

مقایسه اضطراب، افسردگی و استرس در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و زوجین دارای فرزند عادی

صمد توکلی^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب، افسردگی و استرس در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و عادی شهر اصفهان، با روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای انجام شد. گروه نمونه والدین ۷۰ کودک کم توان ذهنی دو مدرسه کودکان استثنایی و همچنین ۷۰ کودک عادی از دو دبستان ابتدایی دخترانه و پسرانه عادی به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (DASS۲۱) مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد بین افسردگی، اضطراب و استرس زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و عادی تفاوت معنادار وجود دارد و در والدین دارای فرزند کم توان ذهنی بیشتر است. تولد فرزند معلول، مشابه متغیری بحران‌زا، افزایش افسردگی، اضطراب و استرس را در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی در پی دارد.

واژه‌گان کلیدی: اضطراب، افسردگی، استرس، والدین، کم توان ذهنی.

۱- کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)
tavakoli199191@gmail.com

مقدمه

خانواده اولین و مهم‌ترین نظام ارتباطی برای کودکان به شمار می‌رود. تمامی اعضای خانواده در ایجاد سلامت روانی مهم هستند؛ زیرا خانواده منبع اصلی مراقبت و حمایت است (ویدمر، کمپف، ساپین و گالی-کارمیناتی^۱، ۲۰۱۳). در این میان والدین به عنوان اولین عامل اجتماعی کردن کودکان نقش مهمی در تحول روانی و اجتماعی کودکان بر عهده دارند حتی اگر کودک کم‌توان ذهنی^۲ باشد (قطب‌زاده و شاکرنیا، ۱۳۹۴). کم‌توانی ذهنی نارسایی یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتار سازشی و مهارت‌های عملی، اجتماعی و فکری است که تا قبل از سن ۱۸ سالگی به وجود می‌آید (مالیک، آنوین، لارکین، کروز و رز^۳، ۲۰۱۷). باید در نظر داشت که با توجه به ویژگی‌های خاص افراد کم‌توان ذهنی در زمینه‌های هوشی و یادگیری، نمی‌توان انتظار داشت رشد و تکامل جنبه‌های روانی در آن‌ها طبیعی باشد. کودک کم‌توان ذهنی خود را نسبت به اطرافیانش ضعیف و ناتوان احساس می‌کند و مرتباً از طرف دوستان یا مربیان به علت شکست‌های پی‌درپی تحقیر می‌شود، بنابراین نه تنها شخصیت او تعدیل نمی‌گردد، بلکه موجب ناکامی و بروز واکنش‌های عاطفی شدید و نابجا شده که شخصیت او را کاملاً نامتعادل می‌سازد (سوئنن، برکلیر و اسکالت^۴، ۲۰۰۹). این مساله می‌تواند مشکلات عمده‌ای را برای آن‌ها و خانواده‌هایشان به دنبال داشته باشد و موجب برهم خوردن نظام ارتباطی خانواده شود. تولد و حضور کودکی با معلولیت‌های جسمی و هیجانی مانند کودک کم‌توان ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. والدین این کودکان از لحاظ والدگری سطوح بالاتری از احساس نارضایتی در زندگی را نسبت به سایر والدین تجربه می‌کنند که این معمولاً ناشی از اضطراب و استرس داشتن یک کودک استثنایی است تا عملکرد

¹ Widmer, E. D., Kempf, N., Sapin, M., & Galli-Carminati, G.

² mental retarded

³ Malik J, Unwin G, Larkin, Kroese, Rose

⁴ Soenen S, Berckelaer IV, Scholte E

شخصی‌شان (اسکورینگا، ون‌نوه‌ایزن، دکسترو و ماتیز^۱، ۲۰۱۵). در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرنیگ، گری، تاف، سونی و ایفیلد^۲، ۲۰۰۶). هم‌چنین حضور یک کودک معلول در خانواده می‌تواند کارکردهای روانشناختی خانواده را تغییر دهد و در سطح کلان، بر سلامت روانی، پویایی و هدفمندی خانواده تاثیر گذارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در احساس شدید غم و اندوه عود کننده و احساس یاس و ناامیدی از گذشته دور درگیر هستند (فاست و اسیور^۳، ۲۰۰۸). زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به طور معنی‌داری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است (کیمیایی، محرابی، میرزایی، ۱۳۸۹). زمانی که عامل استرس‌زا، زندگی انسان را تحت تاثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی انسان از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی، آسیب‌پذیر می‌گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب^۴ و افسردگی^۵ فرا خوانده می‌شود (ریو^۶، ۱۳۹۵). استرس شدید و بلند مدت نظیر تغییرات زندگی (هارکنیس و لاتر^۷، ۲۰۰۱) می‌تواند توانایی سازگاری فرد را تحت تاثیر قرار دهد، موجب افسردگی شود و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (کی کولت - گلاس، اسپیچر، هالیدی و گلاس^۸، ۲۰۰۲). اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با علائم دستگاه خودمختار همراه می‌شود. مثل تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق،

¹ Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M.V., de Castro, B.O., Matthys, W

² Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S

³ Faust, H. & Scior, K

⁴ Anxiety

⁵ Depression

⁶ Reeve, J

⁷ Harkness, K, L., & Luther, J

⁸ Kiecolt- Glaser, J.K., Speicher, C.E., Holiday, J. E., & Glaser, R

سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می‌شود. افسردگی نیز از جمله اختلالات خلقی محسوب می‌شود که خود را بر اساس معیارهای DSM-5 با علائم خلق افسرده (به معنی غم- ناامیدی و احساس خلاء)، از دست دادن لذت یا علاقه، کندی روانی- حرکتی، احساس گناه و افکار مربوط به مرگ، ناتوانی در تمرکز و از دست دادن انرژی می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان کم‌توان ذهنی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (خمیس^۱، ۲۰۰۷). برای نمونه می‌توان به واکنش‌هایی مانند اندوه مزمن در تحقیق اولسون وهاوانگ^۲ (۲۰۰۱)؛ افسردگی، اضطراب و پرخاشگری (راید-برنت^۳، ۱۹۹۰؛ به نقل از نریمانی، آقامحمدیان، و رجبی، ۱۳۸۶)؛ استرس (گوپتا و کائور^۴، ۲۰۱۰)؛ فشار روانی، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی (کوهسالی، میر زمانی، کریملو، و میرزمانی، ۱۳۸۷)، واکنش‌های نوروبیولوژیک (خواجه پور، ۱۳۷۷؛ به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶)؛ سطح بهزیستی روانشناختی ضعیف، پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی، روانپریشی، جسمانی کردن و افسردگی (بیات، صالحی، بزرگ نژاد، و اصغری، ۲۰۱۱) و افسردگی (اولسون و وانگ^۵، ۲۰۰۱؛ موو، کو، و چانگ^۶، ۲۰۰۵) اشاره کرد. در مطالعه‌ای نشان داده شد که بین سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جمع‌بندی ادبیات پژوهشی نمایانگر آن است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند و توجه به

¹ Khamis

² Olsson, M. B., Hwang, C. P

³ Ryde- Brandt

⁴ Gupta, R. K., Kaur, H

⁵ Olsson, M. B., Hwang, C. P

⁶ Mu, P. F., Kuo, H. C., Chang, K. P

والدین کودکان کم توان ذهنی، شناخت مشکلات سلامت روان آنها و حتی آموزش برنامه‌های بهداشت روانی بسیار حایز اهمیت است؛ چرا که این والدین هستند که نقش مراقبتی، امنیتی، کنترلی و رشدی فرزندان را بر عهده دارند و اثرات پایداری قبل از ورود کودک به مدرسه دارند. این امر وقتی امکان پذیر است که ما درک و فهم دقیقی از تجاربی که خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی و مشکلات سلامت روانی اعضای خانواده به خصوص پدران و مادران این کودکان با آن دست به گریبان هستند، به دست آوریم. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اضطراب، افسردگی، استرس در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و زوجین دارای فرزند عادی انجام شد.

روش پژوهش

طرح پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین دارای کودکان (۶ تا ۱۲ ساله) کم‌توان ذهنی تحت آموزش "مدارس کودکان استثنایی شهر اصفهان" و زوجین دارای کودکان عادی (۶ تا ۱۲ ساله) مقطع ابتدایی شهر اصفهان بودند. که با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از میان نواحی آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۴ به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس دو مدرسه ابتدایی دخترانه و پسرانه عادی و دو مدرسه ویژه کودکان استثنایی از میان مدارس این ناحیه به صورت تصادفی انتخاب و پس از مراجعه به مدارس و هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس، ۷۰ دانش‌آموز (۳۵ دختر و ۳۵ پسر) از دو مدرسه کودکان استثنایی و ۷۰ دانش‌آموز (۳۵ دختر و ۳۵ پسر) از دو مدرسه ابتدایی عادی و در مجموع ۱۴۰ دانش‌آموز جهت نمونه‌گیری انتخاب شده‌اند. معیار ورود به پژوهش سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال والدین بود. پس از جلب مشارکت و رضایت و همکاری والدین دانش-آموزان، پرسشنامه سنجش اضطراب، استرس و افسردگی میان والدین توزیع و اجرا شد. با وجود توضیحات کامل درج شده در پرسشنامه درباره نحوه پاسخگویی، هنگام اجرای

پرسشنامه، محقق به صورت شفاهی نیز توضیحات کامل در مورد هدف پژوهش و شیوه پاسخگویی را به آزمودنی‌ها داد. همچنین پژوهشگر بر روند پاسخگویی آزمودنی‌ها نظارت کامل داشت و در صورت لزوم به سؤالات و ابهامات درباره سؤالات پرسشنامه پاسخ می‌داد.

جهت سنجش افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (DASS21)^۱ که اولین بار توسط لاویباند و لاویباند^۲ (۱۹۹۵) ارائه گردید، استفاده شد. پرسشنامه شامل ۲۱ سوال با مقیاس لیکر تی می باشد که ۷ سوال آن مربوط به استرس (سؤال‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸)، ۷ سوال مربوط به اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰) و ۷ سوال مربوط به افسردگی (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱) می‌باشد و آزمودنی باید فراوانی علائم مطرح شده را در طول هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند. لاویباند (۱۹۹۵) نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱ برای افسردگی، ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب می‌باشد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی با پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین، آنتونی، بلین، کوکس، سوینسون و انس^۳ (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۰۷، ۲/۸۹، ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که پایایی به روش بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب

^۱ Depression Anxiety Stress Scale

^۲ Lovibond, S. H., Lovibond, P. F

^۳ Anthony, M., Bieling, P., Cox, B., Swinson, R., Enns, M

و تنیدگی به ترتیب برابر $0/80$ ، $0/76$ و $0/77$ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر $0/81$ ، $0/74$ و $0/78$ گزارش نمودند. صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) نیز در پژوهش خود همبستگی‌های بین زیرمقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک $0/70$ ، زیرمقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زنانک $0/67$ و زیرمقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده $0/49$ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه (DASS ۲۱) نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ برای سه مؤلفه پرسشنامه به ترتیب برای اضطراب $0/71$ ، برای استرس $0/79$ و افسردگی $0/81$ گزارش شد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS۲۲ و روشهای آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد نمونه در مادران ۳۲ سال و در پدران ۳۵ سال بود. $18/1$ درصد فرزندان این والدین در پایه اول، $25/3$ درصد در پایه دوم، $12/8$ درصد در پایه سوم، $24/7$ درصد در پایه چهارم $19/1$ درصد در پایه پنجم مشغول به تحصیل بودند. $56/6$ درصد فرزندان این والدین جزء فرزند اول خانواده، $13/7$ درصد از فرزند میانی و $29/8$ درصد از فرزند آخر خانواده بودند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه مادران و پدران دارای فرزند کم توان ذهنی و فرزند عادی آورده شده است.

**جدول ۱: شاخص‌های آماری مربوط به استرس، افسردگی، اضطراب در مادران و پدران
دو گروه دارای فرزند کم‌توان ذهنی و دارای فرزند عادی**

		مادران		پدران	
گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
استرس	فرزند عادی	۷/۲۹	۴/۳۴	۵/۶۰	۲/۲۰
	فرزند کم‌توان ذهنی	۸/۷۴	۲/۲۰	۸/۰۰	۱/۸۸
اضطراب	فرزند عادی	۵/۲۳	۲/۵۶	۵/۵۷	۲/۵۹
	فرزند کم‌توان ذهنی	۸/۹۷	۱/۸۸	۸/۵۱	۱/۶۹
افسردگی	فرزند عادی	۶/۷۱	۲/۲۱	۵/۷۷	۲/۴۷
	فرزند کم‌توان ذهنی	۸/۷۹	۲/۲۰	۹/۰۹	۱/۹۸

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس بیشترین میانگین را در بین پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نسبت به پدران و مادران دارای فرزند عادی برخوردار است.

برای بررسی تفاوت میان دو گروه زوجین دارای فرزند عادی و زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی از نظر میزان اضطراب، افسردگی و استرس، از آزمون تحلیل واریانس چند-متغیره (جداول ۲ و ۳) استفاده شد. بررسی نتایج آزمون M باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است ($M \text{ BOX}=۶/۳۲$ ، $F=۰/۲۵۲$ ، $p>۰/۰۵$).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مقیاس‌های اضطراب، استرس و افسردگی در دو گروه مادران

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	p	مجذور اتا
گروه	استرس	۷۴/۳۱	۱	۷۴/۳۱	۶/۲۹	۰/۰۱۳	۰/۰۴
	افسردگی	۴۹۰/۳۱	۱	۴۹۰/۳۱	۹۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	اضطراب	۱۵۰/۱۸	۱	۱۵۰/۱۸	۳۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸
خطا	استرس	۱۶۳۱/۶۶	۱۳۸	۱۱/۸۲			
	افسردگی	۶۹۴/۲۹	۱۳۸	۵/۰۳			
	اضطراب	۶۷۰/۰۷	۱۳۸	۴/۸۶			
کل تصحیح شده	استرس	۱۷۰۵/۹۷	۱۳۹				
	افسردگی	۱۱۸۴/۶۰	۱۳۹				
	اضطراب	۸۲۰/۲۵	۱۳۹				

نتایج آماره هاتلینگ برای بررسی اثر متغیر دو گروه (مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی) روی ترکیب خطی متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس حاکی از وجود تفاوت معنادار دو گروه بود ($p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۷/۰۶$) و لامبدای ویلکز برابر با ۰/۵۵ بود. برای بررسی اثر گروه در هر یک از متغیرها از آزمون تحلیل واریانس تک-متغیره استفاده شده است. نتایج در جدول ۲ بیانگر آن است که بین اضطراب، افسردگی و استرس در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان این تفاوت بنا به ستون مجذور اتا برای اضطراب، افسردگی و استرس به ترتیب برابر ۴، ۴۱ و ۱۸ درصد می باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مقیاس‌های اضطراب، استرس و افسردگی در دو گروه پدران

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون	p	مجذور اتا
گروه	استرس	۲۰۱/۶۰	۱	۲۰۱/۶۰	۴۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	افسردگی	۳۰۳/۱۱	۱	۳۰۳/۱۱	۶۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	اضطراب	۳۸۴/۴۶	۱	۳۸۴/۴۶	۷۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	استرس	۵۷۶/۸۰	۱۳۸	۴/۱۸			
	افسردگی	۶۵۸/۶۳	۱۳۸	۴/۷۷			
	اضطراب	۶۹۱/۸۳	۱۳۸	۵/۰۱			
کل تصحیح شده	استرس	۷۷۸/۴۰	۱۳۹				
	افسردگی	۹۶۱/۷۴	۱۳۹				
	اضطراب	۱۰۷۶/۲۹	۱۳۹				

نتایج آماره هاتلینگ برای بررسی اثر متغیر دو گروه (پدران دارای فرزند کم توان ذهنی و پدران دارای فرزند عادی) روی ترکیب خطی متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس حاکی از وجود تفاوت معنادار دو گروه بود ($F=55/93$, $p<0/001$) و لامبدای ویلکز برابر با ۰/۴۴ بود. برای بررسی اثر گروه در هر یک از متغیرها از آزمون تحلیل واریانس تک-متغیره استفاده شده است. نتایج در جدول ۳ بیانگر آن است که بین اضطراب، افسردگی و استرس در پدران دارای فرزند کم توان ذهنی و پدران دارای فرزند عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان این تفاوت بنا به ستون مجذور اتا برای اضطراب، افسردگی و استرس به ترتیب برابر ۲۶، ۳۲ و ۳۶ درصد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب، افسردگی، استرس در زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی و زوجین دارای فرزند عادی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد، تفاوت

میزان بین اضطراب، افسردگی و استرس در دو گروه مادران و پدران معنادار می‌باشد، به طوری که میزان آن در والدین با کودک کم توان ذهنی، بیشتر از والدین با کودکان عادی می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر به صورت مستقیم و غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های کیمیایی و همکاران (۱۳۸۹)، کوهسالی و همکاران (۱۳۸۷)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۶)، مهرابی‌زاده و همکاران (۱۳۸۴)، لاجوردی (۱۳۷۱)، بیات و همکاران (۲۰۱۱)، گوپتا و کائور (۲۰۱۰)، موو و همکاران (۲۰۰۵)، اولسون و وانگ (۲۰۰۱) اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های فوق باید گفت، یکی از منابع اصلی، استرس و فشار روانی زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی ویژگی‌های کودک، مانند مشکل در بیان کلامی، بی‌ثباتی‌های شناختی، مشکلات رفتاری، سازش‌پذیری و شدت ناتوانی‌ها می‌باشد (زندى، لواسانی، افروز و مردوخى، ۲۰۱۷). والدین وقتی با فرزند ناتوان خود روبرو می‌شوند، به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید می‌گردند و همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر بیندازد. والدین این کودکان به علت داشتن فرزند کم توان ذهنی، احساس گناه می‌کنند و دچار پریشانی‌های هیجانی می‌شوند. آنها به خاطر داشتن فرزند کم توان ذهنی ناکامی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به آینده و کسب موفقیت فرزندشان نگران هستند (ویس، سالیوان و دیاموند^۱، ۲۰۰۳). همچنین از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد برای مواجهه با مشکلات استفاده می‌نمایند که مجموعه این عوامل می‌تواند به درماندگی این والدین منجر شود. که همین امر منجر می‌شود تا میزان استرس و اضطراب و افسردگی آنان افزایش یابد (خمیس، ۲۰۰۷). افزایش اضطراب و استرس می‌تواند بهزیستی هیجانی والدین را پایین بیاورد. در واقع، چالش‌های فراروی والدین با کودک کم توان ذهنی از قبیل یافتن برنامه‌های آموزشی و تحصیلی مناسب، منجر می‌شود آن‌ها استرس بالایی را تجربه نمایند که می‌تواند رضایت از ندگی را کاهش دهد که باعث می‌شود در بلندمدت سازگاری با

¹ Weiss, J. A., Sullivan, A., & Diamond, T

موقعیت‌های تنش‌زا در این افراد کاهش یابد (قطب‌زاده و شاکری‌نیا، ۱۳۹۴). این اختلال طیف متنوعی از ناهنجاری‌های ارتباطی، رفتاری و اجتماعی را در برمی‌گیرد و پذیرش واقعیت برای والدین بسیار مشکل است، همین عدم انطباق با مشکل کودک به بروز اضطراب در آنان منجر می‌شود (سوئتن و برکلیر، ۲۰۰۹). همچنین والدین کودکان کم‌توان ذهنی، بیشترین میانگین اختلال روانی را در بعد افسردگی داشتند. والدین به دلیل احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی می‌گردند. در مجموع این شرایط می‌تواند سبب احساس ناامیدی، گوشه‌گیری و عدم علاقه به روابط اجتماعی و پایین آمدن عزت نفس و احساس بی‌ارزشی در زوجین دارای کودکان کم‌توان ذهنی گردد که پیامد کاهش عزت نفس، بروز افسردگی در زوجین دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌باشد (السون و وانگ، ۲۰۰۱).

این پژوهش همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله این موارد، محدود بودن نمونه پژوهش حاضر به جامعه والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی شهر اصفهان، که تعمیم نتایج یافته‌ها به مادران و پدران با فرزندان با مشکلات و اختلالات روانی دیگر و نیز زوجین سایر شهرها با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، تحقیقی مشابه در مورد معلمان کودکان کم‌توان ذهنی و در سایر شهرها انجام گیرد. جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی کار نیز، از ابزارهای مختلف برای ارزیابی استرس، اضطراب و افسردگی از جمله مصاحبه و مشاهده نیز در روند کار استفاده گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای تمامی روانشناسان کلینیک‌ها و نیز خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی جهت ارتقا و بهبود سلامت روان آن‌ها در خصوص کاهش هیجانات و احساسات منفی ناشی از داشتن کودک کم‌توان ذهنی برگزار گردد تا در جهت بهبود سلامت روان این والدین قدمی برداشته شود.

منابع

- (۱) ریو، جان مارشال (۱۳۹۵). **انگیزش و هیجان**، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش. (نشر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- (۲) سامانی، سیامک، جوکار، بهرام (۱۳۸۶). «بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی»، **فصلنامه علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه شیراز**، ۲۶ (۳): ۷۶-۶۵.
- (۳) صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه (۱۳۸۴). «اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی»، **فصلنامه روانشناسی تحولی**، ۱ (۴): ۵۴-۳۶.
- (۴) قطب زاده اسرار، فرحناز و شاکری نیا، ایرج (۱۳۹۴). «رابطه سبکهای فرزندپروری والدین با رفتار سازشی دانش آموزان کم توان ذهنی»، **فصلنامه سلامت روانی کودک**، ۲ (۳): ۵۸-۴۹.
- (۵) کوهسالی، معصومه؛ میرزمانی، سید محمود؛ کریملو، مسعود و میرزمانی، منیره سادات. (۱۳۸۷). «مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر»، **مجله علوم رفتاری**، ۲ (۲): ۱۷۲-۱۶۵.
- (۶) کیمیایی، سیدعلی؛ محرابی، حسین و میرزایی، زهرا (۱۳۸۹). «مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد»، **فصلنامه مطالعات تربیتی و روانشناسی**، ۱۱ (۱): ۲۷۸-۲۶۱.
- (۷) مهربانی زاده، مهناز؛ نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا (۱۳۸۴). «مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی»، **فصلنامه کودکان استثنایی**، ۱ (۲): ۲۷-۱۳.
- (۸) نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران. (۱۳۸۶). «مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی»، **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، ۳۳: ۲۴-۱۵.

- 9) American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Washington, D.C, London, England.
- 10) Anthony, M., Bieling, P., Cox, B., Swinson, R., Enns, M. (1998). psychometric properties of the 42 item and 21 item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical and a community sample. *Psychological Assessment*, 10: 176-181.
- 11) Bayat, M., Salehi, M., Bozorgnezhad, A., & Asghari, A. (2011). The comparison of psychological problems between parents of intellectual disabilities children and parents of normal children. *World Applied Sciences Journal*, 12(4): 471-475.
- 12) Faust, H. & Scior, K. (2008). Mental health problems in young people with intellectual disabilities; the impact on parents. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 21: 414-424.
- 13) Gupta, R. K., Kaur, H. (2010). Stress among Parents of Children with Intellectual Disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 21, 20-32.
- 14) Harkness, K, L., & Luther, J. (2001). Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 564- 572..
- 15) Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12): 874-882.
- 16) Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64(4): 850-857.
- 17) Kiecolt- Glaser, J.K., Speicher,C.E., Holiday, J. E., & Glaser, R.(2002).Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein- barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7: 1-12.
- 18) Lovibond, S., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales: Psychology Foundation of Australia. Inc.: Sydney.
- 19) Malik J, Unwin G, Larkin , Kroese , Rose. (2017). The complex role of social care services in supporting the development of sustainable identities: Insights from the experiences of British South Asian women with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*; 63(1): 74-84.
- 20) Mu, P. F., Kuo, H. C., Chang, K. P. (2005). Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 42: 273-82.

- 21) Olsson, M. B., Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J Intellect disabil Res* , 45(6): 535-343.
- 22) Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M.V., de Castro, B.O., Matthys, W. (2015). Parenting and the parent-child relationship in families of children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior. *Res Dev Disabil*. 36: 1-12.
- 23) Soenen S, Berckelaer IV, Scholte E. (2009). Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*. 30(3): 433-444.
- 24) Weiss, J. A., Sullivan, A., Diamond, T. (2003). Parent stress and adaptive functioning of individuals with developmental disabilities. *J Dev Disabil*, 10(1):130-135.
- 25) Widmer, E. D., Kempf, N., Sapin, M., & Galli-Carminati, G. (2013). Family beyond parents? An exploration of family configurations and psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(1): 207-217.
- 26) Zandi, H., Lavasani, M. G., Afrooz, G., & Mardookhi, M. S. (2017). A Comparative Study of Mental Health between Fathers of Exceptional Children Suffering from Intellectual Disability, Multiple Disabilities, Physical-Motor Disorder, Visual Impairment and Hearing Impairment and Fathers of Normal Children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 7, 104-104.