

مقایسه نارسایی هیجانی، خود دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی

هیوا محمودی^۱، محسن جلالی^۲، فایق احمدی سلیمانیه^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۵/۳۰

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه نارسایی هیجانی، خود دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه والدین کودکان کم توان ذهنی (N=۱۶۰) و والدین کودکان عادی شهرستان سقز بودند که از بین آنها ۸۰ نفر والد کودکان کم توان ذهنی به شیوه دردسترس و ۸۰ نفر والد کودکان عادی بودند به شیوه نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر، تیلور، ۱۹۹۴)، پرسشنامه خود دلسوزی (نف، ۲۰۰۳) و پرسشنامه شوخ طبعی (مارتین و دیگران، ۲۰۰۳) است. روش تجزیه و تحلیل، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی از لحاظ نارسایی هیجانی، خود دلسوزی و سبک های شوخ طبعی تفاوت معنی دار وجود دارد (P < ۰/۰۱). نتیجه گیری: والدین کودکان کم توان ذهنی به دلیل مشکل فرزندشان مشکلات نارسایی هیجانی و خود-دلسوزی بیشتر داشتند و از سبک های شوخ طبعی پرخاشگرانه و خودتحقیرگرایانه نسبت به والدین سالم استفاده کردند. بنابراین والدین کودکان کم توان ذهنی نیاز به توجه و حمایت بیشتر در زمینه آموزش و تربیت کودکان دارند.

واژگان کلیدی: نارسایی هیجانی، خود دلسوزی، سبک های شوخ طبیعی، کودک کم توان ذهنی

۱. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)

mahmoudi.hiva@gmail.com

۲. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران.

مقدمه

کودکان کم توان ذهنی نه تنها بر والدین تأثیر دارند، بلکه سایر اعضای خانواده یعنی دیگر فرزندان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این زمان آرامش خانواده به هم خورده و تمام نگاه‌ها به سوی کودک معلول معطوف می‌شود (احمد پناه، ۱۳۹۰). کم توانی ذهنی اختلالی است که در خلال دوره رشد شروع می‌شود و شامل نواقصی الف) در کارکرد هوش نظیر استدلال، حل مسئله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی، ب) نواقصی در کارکرد انطباقی که منجر به عدم دستیابی به استانداردهای رشدی و اجتماعی فرهنگی در زمینه استقلال فردی و مسئولیت پذیری اجتماعی می‌شوند و ج) شروع نواقص هوشی و انطباقی در خلال دوره رشد و دارای چهار درجه خفیف - متوسط - شدید و عمیق است (سادوک، سادوک، ۲۰۱۳، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

وجود کودک کم توان ذهنی ممکن است ضایعات و آثار جبران‌ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. والدین ممکن است از داشتن فرزند کم توان ذهنی به شدت رنج ببرند و حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت از خود نشان دهند و یا حتی آرزوی مرگ داشته باشند (محرابی، ۱۳۹۰). به طور کلی خانواده کودک کم توان ذهنی به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌رو است و این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه تعادل هیجانی و سازگاری والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (احمدی، ۱۳۸۸).

تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعدد حاکی از آن است که والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند.

نارسایی هیجانی^۱ یکی از مشکلاتی است که والدین کودکان کم توان ذهنی ممکن است به آن دچار شوند. نارسایی هیجانی به دشواری در خود تنظیمی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی گفته می‌شود. نارسایی هیجانی دربرگیرنده ویژگی‌هایی چون

1. Alexithymia

دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر روی تجارب بیرونی است (بگبی و تایلور^۱، ۲۰۰۵ به نقل از لوملی و همکاران^۲، ۲۰۰۷). افراد دارای نارسایی هیجانی در بازشناسی و توصیف علایم هیجان های شخصی، مشکل جدی دارند و این امر آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سابق ها را محدود می سازد. ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علایم مشکلات هیجانی، فقدان جلوه های عاطفی چهره و دشواری در تمایز بین حالات هیجانی و حس های بدنی در افرادی با خصوصیات آلکسی تایمی مشهود است (تول^۳، ۲۰۰۵). تازل^۴ (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان داد والدین کودکان کم توان ذهنی از مشکلات هیجانی مانند افسردگی رنج می برند و در واقع به دلیل داشتن کودک کم توان ذهنی سلامت روان پایین تری دارند. همچنین شماری از مطالعات نشان دادند که والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان اوتیستیک دارای سطوحی از اضطراب، افسردگی، نارسایی هیجانی هستند (بهار، بهار، ساواس و وی^۵، ۲۰۰۹؛ کاسکون و آکاس^۶، ۲۰۰۹). اسزاتماری و همکاران^۷ (۲۰۰۸) دریافتند که والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی از نارسایی هیجانی و خلقی رنج می برند. نف و وونک^۸ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان مبتلا به اوتیسم مشکلات اجتماعی، اختلالات هیجانی و مشکلات اضطرابی نسبت به والدین کودکان عادی دارند. همچنین این والدین فویبای اجتماعی و اختلال افسردگی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. براتیس، تیلیس، سیکاراس، مولو و همکاران^۹ (۲۰۰۹) دریافتند که افرادی که احساساتی از قبیل خستگی عاطفی، مسخ شخصیت را تجربه می کنند، و بدون حمایت کافی خانواده شان و با حس کمی از تکامل شخصیتی ویژگی های نارسایی هیجانی بیشتری را تجربه می کنند. دی سوسا^{۱۰} (۲۰۱۰) دریافت که والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان اوتیستیک به نوعی از مشکلات هیجانی رنج می برند و در واقع باعث شده

1. Bagby & Taylor
2. Lumley, Neely & Burger
3. Tool
4. Tezel
5. Bahar, Bahar, Savas & Parlar
6. Co kun, & Akka
7. Szatmari, Georgiades, Duku, Zwaigenbaum, Goldberg, & Bennett
8. Neff and Vonk
9. Bratis, Tselebis, Sikaras, Moulou, Giotakis, & Zoumakis
10. De Sousa

است که در ارتباط با کودکان خود دچار مشکلات ارتباطی شوند. اینگرسول و هامبریک^۱ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که ۵۵/۷ درصد والدین کودکان کم‌توان ذهنی دارای نارسایی خلقی هستند و بیشتر آنها تجربه استرس دارند. همچنین نشان دادند که سطوحی از خود-دلسوزی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم تاثیر مهمی بر روی سلامت روانی و توانایی مقابله با مشکلات دارد. ساراچ^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی دریافتند که ۵۶/۸ درصد از مادران کودکان کم‌توان ذهنی نارسایی هیجانی دارند، درحالی‌که درصدی از پدران کودکان کم‌توان ذهنی که نارسایی هیجانی دارند ۶۰/۴ درصد است.

زمانی که والدین کودکان کم‌توان ذهنی با موقعیت‌هایی همراه با هیجانات منفی و شکست‌ها مواجه می‌شوند و یا ناامید و ناکام می‌شوند فرآیند نظم‌دهی، مهار احساسات و فرونشانی آنها فعال می‌شود. فرونشانی از روی مهرورزی و شفقت-خود و صمیمت منجر به پذیرش عیب‌ها و گسترش حیطه توجه و آگاهی به آنها می‌شود. زمانی که آگاهی آغاز شود، فرد ظرفیت جبران اشتباهات را نیز پیدا می‌کند و رشد شخصیت تسهیل می‌شود (نف، کرک پاتریک و رود^۳، ۲۰۰۷). خود-دلسوزی^۴ تمایل به پاسخ‌گویی به تهدیدها با استفاده از خود-مهربانی، پذیرش خود بدون قضاوت و درک مشترک انسانی است. خود-دلسوزی از سه مؤلفه تشکیل شده که عبارت‌اند از: خود-مهربانی در برابر خود قضاوتی؛ حس مشترک انسانی در برابر تنهایی و خودآگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همسان‌سازی افراطی. این مؤلفه‌ها با هم ارتباط متقابل دارند و ترکیب آن‌ها خود-دلسوزی را در ذهن شکل می‌دهند (نف و گرمر^۵، ۲۰۱۳). برخی مطالعات نشان دادند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را مطابق با آنچه که هستند بینند (ریس^۶، ۲۰۱۰؛ نف و وانک^۷، ۲۰۰۹). نف و هسی^۸ (۲۰۰۵) نشان دادند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی از

1. Ingersol & Hambrick
2. Saraç
3. Neff, Kirkpatrick & Rude
4. Self-Compassion
5. Neff & Germer
6. Raes
7. Neff and Vonk
8. Neff, &, Hseih

انزوای بیشتری برخوردار هستند. آلن و لیری^۱ (۲۰۱۰) دریافته اند که افرادی که سطوح بالایی از خود-دلسوزی دارند، راحت تر می توانند موقعیت های منفی را مدیریت کنند و به طور مناسب تری به وقایع ناخوشایند پاسخ بدهند.

آیدان^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که والدین کودکان دچار اختلالات عصبی-رشدی نارسایی هیجانی بیشتر دارند و از خود در داشتن کودک کم توان انتقاد بیشتری می کنند و برای مقابله با آن از سبک های شوخ طبعی و مقابله ای تا حدی استفاده می کنند. موریرا، گویا، کورونا، سیلوا و کاناوارو^۳ (۲۰۱۴) دریافته اند که خود-دلسوزی با استرس والدین رابطه منفی دارد و این استرس والدین باعث ایجاد رابطه مثبت بین خود-دلسوزی و بهزیستی روانی کودک کم توان و معلول می شود. کریستین، نف و دانیل^۴ (۲۰۱۵) پژوهشی را با عنوان رابطه خود-دلسوزی و بهزیستی روانی را در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خود-دلسوزی در این والدین با کیفیت زندگی، امیدواری و مدیریت هدف رابطه مثبت و با افسردگی و استرس رابطه منفی دارد. خود-دلسوزی در واقع به طور کلی بهزیستی روانی والدین را پیش بینی می کند و بر روی شدت علائم کودکان تاثیر می گذارد. همچنین نتایج نشان داد که خود-دلسوزی می تواند نقشی معنی دار در بهزیستی روانی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم ایفا کند.

شوخی طبعی از جمله سازه هایی است که اکنون توجه ویژه برخی از روان شناسان را در موقعیت های استرس زا و نامساعد زندگی به خود معطوف کرده است. شوخی فعالیت جهان شمول است که افراد متعلق به بافت های اجتماعی و فرهنگی متفاوت در سراسر جهان آن را تجربه می کنند. این اصطلاح به کیفیتی از عمل، گفتار و نوشتار اشاره دارد که موجب سرگرمی و تفریح می شود (مارتین^۵، ۲۰۰۷). مارتین (۲۰۰۷) شوخی طبعی را مشتمل بر چهار سبک مختلف دانسته اند. سبک شوخی طبعی خودارزنده سازانه^۶ و پیوندجویانه^۷ در چارچوب

-
1. Allen and Leary
 2. Aydan
 3. Moreira, Gouveia, Carona, Silva, & Canavarro
 4. Kristin, Neff & Daniel
 5. Martin
 6. Self-enhancing humor style
 7. Affiliative humor style

سبک‌های سازش‌یافته و سبک‌های خودتحقیرگرایانه^۱ و پرخاشگرانه^۲ جزو سبک‌های سازش نیافته در نظر گرفته شده‌اند. افراد با سبک شوخ طبعی خودارزنده سازانه نگاه کلی و خاصی به زندگی دارند، ناهمخوانی‌های زندگی برای آنها متحیزکننده و سرگرم‌کننده است و در مواجهه با تنیدگی‌های زندگی از یک بازخورد شوخ طبعانه سود می‌جویند. سبک شوخ طبعی پیوندجویانه گرایش دارند چیزهای خنده‌دار تعریف کنند، یا شوخی دیگران را سرگرم می‌کنند و از این طریق با کاهش تنش‌های بین شخصی، برقراری و تداوم رابطه را تسهیل می‌کنند. افراد با سبک شوخ طبعی خودتحقیرگرایانه سعی دارند از با هزینه کردن از خود و بیان عبارت‌های خنده‌دار در مورد کاستی‌ها و عیب‌های خود، با خود شیرینی، دیگران را به سمت خود جذب می‌کنند و مورد پذیرش و تایید آنها قرار گیرند. همچنین افراد صاحب سبک شوخ طبعی پرخاشگررایانه متمرکز بر دیگران است و با استفاده از سخن‌های طعنه‌آمیز، ریشخند و سر به سر گذاشتن و دست انداختن دیگران شوخی توهین‌آمیز صورت می‌گیرد. محتوای این شوخی‌ها تهدیدآمیز است، اما در واقع بودن در نظر گرفتن میزان تنیدگی ایجاد شده در دیگران مطرح می‌شود. در این زمینه هویکا و اختر^۳ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار برای مقابله با ناراحتی داشتن کودک کم‌توان ذهنی استفاده می‌کنند.

سرمد و گلاس^۴ (۲۰۱۰) دریافتند که شوخ طبعی یکی از مهمترین ابزارها در روابط اجتماعی است و والدین را قادر می‌سازد عملکرد سازگارتری داشته باشند و راحت‌تر با کودک کم‌توان ارتباط برقرار کنند. ساریگلو، گولول و توسان^۵ (۲۰۱۳) دریافتند که شوخ طبعی والدین کودکان کم‌توان را تشویق می‌کند که نه تنها در برابر تجارب منفی مقاومت داشته باشند، بلکه زمان بیشتری را با کودکان خود سپری می‌کنند. آیدان (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان رابطه خود-دلسوزی، شوخ طبعی و ویژگی‌های نارسایی هیجانی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به این نتیجه رسید که سبک شوخ طبعی پرخاشگری با نارسایی هیجانی رابطه مثبت و خرده‌مقیاس ذهن آگاهی با نارسایی هیجانی رابطه منفی و معنادار دارد. در واقع

1. Self-defeating humor style
2. Aggressive humor style
3. Hoicka & Akhtar
4. Semrud-Clikeman and Glass
5. a du, Gulol, & Tosun

والدین کودکان مبتلا به اوتیسم از سبک شوخ طبعی پرخاشگرانه بیشتر استفاده می کنند و در زمینه ابراز هیجانات دچار نارسایی هستند.

کم توانی ذهنی کودک و کندی رشد وی نیاز به امکانات ویژه ای برای مراقبت از او دارد و همه آنها موجب وارد آمدن فشار روی والدین می شود و ممکن است آرامش خانوادگی را به هم بزند. علاوه بر این رابطه کودک کم توان ذهنی و والدین ممکن است بر اثر جدایی کودک از افراد همسن و سال و مراقبت درازمدت والدین از وی خدشه دار گردد (لیلی وایت و برادلی^۱، ۲۰۰۸). والدین کودکان کم توان ذهنی اغلب با فشارهای شدید روانی، اقتصادی و غیره روبه رو هستند و این عوامل در سازگاری والدین با وضع موجود نقش بسیاری دارد (احمدپناه، ۱۳۹۰). یکی از عواملی که تحت تأثیر معلولیت کودک قرار می گیرد عملکرد موفق کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار است که منجر به فعالیت های ثمربخش و روابط ارضاکنده با دیگران و توانایی انطباق با تغییر و مداوا کردن و رویارویی با ناملایمات می شود. بنابراین، تولد کودک کم توان ذهنی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد و ممکن است واکنش های متعددی همچون ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی به دنبال داشته باشد (احمدی، ۱۳۸۸). با توجه به اینکه والدین کودکان کم توان ذهنی دارای استرس فراوانی در طول زندگی هستند و مشکلات هیجانی زیادی را به خاطر داشتن چنین فرزندان دارند، بنابراین والدین این کودکان برای ارتباط با کودک خود باید راهکارهای ارتباطی با این کودکان را بلد باشند تا بتوانند با کودکانشان ارتباط برقرار کنند و تا حدی از نارسایی هیجانی که درگیر آن هستند بکاهند. لذا فرضیه این پژوهش این است که بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی از لحاظ نارسایی هیجانی، خود دلسوزی و سبک های شوخ طبعی تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کلیه والدین کودکان کم توان ذهنی (براساس آمار بهزیستی شهرستان سقز $N=160$) و والدین کودکان عادی شهرستان سقز بودند که از این تعداد، ۸۰ نفر والد کودکان کم توان ذهنی مراجعه کننده به مدرسه کودکان استثنایی به شیوه دردسترس و ۸۰ نفر والد کودکان عادی به شیوه

نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ ساله انتخاب شدند. ملاک های ورود: ۱. داشتن فرزند کم توان ذهنی و اوتیسم ۷ تا ۱۲ سال، ۲. تشخیص کم توانی ذهنی و اوتیسم توسط روان پزشک، ۳. داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین. ملاک های خروج شامل: ۱. داشتن اختلال حسی و روانی همبود با اختلال کم توان ذهنی یا اوتیسم در کودکان ۲. والدینی که دارای مشکلات روانی و سابقه بستری بودند، انتخاب نشدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات در زیر آورده شده است.

الف) مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو^۱: این مقیاس مخصوص کودکان و نوجوانان از نسخه اصلی مقیاس نارسایی هیجانی بزرگسالان (بگبی، پارکر، تیلور^۲، ۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که به صورت مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالف "۱"، مخالف = ۲، بینابین = ۳، موافق = ۴ و کاملاً موافق = ۵) پاسخ داده می شود و شامل سه عامل ۱. ناتوانی در شناسایی احساسات (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، ۲. ناتوانی در توصیف احساسات (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و ۳. سبک تفکر عینی (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) می باشد. ماده های (۴ و ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹) به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ بدست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس های این آزمون با چک لیست نشانه های روانی در دامنه از ۰/۱۷ تا ۰/۴۸ گزارش شده است. در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تایمیا، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی 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 بدست آمد. پایایی باز آزمایی مقیاس آلکسی تایمیا، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = (0/80)$ تا $r = (0/87)$ برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس های مختلف تایید شد. روایی هم زمان مقیاس آلکسی تایمیا، بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره ی آزمودنی ها در مقیاس ناگویی خلقی کل با هوش هیجانی ($r = -0/80, P < 0/001$)، بهزیستی روان شناختی ($r = -0/78, P < 0/001$) و درماندگی روان شناختی ($r = -0/44, P < 0/001$)، همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب

1. Toronto Alexithymia Scale
2. Bagby, Parker & Taylor

همبستگی بین زیر مقیاس های ناگویی خلقی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه ی فارسی مقیاس آلکسی تایمیا تأیید کردند (بشارت، رستمی و میززمانی، ۲۰۰۶). مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

ب) پرسشنامه خود دلسوزی (SCS-LF): پرسشنامه ۲۶ ماده ای خود دلسوزی فرم بلند که گاهی اوقات مقیاس شفقت خود نیز خوانده شده است توسط (نف^۲، ۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود (۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶) در مقابل قضاوت در مورد خود (۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، احساس مشترکات انسانی (۳، ۷، ۱۰، ۱۵) در مقابل انزوا (۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵) و ذهن آگاهی (۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲) در مقابل فرون همانندسازی (۲، ۶، ۲۰، ۲۴) است. پاسخ دهندگان می بایست در طیف لیکرت ۵ درجه ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. روایی و پایایی پرسشنامه: ضریب، پایایی باز آزمایی مقیاس خود دلسوزی ۰/۹۳ است. (نف، ۲۰۰۳). در تحقیق ابوالقاسمی و همکاران ضریب روایی این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد (ابوالقاسمی، تقی پور، و نیرمانی، ۱۳۹۰). مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه این پژوهش ۰/۸۱ به دست آمد.

ج) پرسشنامه شوخ طبعی: مقیاس سبک های شوخ طبعی (مارتین و همکاران، ۲۰۰۳) یک آزمون مداد کاغذی ۳۲ گویه است که برای سنجش چهار سبک شوخ طبعی، پیوندجویانه (وقتی دیگران را می خندانم، لذت می برم)، خود ارزنده سازانه (نگاه شوخ طبعانه من به زندگی، مرا از نگرانی های شدید و افسردگی در مورد چیزهای مختلف دور نگه می دارد)، پرخاشگرایانه (من دوست ندارم از شوخی یا جوک برای دست انداختن یا تحقیر دیگران استفاده کنم) و خود تحقیر گرایانه (سعی می کنم با گفتن چیزهای خنده دار در مورد ضعف ها، نقص ها و اشتباه هایم، افراد مرا بپذیرند و بیشتر دوستم داشته باشند) طراحی شده است. هر زیرمقیاس حاوی ۸ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس هفت درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) پاسخ می دهد. آلفای کرونباخ پرسشنامه

1. Self-Compassion Scale-Long Form
2. Neff

توسط تهیه کنندگان با نمونه ۱۱۹۵ نفری کانادایی بین سنین ۱۸ تا ۸۷ ساله، برای شوخ طبعی پیوندجویانه ۰/۸۰، شوخ طبعی خودارزنده سازانه ۰/۸۱، سبک پرخاشگرایانه ۰/۷۷ و شوخ طبعی خودتحقیرگرایانه ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی این مقیاس با بررسی ۱۷۰ دانشجو بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ تعیین شد. روایی آن با اجرای همزمان پرسشنامه های موجود در زمینه شوخ طبعی نیز مورد بررسی قرار گرفته و مناسب گزارش شده است (مارتین و همکاران، ۲۰۰۳). این پرسشنامه ابتدا از زبان اصلی (انگلیسی) به فارسی ترجمه شد. مقیاس از طریق بازآزمایی پس از ۳ هفته برای سبک های پیوندجویانه، خودارزنده سازانه، پرخاشگرایانه و خودتحقیرگرایانه به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۵۸ و ۰/۶۵ بود و آلفای کرونباخ برای سبک های پیوندجویانه، خودارزنده سازانه، پرخاشگرایانه و خودتحقیرگرایانه، به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۵۴ و ۰/۶۸ بود (علی نیا، دوستی، دهشیری و حیدری، ۱۳۸۷). مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه این پژوهش ۰/۷۶ به دست آمد. شیوه اجرا: با کسب مجوز از آموزش و پرورش شهر سقز و با مراجعه به مدرسه کودکان استثنایی و توضیح هدف پژوهش و رعایت نکات اخلاقی پژوهش، پرسشنامه های نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبعی ابتدا در اختیار والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی قرار گرفت و به مدت ۱ ساعت همزمان با حضور پژوهشگر جهت جواب دادن به سوالات شرکت کنندگان تکمیل گردید. داده های جمع آوری با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی و ضرایب آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS ویراست ۲۵ تحلیل شدند.

نتایج

در جدول شماره ۱ میانگین سنی مادران کودکان کم توان سنی و مادران کودکان عادی در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی در

پژوهش

گروه	تعداد	میانگین سن	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
والد کودک کم توان	۸۰	۳۵/۳۰	۶/۸۸	۴/۵۶	۰/۵۷
والد کودک عادی	۸۰	۳۶/۹۸	۷/۰۱		

جدول ۱ نشان می دهد که مقدار t میانگین سن والدین کودکان کم توان ذهنی (۳۵/۳۰) و میانگین سن والدین کودکان عادی برابر با (۳۶/۹۸) معنادار نمی باشد و نشان دهنده این است که این والدین از لحاظ متغیر سنی همگن هستند و تفاوت ندارد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی در والدین دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	سطح معناداری
نارسایی هیجانی (کل)	والد کودک کم توان	۵۴/۴۳	۵/۷۲	۰/۰۹۲	۰/۱۷
	والد کودک عادی	۴۱/۱۸	۴/۲۴		
ناتوانی در شناسایی احساسات	والد کودک کم توان	۱۳/۷۰	۲/۵۳	۰/۱۱۱	۰/۹۴
	والد کودک عادی	۱۰/۰۸	۲/۷۷		
ناتوانی در توصیف احساسات	والد کودک کم توان	۱۴/۰۱	۲/۲۳	۰/۰۵۵	۰/۱۲
	والد کودک عادی	۷/۵۸	۱/۹۸		
سبک تفکر عینی	والد کودک کم توان	۱۳/۴۷	۲/۳۸	۰/۰۱۰	۰/۶۲
	والد کودک عادی	۱۷/۷۶	۲/۴۴		
خود-دلسوزی (نمره کل)	والد کودک کم توان	۵۶/۶۷	۹/۸۸	۰/۰۶۹	۰/۵۶
	والد کودک عادی	۴۹/۳۱	۹/۰۵		
مهربانی با خود مقابل قضاوت خود	والد کودک کم توان	۱۸/۸۶	۳/۷۷	۰/۰۶۵	۰/۰۸
	والد کودک عادی	۱۳/۶۷	۲/۸۵		
احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا	والد کودک کم توان	۱۸/۵۱	۴/۰۷	۰/۵۲۸	۰/۳۲
	کم توان	۱۵/۳۷	۴/۲۲		

				والد کودک عادی		
				والد کودک کم توان	ذهن آگاهی در مقابل فزون هماندسازی	
۰/۰۶	۰/۴۳۷	۳/۱۸ ۳/۳۳	۱۹/۳۰ ۱۹/۲۶	والد کودک عادی		
				والد کودک کم توان	سبک پیوندجویانه	
۰/۱۱	۰/۰۵۴	۱/۴۸ ۳/۸۳	۱۶/۰۶ ۲۱/۷۷	والد کودک عادی		
				والد کودک کم توان	سبک خود ارزنده سازانه	
۰/۰۹	۰/۰۱۳	۳/۴۵ ۳/۳۷	۱۷/۴۲ ۲۴/۳۱	والد کودک عادی		
				والد کودک کم توان	سبک پرخاشگرایانه	
۰/۳۵	۰/۹۳۲	۵/۳۷ ۳/۱۸	۲۵/۸۶ ۱۴/۸۸	والد کودک عادی		
				والد کودک کم توان	سبک خود تحقیر گرایانه	
۰/۰۶	۰/۴۹۲	۳/۱۸ ۲/۸۷	۱۹/۳۰ ۱۳/۹۸	والد کودک عادی		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که آماره کولموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک‌های شوخ طبعی در دو گروه والدین کودکان کم‌توان ذهنی و والدین کودکان عادی معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). بنابراین با توجه به یافته‌های غیرمعنی‌دار می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرهای نرمال است و بنابراین برای تحلیل از آمار پارامتریک می‌توان استفاده نمود.

جدول ۳. آزمون همگونی واریانس های لوین و تحلیل واریانس یک راهه نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی در دو گروه والد

متغیرها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری	میانگین در دو گروه والد	F واریانس	سطح معناداری
نارسایی هیجانی (کل) خود-	۸/۱۶	۱	۱۵۸	۰/۰۶	۵۴/۴۳ ۴۱/۱۸	۵۱/۶۷	۰/۰۰۲
دلسوزی (کل)	۱/۲۲	۱	۱۵۸	۰/۲۷	۵۶/۶۷ ۴۹/۳۱	۴۲/۰۹	۰/۰۰۶
سبک های شوخ طبیعی	۳/۵۶	۱	۱۵۸	۰/۹۱	۷۸/۶۴ ۷۴/۹۴	۷۱/۱۱	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می دهد که مقدار F آزمون لوین برای نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی معنی دار نیست ($P > ۰/۰۵$)، بدین معنی است که واریانس های این متغیرها در بین دو گروه والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی همگون هستند. اما مقدار آماره F واریانس یک راهه نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و به کاربردن سبک های شوخ طبیعی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی معنادار است. ($P \leq ۰/۰۱$)

جدول ۴. جدول آزمون لوین مولفه های نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی در دو گروه والد

متغیرها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری
ناتوانی در شناسایی احساسات	۱/۰۲	۱	۱۵۸	۰/۹۶
ناتوانی در توصیف احساسات	۱/۲۲	۱	۱۵۸	۰/۲۷
سبک تفکر عینی	۰/۰۴	۱	۱۵۸	۰/۸۲
مهربانی با خود مقابل قضاوت خود	۸/۹۷	۱	۱۵۸	۰/۳۰
احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا	۳/۲۰	۱	۱۵۸	۰/۶۵
ذهن آگاهی در مقابل فزون همانندسازی	۵/۲۱	۱	۱۵۸	۰/۶۴
پیوندجویانه	۵۳/۶۸	۱	۱۵۸	۰/۵۶
خود ارزنده سازانه	۱۲/۷۵	۱	۱۵۸	۰/۳۸

۰/۴۸	۱۵۸	۱	۱۰/۴۹	پرخاشگرایانه
۰/۱۰	۱۵۸	۱	۲/۶۰	خود تحقیرگرایانه

جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F آزمون لوین برای مولفه های نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبعی معنی دار نیست ($P < ۰/۰۵$)، بدین معنی است که واریانس های این مولفه ها در بین دو گروه والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی همگون هستند. همچنین آماره لامبدا برای ویلکس در سطح اطمینان ۹۹ درصد $\{ ۲۴۷/۰۵$ $F = ۰/۱۷$ و $Wilks' Lambda = ۰/۱۷$ در سطح ($P < ۰/۰۱$) معنی دار است. بنابراین برای بررسی تفاوت مولفه ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۵ استفاده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مولفه های نارسایی هیجانی، خود-دلسوزی و سبک های شوخ طبعی در دو گروه والدین

گروه	متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
والدین کودکان کم توان ذهنی و عادی	ناتوانی در شناسایی احساسات	۵۲۲/۰۶	۱	۲۶۱/۰۳	۸۱/۴۰	۰/۰۰۱
	ناتوانی در توصیف احساسات	۱۶۵۱/۲۲	۱	۸۲۵/۱۱	۶۹/۳	۰/۰۰۱
	سبک تفکر عینی	۷۳۵/۳۰	۱	۳۷۷/۱۵	۱۲/۹۴	۰/۰۰۱
	مهربانی با خود مقابل قضاوت خود	۱۰۷۶/۴۰	۱	۵۳۳/۲۰	۹۶/۲۴	۰/۰۰۳
	احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا	۱۸۲/۷۵	۱	۹۱/۳۷	۱۰/۵۹	۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی در مقابل فزون همانندسازی	۱۲۶/۰۵	۱	۶۳/۰۲	۱۱/۰۴	۰/۹۴۲
	پیوندجویانه	۱۳۰۵/۳۰	۱	۷۰۲/۱۵	۱۶/۲۹	۰/۰۰۱
	خود ارزنده سازانه	۱۸۹۷/۵۰	۱	۹۴۶/۲۵	۱۷/۵۲	۰/۰۰۳
	پرخاشگرایانه	۴۸۱۸/۰۲	۱	۲۴۹/۰۱	۲۶/۴۷	۰/۰۰۱
	خود تحقیرگرایانه	۴۸۱۸/۹۰	۱	۲۴۹/۴۵	۸۹/۷۳	۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد که آماره F برای مولفه های ناتوانی در شناسایی احساسات ($۸۱/۴۰$)، ناتوانی در توصیف احساسات ($۶۹/۳۰$) و تفکر عینی ($۱۲/۹۴$) در سطح ($P < ۰/۰۱$) معنادار است. بدین معنی که در بین دو گروه والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی از لحاظ مولفه های ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی تفاوت معنادار وجود دارد. اما آماره F برای مولفه های مهربانی

با خود مقابل قضاوت در مورد خود (۹۶/۲۴) و احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا (۱۰/۵۹) و سبک های شوخ طبیعی پیوندجویانه (۱۶/۲۹) خودارزنده سازانه (۱۷/۵۲)، پرخاشگریانه (۲۶/۴۷) و خودتحقیرگرایانه (۸۹/۷۳) در سطح (P = ۰/۰۱) معنادار است اما در مولفه ذهن آگاهی در مقابل فزون همانندسازی خود-دلسوزی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه نارسایی هیجانی، خود دلسوزی و سبک های شوخ طبیعی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی بود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی از لحاظ نارسایی هیجانی، تفاوت معنادار وجود دارد بدین صورت که براساس میانگین ها والدین کودکان کم توان ذهنی از نارسایی هیجانی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردارند. بنابراین با یافته های پژوهش های (اسزاتماری و همکاران، ۲۰۰۸؛ نف و وونک، ۲۰۰۹؛ ساراک، ۲۰۱۳) همسو هستند. در تبیین این مسئله چنین می توان استدلال کرد که والدین کودکان کم توان ذهنی به دلیل این که هرگز از کارکرد فرزندان خود راضی نمی شوند، و نسبت به این مسایل احساس گناه و افسردگی می کنند و به نوعی خود را مقصر می دانند، که کودکان آن ها نمی توانند استانداردها و معیارهای آن ها را برآورده سازند، بنابراین دچار نوعی شکست و ناکامی می شوند و در واقع درباره آینده و به ویژه درباره ناتوانی های خود در به دست آوردن نتایج خوشایند و حل مشکلات مربوط به فرزندانشان بدبین می شوند، در نتیجه این نگرانی ها باعث ناتوانی در مدیریت و کنترل عواطف آنها می شود. وجود کودک معلول در محیط خانواده باعث می شود که والدین در شناسایی احساسات و عواطف فرزند خود موفق نباشند و باعث نارسایی هیجانی آنها می شود. والدین کودک کم توان ذهنی تمایل دارند در دنیای درون خود با احساساتشان مقابله کنند، از هرگونه تعامل اجتماعی یا ارتباطی اجتناب کنند که در نهایت منجر به مشکل در توصیف و بیان احساسات آنها می شود (بشارت، ۱۳۸۸). مادران کودکان کم توان ذهنی به دلیل صرف وقت زیاد برای مراقبت از فرزندان خود وقت کافی برای خود اختصاص نمی دهند، بنابراین احساس خستگی عاطفی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند، سطح اضطراب و افسردگی این مادران بالاست و به

همین خاطر در کنترل هیجانات خود مشکل دارند (کاسکان و آکاس^۱، ۲۰۰۹). همچنین برخی مطالعات از جمله کان، میلر^۲ (۲۰۱۰) عنوان کردند که والدین کودکان دارای اختلالات عصبی-رشدی در تعاملات اجتماعی با افراد دیگر منفعل تر هستند و تعاملات اجتماعی ضعیف تری دارند، نسبت به درک و تفسیر احساسات دیگر و فرزند خود بی تفاوت هستند و در بیان احساسات و توصیف آن مشکل دارند. تامپسون^۳ (۲۰۰۹) گزارش کرد که والدین کودکان کم توان ذهنی به دلیل عواملی از قبیل بیماری های روانی مانند اضطراب و افسردگی ناشی از داشتن کودک کم توان، تجارب آسیب زا در زندگی و عدم پذیرش کودک غیرنرمال در واقع دچار نارسایی هایی هیجانی می شوند. براتیز و همکاران^۴ (۲۰۰۹) دریافتند افرادی که احساساتی از قبیل خستگی عاطفی، مسخ شخصیت را تجربه کرده اند، و از حمایت خانواده برای برخورد با کودک کم توان ذهنی برخوردار نیستند، ویژگی های نارسایی هیجانی بیشتری را از خود نشان می دهند. در مجموع این شرایط می تواند سبب گوشه گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی در والد شود که پیامد عزت نفس پایین، بروز افسردگی در والدین کودکان استثنایی و به خطر افتادن سلامت والدین شود (ملک پور، ۱۳۹۰).

براساس نتایج تحلیل واریانس بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی از لحاظ مولفه های خود-دلسوزی مهربانی با خود مقابل قضاوت خود و احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا تفاوت معنادار وجود دارد که با یافته های (آلن و لیری، ۲۰۱۰؛ آیدان، ۲۰۱۴؛ موریرا، گویا، کورونا، سیلوا و کاناوارو ۲۰۱۴) همسو است. در تبیین تفاوت خود-دلسوزی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی می توان گفت که داشتن کودک کم توان ذهنی می تواند باعث احساس ناامیدی می شود که این موجب واکنش نامناسب والدین هم واکنش در موقعیت های مختلف می شود، که تاثیر نامطلوبی بر روی کل خانواده و اطرافیان می گذارد. خانواده ای که کودک کم توان ذهنی دارد در محاصره مسایل متنوع قرار می گیرد که این مسایل همه فشار روانی برای خانواده به خصوص مادر ایجاد می کند (کارجیر و آلتنستین^۵، ۲۰۱۳). همچنین والدین کودکان کم توان

1. Co kun & Akka

2. Coon & Miller,

3. Thompson

4. Bratis, Tselebis, Sikaras, Moulou, Giotakis & Zoumakis

5. Krieger & Altenstein

ذهنی، به دلیل معلولیت کودکان خود را قضاوت می کنند، بنابراین سعی می کنند، خود-دلسوزی بالاتری نسبت خود و دلسوزی بیشتری نسبت به فرزند خود داشته باشند. والدینی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند انعطاف پذیرتر بوده، رفتارها و هیجانات باثبات تری دارند و فرزندان موفق تری دارند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). همچنین والدین کودکان کم توان ذهنی چون در مورد کودک احساس تقصیر می کنند، احساسات مشترکات انسانی بیشتری نسبت به فرزند خود دارد و بیشتر هوای کودک را دارند. توانایی خوددلسوزی والدین کودکان کم توان ذهنی باعث می شود که والدین جهت گیری شخصی خود را نسبت به نفس خود و ارتباطش را با اطرافیان تغییر دهد و یک سبک هجومی غالب دورنی شده را تغییر داده و مراقبت و دلسوز بودن را جایگزین آن کند. بعبارت دیگر، مادران کودکان کم توان ذهنی به خود دلسوزی بالا به واسطه تمرکز کمتر بر جنبه منفی رویدادها، پاسخ ایمنی قوی تر به استرسورها نشان می دهند، هیجانات منفی و اهمالکاری کمتری را تجربه می کنند و تمایل بیشتری را نسبت به دریافت حمایت اجتماعی از خود نشان می دهند. همین عوامل هم باعث می شود که پذیرش کودک کم توان ذهنی راحت تر و کمتر به والدین کم توان ذهنی دچار افسردگی بشوند (لاری و آدامز، ۲۰۱۳). علاوه بر این خود-دلسوزی و حتی سبک های شوخ طبیعی به عنوان راهبردهای مقابله ای هستند که توسط والدین کودکان کم توان ذهنی استفاده می شود (لیون و فیتزگراید، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که والدین کودکان کم توان ذهنی از سبک های خود تحقیرگرایانه و پرخاشکگرایانه استفاده می کنند و والدین کودکان عادی بیشتر از سبک های پیوندجویانه و خودارزنده سازانه استفاده می کنند که با یافته های پژوهش های (اختر، ۲۰۱۲؛ سرمود و گلاس، ۲۰۱۰؛ سزینگلو، گولول و توسان، ۲۰۱۳؛ آیدان، ۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که استفاده از شوخی ممکن است به عنوان روشی برای مقابله با تنیدگی و داشتن نگاهی مثبت و خوش بینانه در مواجهه با مشکلات و به عنوان یک جنبه کلی مدیریت و تنظیم هیجان مطرح باشد. والدینی که از سبک های شوخ طبیعی پرخاشکگرایانه و خودتحقیرگرایانه استفاده می کنند، در درک و فهم صحیح هیجان، بهره برداری و تنظیم هیجان مشکل دارند و به نوعی به دلیل داشتن حس حقارت و احساس

1. Leary & Adams
2. Lyons and Fitzgerald

گناه به دلیل داشتن کودک کم‌توان ذهنی دچار نارسایی هیجانی هستند و از شوخی به شیوه نامناسب مانند استهزاء، ریشخند و تحقیر دیگران (شوخی طبیعی پرخاشگرانه) استفاده می‌کنند و یا با پنهان کردن احساس‌های واقعی (شوخی طبیعی خودتحقیرگرانه) خود را تحقیر می‌کنند و این فرآیند رضایت آنها را از زندگی به صورت کلی تحت تاثیر قرار می‌دهد (چچن^۱، ۲۰۱۴). همچنین نگرش‌های منفی جامعه نسبت به کودکان استثنایی موانعی بر سر راه پذیرش و احقاق حقوق آنها ایجاد نموده است. از طرف دیگر بر اثر وجود این نگرش‌ها در جامعه، والدین کودکان استثنایی نیز دچار احساسات و واکنش‌های منفی بسیاری از جمله شرمساری، واکنش‌های روان‌تنی و مشکلات خانوادگی می‌شوند. عدم دریافت حمایت خانواده‌های استثنایی از سوی مردم به بروز مشکلاتی در سازگاری خانواده و به ویژه مادر می‌انجامد، به همین دلیل این والدین بیشتر از سبک پرخاشگرانه و خودتحقیرگرانه در مقابل مردم و فرزند خود استفاده می‌کنند. اما والدین کودکان عادی، چون در مورد توانایی‌های فرزند خود احساس حقارت نمی‌کنند و موفقیت‌های کودک خود را در جامعه مشاهده می‌کنند، از سبک شوخی طبیعی خودارزنده‌سازی و پیوندجویانه استفاده می‌کنند که در واقع احساس عزت نفس بیشتری می‌کنند (کوپر و لایت^۲، ۲۰۱۳). در نهایت می‌توان گفت با توجه به شناخت مناسب والدین کودکان کم‌توان ذهنی برنامه‌های آموزشی فرزند پروری برای آینده در نحوه برخورد با این کودکان تهیه کرد تا این والدین راحت‌تر بتوانند با این نوع کودکان ارتباط برقرار کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که این پژوهش صرفاً روی والدین کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به والدین سایر کودکان مبتلا به اختلالات عصبی-رشدی باید احتیاط لازم صورت بگیرد. محدودیت دیگر این بود که در تکمیل پرسشنامه‌ها بیشتر یکی از والدین حاضر بودند و در پژوهش شرکت کردند. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده دوره‌های آموزشی فرزند پروری و نحوه برخورد با کودکان مبتلا به اختلالات عصبی-رشدی برای والدین این کودکان برگزار شود تا تاثیر این آموزش‌ها بر روی نارسایی‌های هیجانی این افراد بررسی شود و در این مداخلات درمانی ضمن

-
1. Çeçen
 2. Kuiper & Leite

توجه به مهارت های فرزند پروری مادران و پدران، می توان بر کیفیت ارتباط والد- کودک کم توان تاکید کرد.

تقدیر و تشکر

محققان این پژوهش از همکاری مدرسه استثنایی شهرستان سقز و همکاری مسئولین آموزش و پرورش این شهرستان نهایت تشکر را دارند.

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، تقی پور، م.، و نریمانی، م. (۱۳۹۰). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره ۱، (۳۴)، ۴۵-۶۶.
- احمدپناه، م. (۱۳۹۰). تأثیر کم توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱ (۴)، ۳۸-۵۰.
- احمدی، ز. (۱۳۸۸). مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد، اسلامی، واحد اهواز.
- افروز غ. (۱۳۸۸). مقدمه ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. چاپ نهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). رابطه نارسایی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روان شناختی و بهزیستی روان شناختی، فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی دانشگاه تبریز، ۳ (۱۰) ۲۴-۴۶.
- علینیا، ر.، دوستی، ی. ع.، دهشیری، غ.، و حیدری، م. (۱۳۸۷) سبک های شوخ طبعی، بهزیستی فاعلی و هوش هیجانی در دانشجویان، روانشناسی تحول: روانشناسان ایرانی، ۵ (۸)، ۱۶۹-۱۷۰.
- لاجوردی ز. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

محرابی، ح. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت روان والدین عادی و استثنائی شهرستان گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بیرجند.

ملک پور، م. (۱۳۹۰). بهداشت خانواده کودکان عقب مانده ذهنی، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.

موللی، گ.، و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). مشکلات فرا روی والدین در پرورش فرزندان کم شنوا و کم توان ذهنی، (مجله شنوایی شناسی). ۱۸ (۲)، ۲۵-۳۶.

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Aydan AYDIN. (2015). investigation the self-compassion, humor styles and alexithymia levels of parents with autistic children, *International Journal on New Trends in Education and Their Implications*. 5(2):145- 159.
- Aydan, A. (2014). A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174 (2015) 720-729.
- Bagby, R.M. & Taylor, G.J. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bahar, A., Bahar, G., Savas, H. A. & Parlak, S. (2009). Determination of depression and anxiety levels and stress coping styles of mothers of children with disabilities. *F rat Sa l k Hizmetleri Dergisi*, Volume: Four, Number: 11.
- Besharat, M.A. Rostami, R. & Mirzamani, M. (2006). Assessing Reliability and Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in a Sample of Opioid Substance Use Disordered Patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 1: 133-139.
- Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., & Zoumakis, E. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 7(72), 1-6.
- Çeçen, A. R. (2014). Humor styles in predicting loneliness among Turkish university parents with MR child. *Social Behavior and Personality*, 35, 835-844.
- Coon H., & Miller J. (2010). Narrowing the broader autism phenotype: A study using the communication checklist-adult version. *Autism*, 14(6), 559-574.
- Coşkun Y & Akka G. (2009). Engelli çocukları olan annelerin sızrekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD. Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(8), 1431-1436.

- Coşkun, Y., & Akkaş, G. (2009). The relationship between perpetual anxiety levels of mothers with disabilities and perceived social support. *Ahi Evran Universities' Kırşehir Education Faculty Journal (KEFAD)* Volume 10, Issue 1.
- De Sousa, A. (2010). Mother of children with developmental disabilities: An analysis of psychopathology. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(2), 84-90.
- Hoicka E & Akhtar N (2012). early humour production. *British Journal of Developmental Psychology*. 30(4), 586-603.
- Ingersol, B. & Hambrick, D. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 337-344.
- Krieger T, & Altenstein D. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Thera*. 2013; 44(3): 501-13.
- Kristin D. Neff & Daniel J. Faso. (2015). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism, Mindfulness, DOI 10.1007/s12671-014-0359-2.
- Kuiper, N. A. & Leite, C. (2013). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 135-168.
- Leary M R, & Adams CE. (2013). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2013; 92: 887-904.
- Lefcourt, H. M. (2001). *Humor: The psychology of living*. New York: Kluwer Academic publisher. Explorations of personality characteristics (pp.15-60). Berlin: Walter de Gruyter.
- Lumley MA, Neely LC, & Burger AJ. (2009). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess*. 89(3): 230-46.
- Lyons, V. & Fitzgerald, M. (2012). Humor in Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 34, 521-530.
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach* (Chapter 1 and 7). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39 (5), 552-564.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2014). Maternal attachment and children's quality of life: the mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77:1, 23-50.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69: pp 28° 44.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion depression and anxiety. *Personality and Individual Differences* 48, 757-761.
- Saraç, T. (2013). Investigation of the relationship between autistic phenotype and alexithymia characteristics of autistic children's parents. Master Thesis, Istanbul: Marmara University Educational Sciences Institute, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Oct; 25(10):1248- 60.
- o lu, M., Gulol, C. & Tosun, A. (2013). The concept of alexithymia. *Current Approaches to Psychiatry*. 2013; 5 (4): 507-527. Doi: 10.5455 / cap.20130531
- Semrud-Clikeman, M., & Glass K. (2010). The relation of humor and child development: social, adaptive and emotional aspects. *Journal of Child Neurology*. Oct; 25(10):1248- 60.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J. & Bennett, T. (2008). Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1859- 1865.
- Tezel an, F. (2005). The role of your father in the development and education of the child. *New Approaches in Early Childhood Development and Education*. Edt: Muzeyyen Sevinç. Istanbul: Morpa Kültür Publications Volume 2. Personality and individual differences .39: 1419-1428.
- Thompson, J. (2009). Emotionally dump: An overview of alexithymia. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*. 38, 128-139.
- Tool R. (2005). Development of and emotional processing. *Journal of psychosomatic research* 62 167-178.