار آسیب‌های جسمانی شود. از سوی دیگر احتمال دارد مادر به دلیل احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی گردد. در مجموع، این شرایط می‌توانند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس بی‌ارزشی و خود کم‌بینی در مادر شوند.

همان‌طور که در قسمت مربوط به یافته‌ها بیان گردید از لحاظ پرخاشگری بین مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی تفاوت معناداری حاصل نگردید. در تبیین این نتیجه شاید بتوان گفت که مادر کودک کم‌توان به علت ترحم و دلسوزی، احساسات و عواطف شدید و بی‌گناهی کودک در ایجاد چنین شرایطی از بروز پرخاشگری خودداری می‌نماید.

مندرجات جدول شماره ۳ نشان می‌دهند که در سلامت روانی کلی و تمام خرده مقیاس‌های سلامت روانی، به جز خرده مقیاس افکار پارانوئیدی، بین پدران دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر و پدران دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، همان‌طور که قبلاً بیان گردید، تولد کودک کم‌توان ذهنی مشکلاتی را برای خانواده به وجود می‌آورد و کانون گرم زندگی را دچار بحران می‌کند. طبیعتاً پدر نیز همانند مادر از این شرایط متأثر می‌شود و دچار استرس و فشار روانی زیادی می‌گردد. خصوصاً به این علت که مسئولیت تأمین هزینه‌های زندگی به عهده پدر است و تولد کودک کم‌توان می‌تواند هزینه‌هایی را به خانواده تحمیل کند که شاید پدر از عهده تأمین هزینه‌ها برنیاید و یا حداقل مجبور باشد تلاش بیشتری کند.

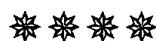
با توجه به نتایج حاصل از مقایسه سلامت روانی پدران و مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (جدول ۴)، وجود فرزند کم‌توان بر سلامت روانی مادر بیش از پدر اثر منفی می‌گذارد. مادران کودکان کم‌توان در مقایسه با پدران از کودک مراقبت بیشتری می‌کنند. در نتیجه به علت فعالیت فیزیکی زیاد، احتمال دارد در معرض بیماری‌های جسمانی بیشتری قرار گیرند. همچنین مادر کودک کم‌توان به دلیل ارتباط بیشتری که با فرزند خود دارد، خصوصاً اگر شاغل نباشد، بیشتر دچار احساس غم و اندوه و گناه

ناشی از تولد کودک معلول و نگرانی در مورد وضعیت آینده کودک می شود و در نتیجه اضطراب و افسردگی بیشتری را در مقایسه با پدر تجربه می کند.

همان طور که جدول شماره ۴ نشان می دهد، پدران در خرده مقیاس حساسیت در روابط متقابل و پرخاشگری نسبت به مادران نمرات بالاتری کسب کردند. در خصوص تبیین این نتیجه شاید بتوان گفت که مادران کودکان کم توان در مقایسه با پدران حساسیت کمتری نشان می دهند و رابطه نزدیک تر و از نظر عاطفی وابستگی بیشتری با فرزند دارند ولی پدران سعی در طرد - کناره گیری دارند و برای ایجاد رابطه مثبت با فرزند کم توان خود تلاش نمی کنند. به علاوه، مادر با توجه به ویژگی های زنانه خود به علت محبت و یا ترحم، وجود فرزند کم توان خود را راحت تر می پذیرد و نسبت به او پرخاشگری کمتری نشان می دهد.

در خاتمه به پژوهشگران پیشنهاد می شود که در تحقیقات بعدی سعی نمایند متغیرهای مختلف از جمله وضعیت اقتصادی خانواده و میزان تحصیلات والدین را کنترل نمایند.

در زمینه نتایج کاربردی این تحقیق به مسئولین امر پیشنهاد می شود که مشکلات خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی به نحو شایسته تر و منسجم تری مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد؛ از طریق ایجاد مراکزی مستقل، به خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی آموزش های لازم داده شود؛ مراکز نگهداری کم توانان ذهنی به منظور ارائه خدمات بیشتر به آنان گسترش یابد؛ به وضعیت اقتصادی این خانواده ها رسیدگی شود و در صورت لزوم کمک های لازم به آنان ارائه گردد.



یادداشت‌ها

1) Reliability

2) Validity

منابع

- احمدی، زینب (۱۳۷۷)، مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- افروز، غلامعلی (۱۳۷۶). مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- خواجه پور، مهدی (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروپیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- رضاپور، محمد (۱۳۷۶). هنجاریابی SCL90-R بر روی دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۶۹). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. چاپ دوم، تهران: انتشارات قومس.
- ناصرشریعی، تقی و داور منش، عباس (۱۳۷۵). اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده. تهران: سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- همایی، رضوان (۱۳۷۹). بررسی رابطه فشارزهای دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل کننده سرسختی روانشناختی در آن‌ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Deragotis, L. R. (1983). *Manual for the SCL90-R*. Towson, MD: Clinical - Psychometric Research.

Haldy, M.B.& Hanzlik, J. R. (1990): A Comparison of perceived competence in child – rearing between mothers of children with Down syndrom and mothers of children without delay. *Education and training in mental retardation*, 25(2).

- Hogan, R. (1976). *Personality theory: The personological tradition*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Lange, A., Schoap, C. & Windfelt, B. (1994). Family therapy and psychopathology: Development in research and approaches to treatment. *Journal of family therapy*, 15, 113-149.

