پژوهش در حیطه کودکان استثنایی۲/ سال اول، شماره۲/ زمستان ۱۳۸۰/ ۲۰۰-۱۸۷
Research on Exceptional Children, Winter 2002, Vol.1, No.2,187-200

مقایسهٔ سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲- ۷ساله باسلامت 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 ۱۲-۷ساله 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 واعتبار 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

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، نظریهٔ 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 آسیب شناسی روانی آنان ارتباط وجود دارد.

خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان جامعه می‌باشد که از طریق تفاهم بین زن و شوهر تشکیل می‌گردد. وظیفهٔ خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک کم‌توان‌ذهنی 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 جملهٔ 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 بر هم خوردن سازگاری اعضای خانواده منجر شود. وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری 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،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

تـرس و خجـالت شوند و آرزوی مرگ داشته باشند. از طرفی روابط فرزندان با هم بر سر ایـن موضوع متزلزل می‌شود. به طور کلی خانوادهٔ کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی مـتفاوت بـا سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینهٔ نگهداری، آموزش و تربیت آن‌ها روبـه‌رو اسـت. ایـن مسـائل همگـی بـر والدیـن فشارهایی وارد می‌کنند که سبب بر هم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ناصر شریعتی و داورمنش، ۱۳۵۷).

همـان گونـه که بیان شد، وجود کودک کم توان ذهنی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بـر پیکـر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حـدی است که وضعیت بهداشت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌گردد. در نتیجه بـرای پیشـگیری از ایـن آسـیب‌ها، درصد بالایی از تحقیقات انجام شده در زمینهٔ پدیدهٔ معلولیت ذهنی به اثرات وجود این گونه کودکان بر خانواده اختصاص پیدا کرده است که اینک به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

اولشانسکی(۱۹۶۲) نشـان داد اغـلب والدیـنی که کودک کم‌توان‌ذهنی دارند از یک عکـس‌العمـل روانـی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند، بخصوص اگر کودک دارای کم‌توانی عمیـق باشـد. *هـالدی* و *هانـزلیک* (۱۹۹۰) براسـاس تحقیقـی بیان می‌دارند که مادران کودکان مبتلا به نشانگان داون در مقایسه با مادرانی که فرزندانشان مشکلی ندارند تحت فشـار بیشـتری هسـتند و هـنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، مادران احساس ناتوانی بیشتری در قبال آنان می‌کنند.

در تحقیقـی، ناصرشـریعتی و داورمـنش (۱۳۷۰) نشان دادند که وجود یک فرزند کم تـوان ذهـنی بـه شدت بر سلامت روانی والدین اثرگذار است و موجب افزایش فشارهای جسـمانی و روانـی بـر والدین مخصوصاً مادر می‌شود و باعث کاهش مقاومت او در مقابل ابـتلا بـه بیمـاری‌ها می‌گردد و در نتیجه میزان بیماری را در آنان فزونی می‌بخشد. ثانیاً وجـود یک فرزند کم توان ذهنی بر سلامت مادران بیش از پدران اثر منفی می‌گذارد. در پژوهشـی، احمـدی (۱۳۷۷) بـه مقایسـهٔ عـزت نفـس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پرداخت. نتیجهٔ تحقیق نشان داد که بین عزت نفس دو گـروه مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان کم توان ذهنی از عزت نفس پایین‌تری برخوردار هستند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

خواجه پور (۱۳۷۷) در پژوهشی به بررسی و مقایسهٔ 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. به‌علاوه 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.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

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

فرضیه‌های فوق در مورد کلیهٔ 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 رورمرهٔ 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.

کم‌توانی‌ذهنی: 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

نمونهٔ تحقیق و روش نمونه گیری

نمونهٔ 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

مـادر) کودکـان عـادی پسـر 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 نمونـه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید. بدین صورت که نخست آمار کودکان کـم‌توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲- ۷ ساله (جمعاً حدود ۱۵۰نفر) از بهزیستی آبادان گرفته شـد و سـپس بـا 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 ایـن پژوهـش بـه مـنظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت روانی و ارزیـابی علائـم روانـی آن‌ها از فهرست تجدید نظر شدهٔ علائم روانیSCL90-R استفاده گـردید. ایـن آزمون شامل ۹۰ سؤال است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یـک مقیـاس ۵ درجه‌ای از «هیچ» تا «به شدت»، میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. ۹۰ مـادهٔ ایـن آزمـون ۹ بعـد مختـلف را مـی‌سـنجند کـه عبارتند از شکایات جسمانی، وسـواس- اجـبار، حساسـیت بیـن فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکـار پارانوئیدی و روان پریشی. نمرهٔ بالا در این آزمون، حاکی از عدم سلامت روانی فرد مـی‌باشـد. فـرم نهـایی ایـن پرسشـنامه توسط *دراگوتیس* (۱۹۸۳) تهیه گردید. *رضاپور* (۱۳۷۶) فهرست تجدید نظر شدهٔ علائم روانی را روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشـگاه آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی نمود. این پرسشنامه مکرراً در تحقیقات خارج و داخـل کشـور مـورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود اعتبار[1] آن را تعییـن نموده‌اند که دامنهٔ ضرایب آن در خارج از کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنهٔ ضـرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که این ضرایب رضایت بخـش مـی‌باشند. ضرایب روایی[2] پرسشنامهٔ فوق در تحقیقات خارج بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقـات داخـل کشـور بیـن ۰/۲۷ تـا ۰/۶۶ گزارش شده است (همایی، ۱۳۷۹) . با توجـه بـه نـتایج پژوهـش‌های قبلی که همگی نشان دهندهٔ روایی بالای فهرست تجدید

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

نظـر شدهٔ علائم روانی‌می‌باشند، در پژوهش حاضر محاسبهٔ روایی و اعتبار این‌آزمون 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 پرسشنامهٔ 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	۹/۸۹	۸/۳۷	۸/۲۳	۶/۲۷	۶/۸۲	۷/۳۷
وسواس- اجبار	۹/۶۷	۷/۱۴	۸/۵۶	۷/۳۷	۷/۷۷	۶/۱۶	۶/۷۲	۴/۲۲
حساسیت در روابط متقابل	۶/۸۰	۶/۷۸	۸/۲۴	۶/۰۲	۶/۹۲	۶/۲۱	۵/۱۹	۵/۰۹
افسردگی	۱۰/۱۵	۹/۷۵	۹/۹۲	۸/۱۸	۸/۶۴	۸/۱۵	۶/۳۲	۶/۵۴
اضطراب	۱۰/۴۲	۸/۱۸	۸/۱۹	۷/۳۴	۸/۹۰	۷/۴۲	۵/۶۴	۶/۱۷
پرخاشگری	۵/۲۰	۴/۹۱	۶/۹۹	۴/۲۲	۴/۶۴	۴/۴۰	۱/۳۸	۳/۷۵
ترس مرضی	۵/۶۸	۴/۳۵	۴/۱۲	۵/۷۵	۲/۸۸	۳/۳۶	۲/۳۲	۳/۰۹
افکار پارانوئیدی	۶/۳۴	۴/۶۸	۶/۳۸	۵/۰۵	۵/۷۵	۴/۶۲	۵/۹۱	۴/۶۲
روان پریشی	۸/۳۴	۸/۷۴	۷/۵۲	۸/۸۵	۴	۴/۷۱	۳/۶۵	۴/۹۰
کل آزمون	۷۹/۹۲	۶۱/۲۱	۵۴/۰۹	۴۷/۴۰	۶۶/۵۷	۶۱/۲۱	۴۴/۰۲	۳۹/۱۰

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.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

فرضیهٔ 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.

جدول۲- 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 به‌دست آمده در رابطه با سلامت روانی مادران دارای فرزند عادی و کم توان برابر ۴/۰۵۷ است که در سطح آماری ۰/۰۵

منبع تغییر	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	P
جنسیت	۱۲۱۵۱/۹۱	۱	۱۲۱۵۱/۹۱	۴/۷۶۸	۰/۰۳۱
کم‌توانی ذهنی	۱۰۳۴۰/۲۱	۱	۱۰۳۴۰/۲۱	۴/۰۵۷	۰/۰۴۷
تعامل جنسیت و کم‌توانی‌ذهنی	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 پرخاشگری و افکار پارانوئیدی در سطح مورد نظر ($p \leq ۰/۰۵$) معنادار هستند.

فرضیهٔ 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.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

جدول۳- نتایج تحلیل واریانس دوعاملی مقیاس سلامت روانی پدران دختران و پسران کم توان ذهنی تربیت پذیر وپدران کودکان عادی

منبع تغییر	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	P
جنسیت	۲۰۹۹۸/۶۶	۱	۲۰۹۹۸/۶۶	۷/۹۷۶	۰/۰۰۶
کم‌توانی ذهنی	۱۷۳۵۴/۲۳	۱	۱۷۳۵۴/۲۳	۶/۵۹۱	۰/۰۱۲
تعامل جنسیت وکم‌توانی ذهنی	۸۵۶۶/۴۳	۱	۸۵۶۶/۴۳	۳/۲۵۴	۰/۰۷
باقی مانده	۲۱۳۲۵۹/۹۷	۸۱	۲۶۳۲/۸۳	—	—
کل	۲۵۹۷۱۹/۶	۸۴	۳۰۹۱/۹	—	—

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، F به‌دست آمده در رابطه با سلامت روانی پدران دارای فرزند عادی و کم توان ذهنی برابر ۶/۵۹۱ است که در سطح آماری مورد نظر ($p\leq ۰/۰۵$) معنادار است. تحلیل فوق در مورد تمام خرده مقیاس‌های SCL90-R به عمل آمد، تمام تحلیل‌ها به استثنای خرده مقیاس افکار پارانوئیدی، در سطح آماری $p\leq ۰/۰۵$ معنادار است.

فرضیهٔ ۳: بین سلامت‌روانی پدران و مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت وجود دارد .نتایج حاصل از آزمون فرضیهٔ فوق درجدول۴ ارائه شده است.

جدول۴- نتایج آزمون t برای مقایسه‌میانگین‌نمره‌های سلامت روانی پدران و مادران‌کودکان کم‌توان‌ذهنی تربیت پذیر

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

ترس مرضی	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	٤/١٢	٥/٧٥	١٢٩	٢/٩٤	٠/٠٠٣
	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	٥/٦٨	٤/٣٥			
افکار پارانوئیدی	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	٦/٣٨	٥/٠٥	١٣٠	١/٣٨	٠/٢١
	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	٦/٣٤	٤/٦٨			
روان پریشی	پدران کودکان کم‌توان ذهنی	٧/٥٢	٨/٨٥	١٢٣	٢/٧٢	٠/٠٠٨
	مادران کودکان کم‌توان ذهنی	٨/٣٤	٨/٧٤			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، t مربوط به متغیر سلامت روانی پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی تربیت پذیر برابر ۳/۰۳ می‌باشد که درسطح آماری مورد نظر معنادار است. این نکته در مورد کلیهٔ خرده مقیاس‌های SCL90-R به جز پرخاشگری و افکار پارانوئیدی صدق می‌کند. بنابراین، براساس نتایج حاصل از این بررسی می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان کم‌توان ذهنی تربیت پذیر، از نظر سلامت روانی، نسبت به پدران وضع وخیم‌تری دارند.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه گردید، F مشاهده شده در رابطه با سلامت روانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تربیت پذیر و عادی تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش *هالدی* 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 ناراحتی‌های فراوانی همراه است. علی‌رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می‌شوند باید گفت که امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند ولی به محض آگاهی والدین از کم‌توانی فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند مادر است. مادر وقتی با فرزند کم‌توان خود روبه‌رو می‌شود به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژهٔ رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید می‌گردد و همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی او را به خطر بیندازد. به علاوه، مادر به دلیل احساس گناه و تقصیر از تولد کودک کم‌توان و از طرفی دیگر به علت دوست داشتن و حمایت از او،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

تمـام وقـت خـود را بـه بهزیسـتی کـودک کـم تـوان اختصاص می‌دهد و به محافظت و مراقـبت شـدید از او در برابـر خطرات احتمالی دست می‌زند که در چنین حالتی ممکن اسـت خـودش دچـار آسیب‌های جسمانی شود. از سوی دیگر احتمال دارد مادر به دلیل احسـاس گـناه و تقصـیر، ناکـامی و محـرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی گردد. در مجموع، این شرایط می‌توانند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه بـه برقـراری رابطه با محیط و همچنین‌پایین‌آمدن عزت نفس‌و احساس بی‌ارزشی و خود کم‌بینی در مادر شوند.

همـان‌طـور کـه در قسـمت مـربوط بـه یافته‌ها بیان گردید از لحاظ پرخاشگری بین مـادران دارای فـرزند کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی تفاوت معناداری حاصل نگـردید. در تـبیین این نتیجه شاید بتوان گفت که مادر کودک کم‌توان به علت ترحم و دلسـوزی، 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 تربیت پذیر 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 کم توان می‌تواند هزینه‌هایی را به خانواده تحمیل کند که شاید پدر از عهدهٔ تأمین هزینه‌ها برنیاید و یا حداقل مجبور باشد تلاش بیشتری کند.

با توجه به نتایج حاصل از مقایسهٔ سلامت روانی پدران و مادران دارای کودک کم توان ذهنی (جدول ۴)، وجود فرزند کم توان بر سلامت روانی مادر بیش از پدر اثر منفی می‌گذارد. مادران کودکان کم توان 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 کم توان به دلیل ارتباط بیشتری که با فرزند خود دارد، خصوصاً اگر شاغل نباشد، بیشتر دچار احساس غم و اندوه و گناه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

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

همان طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، 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 می‌دهند و رابطهٔ نزدیک تر و از نظر عاطفی وابستگی بیشتری با فرزند دارند ولی پدران سعی در طرد – کناره‌گیری دارند و برای ایجاد رابطهٔ مثبت با فرزند کم توان خود تلاش نمی‌کنند. به علاوه، مادر با توجه به ویژگی‌های زنانهٔ خود به علت محبت و یا ترحم، وجود فرزند کم‌توان خود را راحت‌تر می‌پذیرد و نسبت به او پرخاشگری کمتری نشان می‌دهد.

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

در زمینهٔ نتایج کاربردی این تحقیق به مسئولین امر پیشنهاد می‌شود که مشکلات خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی به نحو شایسته‌تر و منسجم‌تری مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد؛ از طریق ایجاد مراکزی مستقل، به خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌های لازم داده شود؛ مراکز نگهداری کم‌توانان ذهنی به منظور ارائهٔ خدمات بیشتر به آنان گسترش یابد؛ به وضعیت اقتصادی این خانواده‌ها رسیدگی شود و در صورت لزوم کمک‌های لازم به آنان ارائه گردد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

یادداشت‌ها

1) Reliability 2) Validity

منابع

احمدی، زینب (۱۳۷۷)، مقایسهٔ 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 (۱۳۷٦). مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

خواجه پور، مهدی (۱۳۷۷). بررسی و مقایسهٔ واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

رضاپور، محمد (۱۳۷٦). هنجاریابی SCL90-R بر روی دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی.

میلانی فر، بهروز (۱۳٦۹). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. چاپ دوم، تهران: انتشارات قومس.

ناصرشریعتی، 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 فشارزاهای 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.

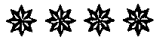
Haldy, M.B.& Hanzlik, J. R. (1990): A Comparison of perceived competence in child – rearing between mothers of children with Down syndrom and mothers of children without delay. *Education and training in mental retardation*, 25(2).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]

Hogan, R. (1976). *Personality theory: The personological tradition.* New Jersy: 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.



[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1380.1.2.5.5]