

مقایسه بهداشت روانی مادران دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی

سرور یکتاخواه / کارشناسی ارشد روان‌شناسی و مشاور آموزشگاه استثنایی

ناهید مظفری نیا / دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری

رضا گرجی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی و مدرس دانشگاه

چکیده:

زمینه: هدف از انجام این پژوهش بررسی بهداشت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناشنوا می‌باشد.
روش: در پژوهش حاضر تعداد ۵۰ نفر از مادران (۳۳ نفر ناشنوا و ۲۷ نفر کم توان ذهنی) پرسشنامه ریف را تکمیل نمودند.
یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میان بهداشت روانی مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان‌ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین تنها میان تحصیلات مادران و خرده مقیاس خودمختاری رابطه‌ی معنادار برقرار است و در نهایت میان بهداشت روانی مادران با یک فرزند با نیازهای ویژه و بیش از یک فرزند تفاوت معناداری وجود ندارد.
نتیجه‌گیری: با توجه به بهداشت روانی مادران دارای فرزند استثنایی، ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب در این راستا تاثیرگذار خواهد بود. البته آموزش و پرورش به عنوان نهادی که ارتباط مستقیم با والدین این دانش‌آموزان دارد، می‌تواند در ارائه این خدمات تاثیرگذار باشد.
واژه‌های کلیدی: ناشنوا، کم توان ذهنی، بهداشت روانی.

مقدمه

بهداشت روانی و از دست دادن داشته‌های بد، به بهداشت روانی منجر می‌شود. بر اساس این نظریه، شخصی که به داشته‌های خوب یا بد عادت می‌کند، ارائه مجدد آن داشته‌ها، سلامتی یا اختلال کمی را به دنبال خواهد داشت (آرگیل ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳). اما بر اساس نظریه‌های قضاوت، اشخاص اوضاع زندگی‌شان را با یک معیار تصنعی^{۶۰} مقایسه می‌کنند که اگر درک آن‌ها از شرایط زندگی‌شان در راستای این معیار باشد، رضایت از زندگی بالایی را گزارش خواهند داد (وو^{۶۱} و همکاران، ۲۰۰۹). دینر و همکاران (۱۹۹۷) بر این عقیده‌اند که مردم با مشاهده اطرافیان‌شان و مقایسه خود با دوستان و آشنایان و با یادآوری گذشته، اهداف و استانداردهایی را انتخاب می‌کنند. اگر از این استانداردها بالاتر باشند شادکام و خوشنود می‌گردند و چنانچه پایین‌تر از آن باشند، شادکامی و خرسندی اندکی خواهند داشت. نظریه‌های تفاوت چند گانه^{۶۲} که یک نظریه مقایسه اجتماعی است، بیان می‌کند که خشنودی، حاصل تفاوت

اصطلاح «بهداشت روانی» در بعضی از متون به صورت «تندرستی ذهنی» و یا «سلامت ذهنی» آورده شده است. لیومیرسکی^{۵۴} (۲۰۰۱) بیان می‌کند که پژوهشگران اغلب واژه «بهداشت روانی مثبت»^{۵۵} و «بهداشت روان» را به صورت مترادف به کار می‌برند در حالی که «سلامت ذهن» یک موضوع کلی است و «بهداشت روانی» از علائم «سلامت ذهن» است. دینر^{۵۶} و همکاران (۱۹۹۷) نیز بر این اعتقادند که «بهداشت روانی» مترادف با «سلامت ذهنی» یا «سلامت روان»^{۵۷} نیست. یک فرد هذیانی^{۵۸} ممکن است شاد و از زندگی‌اش راضی باشد، با این حال ما نمی‌توانیم بگوییم که او دارای سلامت ذهنی است. نظریه فرایند متضاد سولومن^{۵۹} (۱۹۸۰) نظریه‌ای است که به‌طور آگاهانه ارتباط بین لذت و درد را بیان می‌کند. طبق این نظریه، از دست دادن داشته‌های خوب، منجر به عدم

54. Lyubomirsky

55. Positive mental health

56. Diener, E

57. Psychological health

58. Delusional

59. The Opponent process Theory of Solomon

60. Self-imposed standard

61. wu

62. Multiple Discrepancy Theory

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل گوناگونی در بهداشت روانی افراد تاثیر گذارند که از آن جمله می‌توان به سن، جنسیت، میزان تحصیلات، اشتغال و... اشاره کرد. پژوهش‌های اولیه نشان داده است که افزایش سن، چنانچه بسیاری انتظارش را داشتند، به تنهایی با کاهش بهداشت روانی مرتبط نیست. سن باعث به وجود آوردن تجربه و ژرف‌اندیشی در افراد می‌شود و چگونگی دید افراد نسبت به هدف‌های زندگی را تغییر می‌دهد، به عنوان مثال افراد مسن‌تر، تمایل بیشتری نسبت به افراد جوان دارند که به بیماری به عنوان بخش طبیعی از فرایند پیری نگاه کنند. آنها اطمینان بیشتری به توانایی خود برای مواجهه با مشکلات دارند و توقع کیفیت بالاتری از زندگی را دارند و تنها به زنده بودن نمی‌اندیشند (چارلز و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶). گلستانی‌بخت (۱۳۸۶) طی پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با میزان بهداشت روانی و شادمانی در جمعیت شهر تهران پرداخت. نتایج نشان داد که بین بهداشت روانی و سن، تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد و با افزایش سن، میزان بهداشت روانی کاهش می‌یابد. لویو و دونگ اکسی^{۶۴} (۲۰۰۸)، در پژوهشی به بررسی رابطه بین ویژگی‌های اجتماعی مطلوب و نامطلوب مردانگی و زنانگی و تاثیرشان بر روی بهداشت روانی روان‌شناختی در بین ۳۶۶ دانشجوی دانشگاه چین پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که ویژگی‌های اجتماعی مطلوب مردانگی، باعث افزایش بهداشت روانی در مردان می‌شود. نتایج پژوهش گلستانی‌بخت (۱۳۸۶) در این زمینه بیانگر آن است که هر چند افراد با تحصیلات بالاتر، بهداشت روانی بیشتری را گزارش می‌کنند اما این رابطه یکنواخت نیست؛ بدین ترتیب که در سطوح دانشگاهی، تحصیلات بالاتر در افزایش میزان بهداشت روانی موثر است ولی در مقایسه بین تحصیلات دانشگاهی و بی‌سواد، تفاوت

اندک بین پیشرفت‌ها و آرزوهاست و اغلب بر اساس مقایسه با دیگران تعریف می‌شود. با توجه به این نظریه، آرزوهای بزرگ به خشنودی اندکی منجر می‌شوند (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳). کار به نقل از وود (۱۹۹۶) نیز بیان می‌کند که شادمانی شخصی، بر فاصله ادراک شده بین وضعیت خود و دیگران مبتنی است، یعنی وقتی که موقعیت خود را با معیاری که پایین‌تر است، مقایسه می‌کنیم به رضامندی بیشتری منجر می‌شود تا وقتی که این مقایسه با معیاری که بالاتر است، انجام گیرد. بهداشت روانی دارای سه مولفه اصلی است که عبارتند از:

- ارزیابی شناختی شرایط زندگی که با مقیاس‌هایی از قبیل رضایت از زندگی سنجیده می‌شود: رضایت از زندگی شامل عوامل عینی و ذهنی است. عوامل عینی همچون عوامل بیرونی مثل درآمد شغل، تحصیلات و ... و عوامل درونی مثل ویژگی‌های شخصیتی و ... (دینر و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶).

- عاطفه مثبت از قبیل شادمانی: شواهد تاریخی و تجربه‌ای روزمره نشان می‌دهند که یکی از برجسته‌ترین و مهم‌ترین تمایلات بشر، شادی یا بهداشت روانی است. به علاوه، اگر چه افراد، به طور معمول در نوع و منابع شادیشان با یکدیگر متفاوت هستند، اما در آن‌چه که به عنوان شادی برایشان معنی می‌دهد و این که آیا آن را به دست آورده‌اند یا نه، توافق قابل ملاحظه‌ای با هم دارند (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳).

- فقدان حالت‌های عاطفی منفی از قبیل افسردگی: افراد افسرده داوران دقیق‌تری برای ارزیابی مهارت‌های خود می‌باشند و رویدادهای مثبت و منفی را دقیق‌تر به یاد می‌آورند و نسبت به اطلاعات مرتبط با خطرپذیری حساس‌ترند (آکرمن و دریویز^{۶۳}، ۱۹۹۱، به نقل از کار، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

64. Lu Yu & Dong xie

63. Ackerman & Derubeis

استثنایی و بیش از یک فرزند تفاوت معناداری ندارد. طبق بررسی‌های مالیندر و گلدین میدو^۲ (۱۹۹۱)، بیشتر والدین والدین کودکان ناشنوا دارای واکنش‌های روانی از قبیل غم و اندوه می‌باشند. این پژوهشگران نیز اظهار می‌دارند که معلولیت شدید شنوایی تاثیر روانی عمده‌تری در مقایسه با دیگر معلولیت‌های حسی دارند (شریفی، ۱۳۸۲). ارزشنگی (۱۳۸۲) به بررسی تاثیر راهبردهای مقابله‌ای بر میزان تنیدگی والدین دانش‌آموزان ناشنوا و کم‌توان ذهنی پرداخته است. نتایج وی نشان داد که در هر دو گروه، مادران تنیدگی بیشتری نسبت به پدران دارند و تنیدگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از والدین کودکان ناشنوا می‌باشد. در هر دو گروه کودکان کم‌توان ذهنی و ناشنوا، مادران، بیشتر از راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و پدران بیشتر از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و این تفاوت‌ها معنی‌دار است. همچنین در این پژوهش بین میزان تنیدگی والدین کم‌توان ذهنی و ناشنوا با عواملی چون سن کودک و جنس کودک رابطه معناداری وجود نداشت. البته علاوه بر موارد فوق حضور بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه در خانواده نیز می‌تواند تاثیرگذار باشد گرچه تعدادی از پژوهش‌ها این مورد را تایید نموده‌اند؛ به عنوان مثال نتایج پژوهش گرجی (۱۳۸۸) نشان داد که میان سلامت روانی والدینی که یک فرزند ناشنوا دارند و والدینی که بیش از یک فرزند ناشنوا دارند تفاوت معناداری وجود ندارد. در پژوهش میکایلی منیع (۱۳۸۷) نشان داده شده است که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بالاتر (دوماس و همکاران^۳، ۱۹۹۱) احساس شرم و خجالت بیشتر (احمدپناه، ۱۳۸۰) و سطح بهداشت روانی پایین‌تری (ایزنهاور، بیکر و بلاکر^۴، ۲۰۰۵) دارند. قدرتی میرکوهی و

معناداری مشاهده نمی‌شود. همچنین نتایج صمدیان و اکبری (۱۳۹۱) نشان داد که میان بهداشت روانی و میزان تحصیلات رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

این موارد در خانواده‌هایی که یک یا چند فرزند با نیازهای ویژه دارند در شرایط خاص‌تری است. تامپلین^۱ و همکاران (۱۹۹۸) با تاکید بر اهمیت خانواده، عملکرد آن را در تأمین سلامت روانی والدین و فرزندان موثر دانسته‌اند. کودکان معلول و والدین آنها نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند، بلکه سایر اعضای خانواده، یعنی دیگر فرزندان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهند. به طوری که آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌های خانواده به سوی کودک معلول معطوف می‌شود؛ به بیان دیگر معلولیت یکی از فرزندان، مانع کارکردهای طبیعی خانواده می‌شود (مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۸۰). این حقیقت است که مهم‌ترین نگرانی والدین سلامت کودکان است. به دنیا آمدن یک کودک معلول یا آگاهی از این امر در مقطع دیگری از زمان، والدین را دچار شوک قوی عاطفی می‌نماید. به عبارت دیگر والدین این کودک یک واکنش سوگ تمام عیار را تجربه خواهند کرد. والدین کودک استثنایی در چنین شرایطی دچار احساس گنجی، آشفتگی فکری و درماندگی می‌شوند و قادر به درک توضیحات نیستند و بعد از آن، مرحله انکار و خشم از راه می‌رسد که نقطه آغاز کشمکش‌های خانوادگی نیز می‌باشد. والدین احساس بی‌علاقگی نموده و زندگی، معنای خود را از دست می‌دهد (نجبایی، ۱۳۹۰). تولد و داشتن فرزند معلول همواره به عنوان یکی از زمینه‌های آسیب‌زا در خانواده مطرح بوده است. علاوه بر این تعداد فرزندان می‌تواند اثرات متفاوتی بر رفتار و شخصیت و سلامت روحی و روانی اعضای خانواده داشته باشد. چنانچه پژوهش گرجی و محمودی (۱۳۹۱) نشان داد که سلامت روانی و سبک فرزندپروری مادران با یک فرزند

2. Mylander, Goldinmeadow

3. Dumas and et al

4. Eisenhower, Baker, Blacker

1. Tampline

۲۷ نفر از مادران دارای فرزند کم توان ذهنی) به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند. برای جمع آوری اطلاعات، علاوه بر سیاهه‌ی جمعیت شناختی به هر یک از والدین یک مقیاس بهداشت روانی ریف (RSPWB) ارائه شد. ریف برای اندازه‌گیری سازه بهداشت روانی این پرسشنامه را تدوین نمود. پس از بررسی‌های اولیه، نسخه‌ی اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ سوال است، تهیه شد (۱۹۸۹). این پرسش نامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس دارای ۱۴ عبارت) است. این پرسش نامه برای بزرگسالان تهیه شده و دو نسخه ۵۴ عبارتی و ۱۸ عبارتی نیز دارد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با عبارات مخالف یا موافق است.

برای هنجاریابی، این پرسشنامه بر روی نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا شد که در نهایت ضریب همسانی زیر مقیاس‌های آن بدین شرح گزارش شده است:

- خودمختاری = ۰/۷۶
- تسلط بر محیط = ۰/۹۰
- رشد فردی = ۰/۸۷
- ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۹۱
- زندگی هدفمند = ۰/۹۰
- پذیرش خود = ۰/۹۳

همچنین پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیر مقیاس‌ها نیز در یک نمونه‌ی ۱۱۷ نفری و در فاصله‌ی ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهداشت روانی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر اجرا کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهداشت روانی ریف ۰/۸۲ و

و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی بر روی ۲۰۰ نفر (۱۰۰ پدر و ۱۰۰ مادر) دانش آموزان دختر و پسر ناشنوا با عنوان «نشانگان تنیدگی، عوامل تنیدگی‌زا و راهبردهای مقابله در والدین دانش آموزان ناشنوا» به این نتایج دست یافتند که بین عوامل تنیدگی‌زا (مسائل خانواده، بدبینی، ویژگی‌های کودک و محدودیت‌های جسمانی) و نشانگان تنیدگی (رفتاری، شناختی، عاطفی و جسمانی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله هیجان-مدار، موجب افزایش نشانگان تنیدگی و استفاده از راهبردهای مقابله مسئله مدار، موجب کاهش تنیدگی می‌شود. همچنین مقایسه عوامل تنیدگی‌زا، نشانگان تنیدگی و راهبردهای مقابله پدران و مادران دانش آموزان ناشنوا نشان داد که پدران نسبت به مادران در مؤلفه محدودیت‌های جسمانی (عامل تنیدگی‌زا)، نشانگان رفتاری و مقابله رویارویی (هیجان‌مدار) به طور معنادار، بالاتر بودند. بنابراین نتایج پژوهش نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار، یکی از روش‌های مؤثر کاهش تنیدگی و فشارهای روانی برای والدین دانش آموزان ناشنواست. البته در این زمینه باید به میزان معلولیت فرزند نیز توجه نمود. چنانچه نتایج پژوهش عرفانی (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که بین سلامت عمومی والدین با علایم مرضی فرزندان ناشنوا آنها ارتباط معناداری وجود دارد یعنی با افزایش علایم مرضی در دانش آموزان ناشنوا، سلامت عمومی والدین کاهش می‌یابد و این می‌تواند نشان دهنده میزان تاثیرگذاری فرزند معلول در خانواده باشد.

روش

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی مادران دارای فرزند ناشنوا و یا کم توان ذهنی است که فرزندشان در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در مقطع ابتدایی مدارس استثنایی شهر کرج مشغول به تحصیل بوده‌اند. از این میان تعداد ۵۰ نفر از والدین (۲۳ نفر از مادران دارای فرزند ناشنوا و

خرده مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷، ۰/۷۹ به دست آمد. روش اجرا

در ابتدا با مراجعه به مدرسه استثنایی در شهر کرج و صحبت با مسوولان مدرسه و اعلام آمادگی آن‌ها برای ارائه سیاهه‌ها و تکمیل آن‌ها توسط والدین، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. به هر یک از مادران پرسشنامه بهداشت

روانی ریف و سیاهه مشخصات داده شد. پس از ارائه توضیحات لازم، سیاهه‌ها توسط والدین تکمیل و جمع‌آوری گردید. سپس، داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

فرضیه اول میان بهداشت روانی مادران دارای فرزند ناشوا و کم توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

در ابتدا با مراجعه به مدرسه استثنایی در شهر کرج و صحبت با مسوولان مدرسه و اعلام آمادگی آن‌ها برای ارائه سیاهه‌ها و تکمیل آن‌ها توسط والدین، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. به هر یک از مادران پرسشنامه بهداشت

جدول ۱: نتایج آزمون t برای مقایسه بهداشت روانی در دو گروه ناشوا و کم توان ذهنی

سطح معناداری	درجه آزادی	t	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	
۰/۹۸	۴۸	۰/۰۱	۱۱	۵۸/۱۷	ناشنوا	پذیرش خود
			۱۲/۴۹	۵۸/۱۱	کم توان ذهنی	
۰/۶۷	۴۸	۰/۴۲	۸/۹۸	۶۲/۳۵	ناشنوا	روابط مثبت
			۱۱/۳۴	۶۱/۱۱	کم توان ذهنی	
۰/۳۴	۴۸	۰/۹۴	۷/۹۹	۵۳/۱۷	ناشنوا	خودمختاری
			۶/۵۸	۵۱/۲۲	کم توان ذهنی	
۰/۶۵	۴۸	-۰/۴۵	۹/۸۴	۶۲/۷۴	ناشنوا	تسلط بر محیط
			۱۲/۲۷	۶۴/۱۹	کم توان ذهنی	
۰/۸	۴۸	۰/۲۵	۱۰/۶۲	۶۴/۹۶	ناشنوا	زندگی هدفمند
			۱۰/۷۴	۶۴/۱۹	کم توان ذهنی	
۰/۳۲	۴۸	۰/۹۹	۹/۱	۶۵/۶۱	ناشنوا	رشد فردی
			۱۱/۸۱	۶۲/۵۹	کم توان ذهنی	
۰/۷	۴۸	۰/۳۸	۴۵/۸۵	۳۶۷	ناشنوا	نمره کل
			۵۵/۳۴	۳۶۱/۴۱	کم توان ذهنی	

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد تفاوت معناداری در بهداشت روانی و خرده مقیاس‌های آن در مادران دو گروه وجود ندارد.

فرضیه دوم: رابطه معناداری میان میزان تحصیلات و بهداشت روانی مادران وجود دارد. در این پژوهش ۳۳ نفر از مادران دارای تحصیلات کمتر از دیپلم و ۱۷ نفر دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند.

جدول ۲: نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن

نمره کل	رشد فردی	زندگی هدفمند	تسلط بر محیط	خودمختاری	روابط مثبت	پذیرش خود	ضریب همبستگی	تحصیلات
۰/۲۶۳	۰/۱۸۹	۰/۱۲۴	۰/۲۳۴	۰/۲۸۹*	۰/۲۳۱	۰/۲۳۹	ضریب همبستگی	
۰/۰۶۵	۰/۱۸۹	۰/۳۸۹	۰/۱۰۱	۰/۰۴۲	۰/۱۰۶	۰/۰۹۵	سطح معناداری	
۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	تعداد	

* $P < 0.05$

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که تنها میان خرده مقیاس خودمختاری و میزان تحصیلات رابطه معناداری وجود دارد که این رابطه مثبت و متوسط گزارش می‌شود. معناداری دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون t برای مقایسه بهداشت روانی در دو گروه از والدین

سطح معناداری	df	t	انحراف استاندارد	میانگین	گروه
۰,۵۳	۴۸	-۰,۶۲	۱۲,۰۱	۵۸,۵۲	یک فرزند
			۹,۶	۵۵,۳۳	بیش از یک فرزند
۰,۹۹	۴۸	-۰,۰۰۳	۱۰,۳۶	۶۱,۶۸	یک فرزند
			۱۰,۲۱	۶۱,۶۷	بیش از یک فرزند
۰,۲۲	۴۸	۱,۲۲	۷,۵۲	۵۱,۶۶	یک فرزند
			۳,۸۳	۵۵,۵	بیش از یک فرزند
۰,۹۱	۴۸	۰,۱۱	۱۱,۵۱	۶۳,۴۵	یک فرزند
			۸,۶۷	۶۴	بیش از یک فرزند
۰,۴۷	۴۸	۰,۷۲	۱۱	۶۴,۱۴	یک فرزند
			۶,۰۵	۶۷,۵	بیش از یک فرزند
۰,۸۳	۴۸	۰,۲۰	۱۰,۷۸	۶۳,۸۶	یک فرزند
			۱۰,۶۲	۶۴,۸۳	بیش از یک فرزند
۰,۸۰	۴۸	۰,۲۴	۵۲,۳۶	۳۶۳,۳۲	یک فرزند
			۴۰,۵۶	۳۶۸,۸۳	بیش از یک فرزند

خواهد داشت. البته در این ارتباط باید به میزان و نوع مشکل فرزند و واکنش‌هایی که والدین در مواجهه‌ی اولیه با فرزند خود دارند، اشاره کرد.

یکی از این تاثیرات سوء، میزان بهداشت روانی مادران دارای فرزند استثنایی می‌باشد. به نظر می‌رسد این دسته از مادران به دلایل گوناگون در معرض آسیب‌های مختلف روحی و روانی قرار دارند. از این رو این پژوهش به دنبال آن است که به بررسی این موضوع و برخی عوامل مرتبط با آن بپردازد. در فرضیه اول نمره کل بهداشت روانی مادرانی که فرزند ناشنوا داشتند از مادرانی که فرزند کم توان ذهنی داشتند، بیشتر بود و این تفاوت در خرده

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان بهداشت روانی دو گروه از مادران وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

تولد یک فرزند استثنایی در خانواده می‌تواند اثرات مخربی بر جای گذارد و از آن جایی که والدین و به خصوص مادران وظیفه تربیت فرزندان را برعهده دارند این تاثیر سوء بر آنان بیشتر از سایر اعضای خانواده خواهد بود. در واقع تولد یک کودک با نیازهای ویژه که دور از انتظار والدین می‌باشد سبب آشفتگی روحی و روانی آنان شده و در تمامی ابعاد زندگی آنان، اثر منفی به همراه

اما این تفاوت معنادار نبود. در واقع احتمال این که مادران با حضور یک فرزند استثنایی دیگر در خانواده بهتر بتوانند برخورد نمایند، بیشتر است چرا که آنان تجربه ی لازم را در فرزند اول خود کسب کرده اند و امکان دارد که از این تجربه در تربیت و آموزش فرزند دیگر استثنایی خود به کار برند و در نهایت خود را در وضعیت بهتری از نظر شرایط روحی و روانی نسبت به تولد فرزند اول استثنایی قرار دهند. البته این شرایط به نوع معلولیت و جنسیت فرزند استثنایی و میزان آگاهی‌ها و... بستگی دارد. این یافته با نتایج گرجی (۱۳۸۸) و گرجی و محمودی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد.

تولد یک فرزند استثنایی در خانواده می‌تواند اثرات منفی بر جای گذارد و از آن جایی که والدین و به خصوص مادران، وظیفه تربیت فرزندان را برعهده دارند این تاثیر سوء بر آنان بیشتر از سایر اعضای خانواده خواهد بود.

نکته‌ای که در تمامی این فرضیه‌ها و تفاسیر مربوط به آن دارای اهمیت است این است که از آن جایی که در این پژوهش فقط یک شهر به عنوان جامعه و نمونه در نظر گرفته شده است نتایج حاصله را باید با احتیاط تعمیم داد. چه بسا در حجم نمونه بیشتر شاهد نتایج متفاوتی باشیم. از این رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، برای دستیابی به نتایج، لازم است این فرآیند را با گروه بزرگتر و سنجش مولفه‌های دیگری همچون سلامت روان، کیفیت زندگی و ... مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری :

با تشکر و قدردانی از تمامی مسئولان آموزش و پرورش استثنایی که مارا در اجرای این طرح یاری نمودند و با قدردانی فراوان از مادران دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی که در اجرای این طرح و تکمیل پرسشنامه‌ها ما را صمیمانه یاری نمودند.

مقیاس‌ها چندان محسوس نبود. اما در مجموع، این تفاوت‌ها معنادار نبود. شاید درباره این که میانگین کل مادران دارای فرزند ناشنوا بیشتر بوده، بتوان گفت که فرزند ناشنوا در سنین بزرگسالی به سبب آن که می‌تواند به تنهایی از عهده کارهای خویش برآید، فشار کمتری بر خانواده و به خصوص مادران وارد می‌کند در حالی که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی باید در همه شرایط مراقب فرزند خود باشند و این سبب افزایش فشارها و مشکلات شده که نتیجه آن کاهش میزان بهداشت روانی مادران خواهد بود. این یافته‌ها با یافته‌های دوماس و همکاران (۱۹۹۱)، ایزنهاور، بیکر و بلاکر (۲۰۰۵)، ارزنگی (۱۳۸۲) و گرجی و محمودی (۱۳۹۱) همسو بوده است. از سوی دیگر به نظر می‌رسد میزان بهداشت روانی افراد با میزان تحصیلات آنان ارتباط داشته باشد؛ چرا که اگر فردی دارای تحصیلات بالایی باشد، می‌تواند کنش بهتری در شرایط گوناگون و سخت محیط داشته باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که تنها میان خرده مقیاس خودمختاری مادران با میزان تحصیلات آنان رابطه‌ی معناداری برقرار است و شاید این مسأله از آن جهت باشد که مادران این دسته از دانش‌آموزان تمایل بیشتری به انجام امور خود و فرزندشان بدون دخالت دیگران دارند و در واقع حساسیت زیاد نسبت به این فرزندان، سبب این موضوع شده باشد. اما از جهتی نیز به نظر می‌رسد که افزایش آگاهی‌های والدین در نوع نگرش به فرزند با نیازهای ویژه سبب شده بهداشت روانی والدین تحت تاثیر معلولیت فرزند قرار نگیرد. این یافته با یافته‌های گلستانی‌بخت (۱۳۸۶) و صمدیان و اکبری (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در نهایت به بررسی تعداد فرزند استثنایی و ارتباط آن با بهداشت روانی مادران پرداخته شد. نتایج نشان داد که علی‌رغم این که والدین با بیش از یک فرزند استثنایی در نمره کل بهداشت روانی دارای میانگین بیشتری نسبت به مادران دارای یک فرزند استثنایی بودند

منابع

- ارژنگی، وجیه اله. (۱۳۸۲). تاثیر راهبردهای مقابله‌ای در کاهش تنیدگی والدین کودکان عقب مانده ذهنی و ناشنوا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- ارگیل، مایکل (۱۳۸۳). روان‌شناسی شادی. (ترجمه مسعود گوهر کی انارکی و همکاران). چاپ دوم انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- بهادری، اعظم. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین کودکان ناشنوا با بیش از یک فرزند ناشنوا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۲). تاثیر آسیب شنوایی کودک بر واکنش‌های عاطفی خانواده. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۱۵، ۱۴۲-۱۲۱.
- صمدیان، معصومه و اکبری، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی میزان بهداشت روانی مادران دارای فرزند استثنایی. پایان‌نامه کارشناسی، رشته روان‌شناسی؛ دانشگاه پیام نور.
- عرفانی، مرتضی. (۱۳۸۸). مقایسه رابطه علایم مرضی دانش‌آموزان ناشنوا و میزان سلامت عمومی والدین در نظام آموزش ویژه و نظام آموزش تلفیقی دوره ابتدایی شهر مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی.
- قدرتی، مهدی. (۱۳۸۹). نشانگان تنیدگی، عوامل تنیدگی زا و راهبردهای مقابله در والدین دانش‌آموزان ناشنوا. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۱۶۳، ۱۰-۱۷۳.
- کار، الان. (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت. (ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نخعی زند و باقر ثنائی). چاپ اول، انتشارات سخن.
- گرچی، رضا. (۱۳۸۹). مقایسه رابطه‌ی بین سبک فرزندپروری و سلامت عمومی والدین با یک فرزند ناشنوا و بیشتر در شهر کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز.
- گرچی، رضا و محمودی، احمد. (۱۳۹۱). مقایسه سبک فرزندپروری و سلامت روانی مادران دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۱۳.
- گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). ارایه الگوی بهداشت روانی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. رساله دکترای تخصصی؛ دانشگاه الزهرا.
- میکاییلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم توان ذهنی: اثر سبک‌های مقابله‌ای. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۵۳، ۶۷-۱.
- نجبایی، سید صدرا. (۱۳۹۰). بررسی تحلیلی و مقایسه ویژگی‌های زیستی - شناختی - روانی و اجتماعی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی در مناطق شهری و روستایی استان مازندران. رساله دکترای؛ دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and proposal for anationalindex. *American psychology*, 55, 34- 43.
- Lu Yu, & Dong xie, (2008). The relationship between desirable and undesirable gender role traits, and their implications for psychological well-being in Chinese culture, *journal of personality and individual Differences*, 44, 1517-1527.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and Motivational processes in well-being. *American psychologist*. 56, 239-249
- Wu, C.H., & Chen, L.H, & Tsai, Y.M. (2009). Longitudinal invariance analysis of the Satisfaction with life scale. *journal of personality and individual Differences*, 45, 396-401