

نیمرخ روانشناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی

آرمین محمودی^۱*

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۰ صص ۱۳۰-۱۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۳/۲۹

چکیده

تولد کودک عقب‌مانده ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحران‌ها به‌خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیر باشند. این مطالعه با هدف نیمرخ روانشناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی شهر یاسوج انجام شد. این مطالعه از نوع مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری، مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی مدارس شهر یاسوج بودند، ۱۴۰ نفر شامل؛ ۷۰ نفر مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و ۷۰ نفر مادران کودکان عادی پس از کسب رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند، نمونه‌گیری به روش آسان و با مراجعه به دبستان کودکان استثنایی و یک دبستان کودکان عادی که به‌تصادف از مدارس دولتی یاسوج انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه پذیرش و عمل، مقیاس نارسایی شناختی و مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. از دانش آموزان مورد مطالعه را ۸۹ نفر (۶۴) پسران و ۵۱ نفر (۳۶) دختران بودند. یافته‌ها نشان داد نمرات مادران دارای کودک عقب‌مانده در متغیرهای نارسایی شناختی نارسایی هیجانی، ابعاد آنها و اجتناب تجربی از مادران دارای کودک عادی بالاتر است (P=۰/۰۱). نتایج مطالعه نشان داد که بین مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی از لحاظ نارسایی شناختی و نارسایی هیجانی و اجتناب تجربی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی نسبت به گروه دیگر از شیوه‌های منفی و ناکارآمد مقابله با فشار روانی به میزان بیشتری استفاده می‌کنند. این مادران با به کار بردن شیوه‌های منفی و ناکارآمد، فشار روانی را در خود افزایش می‌دهند.

کلید واژه‌ها: نیمرخ روانشناختی، اجتناب تجربی، نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی

^۱ گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

* نویسنده مسئول مقاله: Armin.iauyasuj@yahoo.com

مقدمه

تربیت کودک عادی و سالم برای والدین هم لذت بخش و هم دارای مشکلات و نگرانی‌های فراوانی است. این مشکلات در مورد خانواده‌های کودکان دارای نیازهای ویژه به مراتب مشکل‌تر و با فشار بیشتری می‌باشد. پدران و مادران درباره کودکان خود که هنوز به دنیا نیامده‌اند، رویاها و تخیلاتی دارند. آنان ویژگی‌های کودک دلخواه خود را در حد بسیار مطلوب و مطابق میل خویش تصور می‌کنند اما تمام این رویاها با به دنیا آمدن یک کودک معلول فرو می‌ریزد و یکی پس از دیگری محو می‌شود (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۴).

خانواده جایگاهی امن برای ارضای نیازهای گوناگون اعضا است (Taghizadeh, 2017) که هرگونه تغییر و اختلال در خانواده و اجزای آن علاوه بر تنیدگی و به هم ریختگی در اعضای خانواده (Janabadi, 2015) ممکن است منجر به مختل شدن کل نظام خانواده گردد که به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء خانواده را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد خواهد نمود.

با عنایت به این موضوع، تولد یا حضور یک کودک معلول ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی تلخ و چالش‌زا محسوب گردد (Ahmadi, 2014). بر اساس تعریف انجمن روانشناسی آمریکا، معلول ذهنی به کسی اطلاق می‌شود که بهره هوشی او زیر ۷۰ و دارای نقص در کارکردهای تطابقی باشد و قبل از ۱۸ سالگی اتفاق بیفتد (Forenton, 2016).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد جامعه دچار معلولیت می‌باشند که بین ۴ تا ۴/۵ درصد اشخاص نیز دچار معلولیت شدید می‌شوند که باید خدمات ویژه‌ای دریافت نمایند (Taghizadeh, 2017).

معلولیت‌های کودک مبتلابه عقب‌ماندگی ذهنی مراقبت‌های ویژه جسمی و آموزشی را می‌طلبد که موجب به هم خوردن آرامش و تعادل خانواده می‌گردد و چنین خانواده‌هایی به‌منظور حل مسائل روزمره زندگی با کودک عقب‌مانده و خواهر و برادران سالم آن‌ها نیاز به کمک دارند (Brayan & rabert, 2003).

یکی از متغیرهای که به نظر می‌رسد با وضعیت روانی خانواده‌های دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی مرتبط باشد اجتناب تجربی^۱ می‌باشد. اجتناب تجربی سازه‌ای است که به‌منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی است که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (His et al, 1996)

¹ experimental avoidance

این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بد و تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. اجتناب تجربی به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته‌شده است. (Balanger et al, 2010).

اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (افرت، فورس، آرج، اسپجو، کلر و لانگر؛ ۲۰۰۹). اجتناب تجربی شامل مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط به هم است و فرونشانی تفکر، فرونشانی هیجانی، مقابله‌ی اجتنابی و ارزیابی مجدد را شامل می‌شود (Venzolaf & Venger 2000). نقش این فرایند فرا تشخیصی در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روانی پررنگ شده است. اجتناب تجربی به‌ویژه فرونشانی تفکر در افسردگی نقش مهمی دارد و افراد مبتلا به افسردگی نسبت به گروه غیر بالینی اجتناب تجربی بیشتری را گزارش می‌دهند (Kashdan et al, 2009). همچنین در پژوهشی نشان داده‌شده است که افرادی که اجتناب تجربی بیشتری را تجربه می‌کنند، اضطراب و ناراحتی عاطفی و هیجانی بیشتری را نشان می‌دهند (Feldner et al, 2003).

همچنین یافته‌های دیگر مبین آن است که آموزش حل مسأله بر بهبود مهارت‌های جرأت‌ورزی، همکاری و کنترل خود و مهارت‌های حل مسأله شناسایی و درک احساسات و مهارت مسأله‌گشایی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی افرادی که از توانایی حل مسأله برخوردار نیستند در مواجهه با موانع ممکن است رفتارهای تکانشی از خود بروز دهند، احساس ناکامی کنند، پرخاشگر شوند یا برای دوری از موقعیت مشکل‌ساز گوشه‌گیر شوند. تکرار چنین تجربه‌هایی می‌تواند به ایجاد و بروز رفتارهای غیر انطباقی منجر شود (Shahgholian & Mahnaz, 2011).

متغیر دیگری که احتمال می‌رود با مشکلات مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی ارتباط داشته باشد نارسایی شناختی^۱ می‌باشد. نارسایی شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی می‌باشد. (Wallace et al, 2006).

منظور از نارسایی‌های شناختی، خطاهایی است که به‌طور روزانه در توجه، حافظه و ادراک رخ می‌دهد. به عبارتی مشکلات خانواده‌های دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در تجربه موقعیت‌های عادی روزانه است که با خطا در کنترل کردن پردازش مرتبط است، مانند تمرکز بر توجه و حافظه کاری (Austin et al, 2001). منظور از نارسایی‌های شناختی، خطاهایی است که به‌طور روزانه در

¹ Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & langer

² cognitive failures

توجه، حافظه و ادراک رخ می‌دهد. به عبارتی مشکلات افراد در تجربه موقعیت‌های عادی روزانه است که با خطا در کنترل کردن پردازش مرتبط است، مانند تمرکز بر توجه و حافظه کاری (Austin, 2001). اگرچه نارسای‌های شناختی خطرناک نیستند، اما اگر در شرایط جدی مانند سوانح رانندگی یا بستری کردن در بیمارستان رخ دهند، خطرناک است.

از متغیرهای دیگر این پژوهش نارسای هیجانی^۱ است. نارسای هیجانی سازه‌ای چندوجهی است که با هوش هیجانی ارتباط تنگاتنگ و معکوسی دارد و واجد مشخصاتی است که عبارت‌اند از: دشواری در شناخت احساس‌ها و توصیف احساس‌ها، توانایی کم در تمایز میان احساس‌ها و حس‌های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، کم بودن تخیل و تفکر درون‌نگرانه ضعیف و عینی (Bagby & Parker, 1997؛ به نقل از Taylor, 2000). نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه سالم و رضایت‌بخش با کودک عقب‌مانده ذهنی نیازمند توانایی تشخیص عواطف و هیجان‌ها و توانایی ابراز آن‌ها (Besharat Ganji, 2011) و توانایی فهمیدن و درک کردن احساسات آن‌ها است (Wachs & Cordova, 2007). نشان داد که سطوح بالای نارسای شناختی مختل با ناگویی خلقی رابطه مثبت معناداری دارد. بدین معنا که آزمودنی‌ها با نارسای شناختی بالا در مقایسه با آزمودنی‌هایی با نارسای شناختی پایین عملکرد پایین‌تری در زمینه تحصیل داشتند (Pourabdol, 2015).

امروزه در تحقیقات عموماً این نظر اتخاذ شده است که کودکان مبتلا به مسائل سازگاری، به معنای وسیع‌تر، دارای کمبودهای شناختی هستند. (Shokohi & Parand, 2010).

از دیگر پیامدهای منفی کودکان کم‌توان ذهنی بر والدین به‌طور خاص و خانواده به‌طور کل می‌توان به از دست دادن عزت‌نفس، داشتن احساسات متضاد و دوگانه، افسردگی، احساس حقارت و بهداشت روان پایین، احساس گناه، ایجاد جو روانی مسموم در خانواده (Farber, 1975)، وجود سطح سازگاری و پذیرش کمتر، استرس بیشتر (Pelchat et al, 1999)، غم و اندوه فراوان همراه با خودسرزندی، داشتن افکار بیمارگونه، احساس فشار روانی (Hornby, 1994) و افسردگی مزمن اشاره کرد که همه این عوامل می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث افزایش تعارضات زناشویی گردد.

این مطالعه با هدف مقایسه اجتناب تجربی، نارسای شناختی و هیجانی در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی شهرستان گچساران صورت گرفته است.

^۱ alexithymia

مواد و روش کار

در این پژوهش اجتناب تجربی و نارسایی شناختی و هیجانی به عنوان متغیر وابسته و عقب ماندگی ذهنی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده اند. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی شهر یاسوج تشکیل می دادند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- مادرانی که فرزند آن ها در دوره سنی ۱۲-۷ سال می باشد. ۲- مادرانی که کودک آن ها در مدارس استثنایی شهر یاسوج مشغول به تحصیل بودند. ۳- مادرانی که کودک آن ها بهره هوشی پایین تر از ۷۰ دارد و ۴- مادرانی که کودک آن ها در مدرسه عادی شهر یاسوج در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند.

پس از ارائه هدف انجام مطالعه و شیوه انجام آن و همچنین دریافت مجوز به محیط پژوهش مراجعه و با مسئولین مدارس هماهنگی های لازم را به عمل آورده شد. تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان- کرجسی تعیین گردید که شامل ۱۴۰ نفر شامل ۷۰ مادر کودک عقب مانده ذهنی و ۷۰ مادر کودک عادی بود. ابتدا لیست کلیه دانش آموزان مدرسه استثنایی تهیه و افراد نمونه به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب گردیدند. از مشاور مدرسه خواسته شد با مادران آن ها هماهنگی کرده و برای انجام مصاحبه در مدرسه از ایشان دعوت به عمل آورد. به تصادف یک مدرسه عادی از حومه مدرسه استثنایی انتخاب گردید، لیست کلیه دانش آموزان عادی بر اساس معیارهای انتخاب نمونه تهیه و به صورت تصادفی سیستماتیک دانش آموزان نمونه عادی انتخاب شدند. از مشاور مدرسه عادی درخواست شد تا با مادران دانش آموزان انتخاب شده هماهنگی کرده و برای انجام مصاحبه و اجرای پرسشنامه در مدرسه از آن ها دعوت به عمل آورد.

اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه های استاندارد و بومی شده به شرح زیر جمع آوری گردید: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: شامل: جنس، پایه تحصیلی، تحصیلات و همچنین وضعیت اشتغال پدر و مادر.

پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم: برای سنجش انعطاف پذیری روان شناختی، به ویژه در مورد اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ ماده می باشد (Bond et al, 2011)

سؤال های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای «۱- هرگز ۲- به ندرت ۳- خیلی ندرت ۴- گاهی اوقات ۵- بیشتر اوقات ۶- همیشه ۷- تقریباً همیشه» رتبه بندی می شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطاف پذیری روان شناختی پایین تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون ° باز آزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ گزارش شده است. در این نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب

پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمد (Abasi, 2013). در پژوهش حاضر ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس نارسایی شناختی: ۲۵ ماده دارد و آزمودنی به این ماده‌ها به صورت یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از « هرگز» تا « همیشه» پاسخ می‌دهد و چهار مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: حواس‌پرتی ۹ ماده، مشکلات مربوط به حافظه ۷ ماده، اشتباهات سهوی ۷ ماده و عدم یادآوری اسامی ۲ ماده است (برادبنت و همکاران، ۱۹۸۲). در بررسی Wallace (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است. Abolghasemi (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای مقدماتی به منظور اعتبار یابی پرسشنامه نارسایی شناختی، این آزمون را در ۱۰۰ نفر اجرا کرد و ضریب همسانی درونی و ضریب پایایی باز آزمایی آن را « بعد از یک ماه» به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ به دست آورد.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو: یک آزمون ۲۰ سؤال است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۷ سؤال، دشواری در توصیف احساسات ۵ سؤال و تفکر عینی با ۸ سؤال را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره «۱=کاملاً مخالف» تا نمره «۵=کاملاً موافق» می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای نارسایی هیجانی کلی محاسبه می‌شود (Bagby et al, 1994). در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو ° ۲۰ (Besharat, 2007)، ضریب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی (r=۰/۸۰)، بهزیستی روان‌شناختی (r=۰/۷۸) و درماندگی روان‌شناختی (r=۰/۴۴) همبستگی معنادار وجود دارد.

یافته‌ها

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک مادران کودک، جنسیت کودک، تحصیلات

سرپرست و وضعیت مسکن

متغیر	گروه	فراوانی (درصد)
مادران کودک	مادران کودک عادی	۷۰ (۵۰)
	مادران کودک عقب‌مانده	۷۰ (۵۰)
جنسیت کودکان	پسر	۸۹ (۶۴)
	دختر	۵۱ (۳۶)
تحصیلات سرپرست	بی‌سواد	۷ (۵)
	ابتدایی و راهنمایی	۶۵ (۴۶)
	دیپلم و متوسطه	۳۳ (۲۴)
	فوق دیپلم	۸ (۶)
	لیسانس	۲۳ (۱۶)
	فوق لیسانس	۴ (۳)
	جمع کل	۱۴۰ (۱۰۰)
وضعیت مسکن	استیجاری	۵۵ (۳۹)
	ملک شخصی	۸۵ (۶۱)

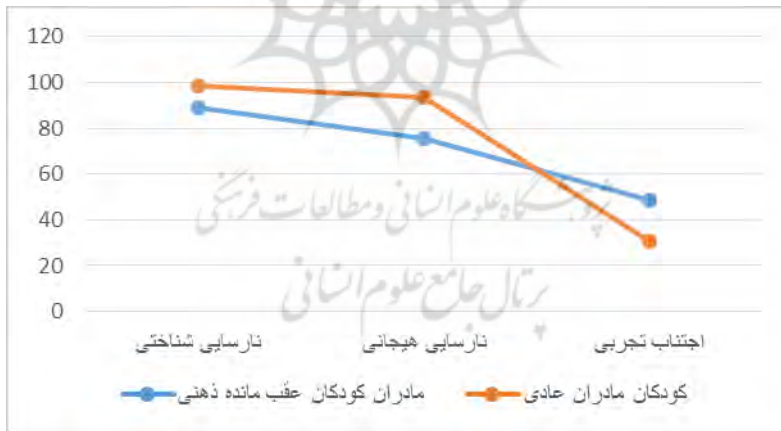
جدول ۲. مقایسه ابعاد نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای

کودک عقب‌مانده

آزمون	مادران کودک عقب‌مانده		متغیر و مؤلفه‌ها	
	مادران کودکان عادی	مادران کودکان عقب‌مانده		
	میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد		
۰/۰۰۱	۲۶/۵۶ \pm ۹۸/۶۵	۲۴/۳۶ \pm ۸۹/۲۳	نارسایی شناختی	نارسایی
۰/۰۲۵	۵۳/۴ \pm ۳۲/۱۴	۴/۵ \pm ۴۴/۲۰	حواس‌پرتی	شناختی
۰/۰۱۱	۱۱/۳ \pm ۲۰/۱۱	۶/۴ \pm ۳۴/۱۵	مشکلات حافظه	
۰/۰۱۴	۲/۱ \pm ۴/۳	۵۹/۱ \pm ۸,۹	عدم یادآوری اسامی	
۰/۰۱۰	۶/۳ \pm ۱۹/۱۱	۶۵/۱۳ \pm ۳۳/۱۴	اشتباه سهوی	
۰/۰۱۱	۲۲/۱۳ \pm ۹۳/۸	۱۸/۹۹ \pm ۷۵/۶	نارسایی هیجانی کلی	نارسایی
۰/۰۱۲	۷/۴ \pm ۲۲/۱۴	۳۱/۵ \pm ۳۱/۶۷	دشواری در تشخیص احساس	هیجانی
۰/۰۱۳	۶/۳ \pm ۱۶/۱۲	۶۶/۳ \pm ۲۳/۱۳	دشواری در توصیف	
۰/۰۱۰	۹/۴ \pm ۲۵/۲۰	۴/۳ \pm ۳۸/۲۳	تفکر عینی	
۰/۰۱۳	۹/۸۶ \pm ۳۰/۴۵	۶۹/۹۶ \pm ۴۸/۴۵	نمره کل	اجتناب تجربی

نمرات مادران دارای کودک عقب‌مانده در متغیرهای نارسایی شناختی و ابعاد آن از مادران دارای کودک عادی بالاتر است و این نشان داد که مادران دارای کودک عقب‌مانده از نارسایی شناختی بیشتری نسبت به مادران دارای کودک عادی برخوردار هستند. متغیرهای نارسایی هیجانی و ابعاد آن را دو گروه مادران دارای کودک عقب‌مانده و مادران دارای کودک عادی نشان داد که میانگین نمرات گروه مادران دارای کودک عقب‌مانده در متغیرهای نارسایی هیجانی و ابعاد از مادران دارای کودک عادی بالاتر است و این نشان‌دهنده نارسایی هیجانی بیشتر مادران دارای کودک عقب‌مانده نسبت به مادران دارای کودک عادی برخوردار هستند در رابطه با میانگین و انحراف استاندارد متغیر اجتناب تجربی در دو گروه مادران دارای کودک عقب‌مانده و مادران دارای کودک عادی یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات مادران دارای کودک عقب‌مانده و مادران دارای کودک عادی نزدیک به هم می‌باشد و میانگین نمرات مادران دارای کودک عقب‌مانده کمی بالاتر است.

یافته‌های نشان می‌دهد که نارسایی شناختی و هیجانی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت معناداری داشته است ($p < 0/01$).



نمودار ۱. نمایش مقایسه؛ نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده

بحث و نتیجه‌گیری

نارسایی شناختی و هیجانی و اجتناب تجربی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت معنادار وجود داشته است ($P < 0/01$). این نتیجه با نتایج مطالعه ویسمن (۱۹۹۹)، کاترین و تیمرمن (۲۰۰۳)، والدینگر و همکاران (۲۰۰۴)، هرینگ و دیگران (۲۰۰۶) و اولشانسکی به نقل از محرابی (۲۰۰۷) همسو و با یافته‌های فلدنر و همکاران (۲۰۰۳) و ساندرسون (۲۰۰۱) ناهمسو بوده است. در مطالعه محرابی (۲۰۰۷) آمده است که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های 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. از آنجایی که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، احساسات و افکار منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و یا اینکه احساسات و افکار خود را منفی‌تر از گروه گواه ارزیابی می‌کنند این تفاوت معنادار دو گروه پژوهش از نظر میزان اجتناب تجربی را می‌توان چنین تبیین کرد که چون مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی دچار دشواری‌هایی در نگهداری از فرزندان خود هستند و از سوی دیگر با توجه به دیدگاه منفی برخی اطرافیان احساسات، عواطف و افکار متناقض و تصمیمات متناقضی را تجربه می‌کنند، نهایتاً سعی در اجتناب و کناره‌گیری و عدم رویارویی با واقعیت وضعیت خوددارند تا با این راهبرد «فرار از وضعیت آزاردهنده» آرامشی را به دست بیاورند (هرچند که این آرامش بیشتر آرامشی کاذب است تا آرامشی واقعی) چرا که به بر اساس برخی تحقیقات (Grifis, Dobor, Epiloto, 2000)، به نقل از (Ghamari, Fakor, 2009)، برخی افراد در زمانی که استرسورهای خانواده را غیرقابل کنترل درک می‌کنند از مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند. پس این وضعیت به نحوی یادآوری کننده همان مشخصه‌های اجتناب تجربی است و یا به عبارتی روشن‌کننده علل بالا بودن میزان اجتناب تجربی در این افراد است. Sanderson (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافت که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی که نشانگان افسردگی بیشتری داشتند اجتناب تجربی بیشتری را گزارش دادند. فلدنر و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که افرادی که اجتناب تجربی بیشتری را تجربه می‌کنند، اضطراب و ناراحتی عاطفی و هیجانی بیشتری نشان می‌دهند. همچنین مطالعه اولشانسکی نشان داد اغلب این‌گونه والدین از یک عکس‌العمل روانی به نام اندوه مزمن، به‌خصوص اگر کودک دارای کم‌توانی عمیق باشد، رنج می‌برند و مادرانشان (به علت تعامل بیشتر با این‌گونه کودکان) از افسردگی بیشتری رنج‌برده و در برابر کنترل عصبانیت خود در مقابل فرزندشان (و دیگران) مشکل بیشتری دارند (Narimani, 2007). مطالعات Farahbakhsh (۲۰۰۵) و سیف و بهاری (۲۰۰۵) نشان داده است که تحریفات شناختی و باورهای غیرمنطقی علل اکثر مشکلات رفتاری و تعارضات بین فردی

است. این ناشی از این است که تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت لذا در چنین شرایطی ذهن افراد خانواده خصوصاً مادران بر کودک کم‌توان متمرکز خواهد شد و باعث می‌گردد تا نسبت به سایر امور از نظر شناختی و هیجانی با مشکل مواجه شوند.

در رابطه با بررسی ابعاد نارسایی شناختی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت نتایج نشان داد که بین ابعاد نارسایی شناختی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). این نتیجه با نتیجه تحقیقات Farahbakhsh (۲۰۰۵) و Seif, Bahari (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. این مطالعات نشان داده است که تحریفات شناختی و باورهای غیرمنطقی علل اکثر مشکلات رفتاری و تعارضات بین فردی است. دارا بودن کودکان دارای مشکلات ذهنی باعث برهم خوردن تمرکز خانواده می‌گردد که در نتیجه آن خانواده‌ها احساس می‌نمایند خودشان در تولد فرزند عقب‌مانده مقصرند و خود را نکوهش و سرزنش می‌نمایند که این باعث حواس‌پرتی، اشتباهات سهوی و عدم به یادآوری اسامی می‌گردد، که این یافته به نحوی ضمنی با پژوهش‌های پیشین (Harris, S.L 1995 Bayrami et al 2011) نیز هم‌راستا می‌باشد، که در تبیین این موضوع می‌توان به این موضوع اشاره کرد که چون شخص در حالت نارسایی شناختی دچار مشکلاتی در تجربه موقعیت‌های عادی روزانه می‌شود که با خطا در کنترل کردن پردازش مرتبط است مانند تمرکز بر توجه (Austin et al, 2001)، این احتمال وجود دارد که فرد نتواند ضرورت‌ها و الزامات زندگی را به‌گونه‌ای مناسب مورد توجه و پردازش و ارزیابی قرار دهد. به عبارتی حواس‌پرتی و عدم توجه فرد با ایجاد اشکال در مورد توجه، پردازش و ارزیابی قرار دادن موقعیت‌های مختلف زندگی مانع انجام صحیح تکالیف زندگی می‌شود.

بین ابعاد نارسایی هیجانی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت معنادار در سطح ($P < 0/01$) وجود دارد بنابراین با ۹۹ اطمینان می‌توان بیان کرد که بین ابعاد نارسایی هیجانی مادران دارای کودکان عادی و مادران دارای کودک عقب‌مانده تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات حکیم جوادی و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. مطالعه حکیم جوادی و همکاران بر روی خانواده‌های دارای فرزند معلول نشان دادند که استرس با مؤلفه‌های ناتوانی هیجانی رابطه معناداری را نشان می‌دهد و مؤلفه‌های ناتوانی هیجانی در تشخیص عواطف دارای رابطه معنادار است همچنین با پژوهش‌های صورت گرفته (Kathryn ; Cordova & JV, 2007) Waldinger et al, 2004 & Timmerman, 2003) هم‌راستا می‌باشد بنابراین، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که عدم ابراز هیجان‌ات باعث می‌شود که هریک از مادران آگاهی اندکی از احساسات و عواطف دیگران و مخصوصاً اعضا خانواده داشته باشند که این عدم احساس صمیمیت حتی می‌تواند

باعث نارضایتی زوجین از وضعیت زندگی زناشویی‌شان شود. در این حالت، کانون زندگی زناشویی که باید چهارچوب و فضایی مناسب برای ابراز هیجانی و متقابلاً دریافت همدلی باشد کارکرد مناسب خود را از دست می‌دهد زیرا پژوهش‌های پیشین (Lippert & Prager, 2001) نیز تأییدکننده این موضوع هستند که رفتار خود آشکارسانه زوجین با رضایت زناشویی رابطه مثبت دارد. این شرایط کاهش تجلی و حضور عواطف در زندگی زناشویی منجر به شکل‌گیری ادراک عاطفی و هیجانی نامناسبی از زندگی می‌شود. گاه ممکن است ناتوانی فرد در نارسایی هیجانی او ناشی از دشواری در شناسایی احساساتش باشد که در این حالت نیز قاعدتاً چون ادراک درستی از احساساتش ندارد می‌تواند همان مشکلات ناشی از بعد ناتوانی در ابراز هیجانان را دامن بزند و از طرفی اگر خود شخص نسبت به این مسئله بینش داشته باشد می‌تواند باعث ایجاد استرس شود و در تحقیقات پیشین نیز رابطه استرس با مؤلفه‌های نارسایی هیجانی مورد تأیید قرار گرفته است، که این چرخه میان ابعاد نارسایی هیجانی با استرس می‌تواند به گونه‌ای منفی ادامه یابد و زمینه مشکلات بیشتر و نارضایتی بیشتر از بعد هیجانی زندگی را شکل دهد.

همچنین تبیین دیگری از تفاوت میزان نارسایی هیجانی چنین قابل توضیح است که از آنجایی که یکی از ابعاد نارسایی هیجانی سبک‌شناختی عینی با گرایش بیرونی (Burch, 1995) است و یک ویژگی نارسایی هیجانی کاهش تمایل به فکر کردن در مورد هیجانان (Bermond et al, 2006) است؛ بنابراین فرد دارای نارسایی هیجانی میل به بررسی و تفکر در مورد احساسات و عواطف خود و دیگران ندارد و تنها نگاهی عینی نسبت به این هیجانان و عواطف دارد که ممکن است به خاطر این برخورد عینی که با عواطف و احساسات دارد در موقعیت‌های مختلف احساسات متناقضی را بروز دهد و نتواند ثبات عاطفی و هیجانی داشته باشد و این بروز تناقضات هیجانی و خلقی می‌تواند بر روابط هیجانی اثرگذار باشد.

نتیجه‌گیری کلی.

با توجه به اینکه مادران ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند همچنین بیشترین وقت و انرژی خود را صرف کودک معلول می‌کنند و بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل‌ها ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند انتظار می‌رود که از ناحیه سازمانهای حمایتی همچون بهزیستی به لحاظ توانبخشی، وزارت آموزش و پرورش از جهت آموزش های بیشتر اینگونه کودکان و نیز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی به جهت پذیرش فرهنگ معلول و معلولیت مورد توجه قرار گیرند.

References

- ابوالقاسمی، عباس، کیامرثی، آذر (۲۰۰۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی شناختی در سالمندان، مجله تازه های علوم شناختی، سال ۱۱، شماره ۱، ص ۸-۱۵
- بشارت، محمدعلی؛ گنجی، پویش (۲۰۱۲). نقش تعدیل کننده ی سبکهای دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۴، شماره ۴، ص ۳۲۴-۳۳۵
- شکوهی یکتا، نیره زمانی، (۱۳۹۱). کاربرد آموزش برنامه حل مساله بین فردی در کاهش رفتارهای مشکل ساز. مجله روش ها و مدل های روان شناختی، ۸، ۷۱-۵۵.
- بیرامی، منصور، اکبری، ابراهیم، قاسم پور، عبدالله، عظیمی، زینب (۲۰۱۱). بررسی حساسیت اضطرابی فرانگرانی و مولفه های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، شماره هشتم، سال دوم
- پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ عباسی، مسلم (۲۰۱۵). نیمرخ نارسایی شناختی، نارسایی پیمانی و اجتناب شناختی در دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. جمله روشها و مدلهای روانشناختی شماره بیستم، سال ششم، تابسان ۹۴.
- حکیم جواد، منصور؛ مظاهری، محمد علی؛ لواسانی، مسعود؛ بابا ربیع، مهدیه. (۲۰۰۷). مقایسه رابطه ناتوانی هیجانی و استرس و دلبستگی در زوج های دارای فرزند معلول ذهنی. خانواده پژوهی، سال سوم، شماره ۱۲، ص ۸۲۵-۸۱۱.
- شاهقلیان، مهناز؛ آزاد فلاح، پرویز و فتحی آشتیانی، علی (۲۰۱۱). مقایسه مؤلفه های فراشناخت و نارسایی شناختی بر اساس ابعاد شخصیت، مجله روشها و مدلهای روانشناختی، سال ششم، شماره بیستم، ۱۳۰-۱۲۶.
- محرابی، حسین (۲۰۰۷). مقایسه سلامت روان والدین کودکان عادی و استثنایی در شهر گناباد پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بیرجند.
- ملکپور، مختار (۱۹۹۶). بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی، شیراز: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- نیرمانی، محمد، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا ورجبی، سوران (۲۰۰۷). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی فصل نامه اصول بهداشت روانی، (۹-۱۵-۳۳-۳۴): ص ۲۴
- Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire ° II. 2013; 2(2): 65-80.

- Ahmadi Kh, Khodadadi Gh.R, Enisi J, Abdolmohamadi E. Problems disable child families. J Mil Med. 2014; 13(1): 49-52. (In Persian)
- Austin, M.p., Mitchell, p., Goodwin, G.M. (2001). Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. Br J psychiatry, 178, 200-206.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res, 38, 1, 23-32.
- Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep 2011; 101: 209-20.
- Bermond, B., Vorst, H. C. M., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. Cognitive Neuropsychiatry, 11, 332-360.
- Besharat, MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep 2007; 101: 209-20.
- Boulanger, J.L., Hayes, S.C., Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press, 107-36.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.J., Fitzgerald, P.F., & Parkes, K.R. (1982). The cognitive Failures questionnaire (CFQ) and its correlates. British Journal of clinical psychology, 21, 1, 1-16.
- Bryan H, Robert M, et al. (2003) Mental Retardation. In: Sadock BI, Sadock VA. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003. PP.1161-93.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. Behavior Therapy.
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and Behavioral Practice, 16, 4, 368-385.
- Farahbakhs, K. (2005). Comparing effectiveness of rational-emotive-behavior marital counseling, reality marital counseling and combination of them on marital conflicts. [PhD Thesis]. Tehran: School of Education and Psychology, The University of Allameh Tabatabaee.
- Farber, B. (1975). *Family adaptation to severely mentally retarded children*. In M. J. Begab, & S. A. Richardson (Eds.), *the mentally retarded child and society: a social science perspective* (pp. 247-266). Baltimore: University Park Press.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., & Spira, A.P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and

response suppression using biological challenge. *Behavior Research and Therapy*, 41, 403-411.

- Harris, S.L (1995). *Family of the developmental disabled: A guide to behavioral intervention*, Book: program on new york

- Hayes, SC., Wilson, KG., Gifford, EV., Follette, VM., Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64, 6, 1152-68.

- Herring, S.; Gray J.; Taffe, K.; Sweeney, D.; Einfeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *JIDR* 12(50):874° 882.

- Hornby, G. (1994). Effects of children with disabilities on fathers: a review and analysis of the literature, *IJDDE* 41(3):171° 84.

- Jenaabadi H. *The Study and Comparison of Stress Levels and Coping Strategies in Parents of Exceptional (Mentally Retarded, Blind and Deaf) and Normal Children in Zahedan*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 114: 197-202.

- J.P. Burch. (1995). *Alexithymia and Dissociation* Doctoral thesis University of Oregon in Partial fulfillment of the requirements. Curtis AJ. *Health psychology*. Read more: <http://www.ukessays.co.uk/essays/psychology/tower-of-hanoi.php#ixzz3imYYsvdI>

- Kashdan, T.B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 185-196.

- Kathryn, D., Timmerman, L. (2003). Accomplishing romantic relationship. In: Greene JO, Burlison BR. (editors). *Handbook of communication and social interaction skills* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 685-90.

- Lippert, T., & Prager, K. J. (2001). Daily experiences of intimacy: A study of couples. *Personal Relationships*, 8, 283° 298.

- Parker, D. A., Taylor, G., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Pers Individ Differ*, (30) 107- 115.

- Pelchat, D.; Bisson, J.; Ricard, N.; Perreault, M. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability, *IJNS* 36(6):465-477.

- Sanderson, CA., Evans, SM. (2001). Seeing one's partner through intimacy-colored glasses: An examination of the process underlying the intimacy goals-relationship satisfaction link. *Pers Soc Psychol Bull*, 27, 463-73.

- Seif, S., Bahari, F. (2005). *Normalization and Standardization of Relationship-specific irrational Beliefs*. Tehran: School of Education and Psychology, Alzahra University.

- Taghizadeh H, Asadi R. Comparative analysis of quality of life in mothers of children with mental disability and mothers of normal children. *MEJDS*. 2017; 4(8): 66- 74.

- Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). An Overview of the Alexithymia Construct. In: Bar-On R, Parker JD. (Editors). The Handbook of Emotional Intelligence. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass., 263-76
- Taylor, G. K., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. New York: Cambridge University Press.
- Wachs, K., Cordova, JV. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *J Mar FamTher*, 33, 464-81.
- Waldinger, RJ., Schulz, MS., Hauer, ST., Allen, JP. (2004). Reading others emotions: The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. *J FamPsychol*, 18, 58-71.
- Wallace, J. C. (2004). Confirmatory Factor Analysis of The Cognitive Failures Questionnaire: Evidence for Dimensionality and Construct Validity. *Personality and Individual Differences*, (37), 307° 324.
- Wallace, J.C, Popp, E., Mondore, S. (2006). safty climate as a mediator between foundation climate and occupational accidents: A group ° level investigation. *J Applpsychol*, 91, 3, 681-8.
- Wenzlaff, R.M., & Wegner, D.M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Whisman, M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701- 706.