

# Comparison of Mental Health, Psychological Capital, and Marital Intimacy in Mothers of Children with Hearing Impairment, Those with Intellectual Disabilities, and Normal Children

Farnaz Farshbaf Mani Sefat, M.A.<sup>1</sup>,  
Elnaz Pourrahim, M.A.<sup>2</sup>

Received: 05. 14. 2017 Revised: 01.21.2017  
Accepted: 04.09.2018

## Abstract

**Objective:** This research was conducted in order to compare mental health, psychological capital, and marital intimacy in mothers of children with hearing impairment, those with intellectual disabilities, and normal children. **Method:** The statistical population of the present descriptive-comparative study consisted of all mothers of children with hearing impairment (n=50), those with intellectual disabilities (n=50), and normal children (n=50) in care centers and primary schools of Khoy, Iran, in 2016. From this population, a sample of 120 people (40 per group) was selected using simple random sampling. Participants completed the General Health Questionnaire (GHQ), Luthans' Psychological Capital Questionnaire (PCQ), and the Marital Intimacy Scale (MIS). Data were analyzed in SPSS 21 using MANOVA and one-way ANOVA with Scheffe post-hoc test. **Results:** Data analysis showed a statistically significant difference between mothers of children with intellectual disabilities and those with hearing impairment on the one hand, and mothers of normal children on the other, in terms of general mental health ( $f=12.20$ ,  $p=0.0001$ ) and psychological capital ( $f=14.36$ ,  $p=0.0001$ ). However, there was no difference between the three groups in terms of marital intimacy ( $f=0.603$ ,  $p=0.508$ ). **Conclusion:** Mothers of children with mental disabilities and those with hearing impairment have a lower mental health and psychological capital than mothers of normal children, but mothers of all three groups have the same level of marital intimacy.

**Keywords:** *Hearing impairment, intellectual disabilities, marital intimacy, mental health, psychological capital*

1. Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran

2. **Corresponding Author:** M.A. of Psychology of Exceptional Children, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran.  
**Email:** elnaz\_poorrahim@yahoo.com

# مقایسه سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوانی‌های هوشی و کودکان عادی

فرناز فرشباف منی صفت<sup>۱</sup>، الناز پوررحیم<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۲۴ تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۱۱/۱  
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱/۲۰

## چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مادران کودکان کم‌شنوا (۵۰ نفر)، ناتوان هوشی (۵۰ نفر) و عادی مراکز نگهداری و مدارس ابتدایی شهر خوی در آذرماه سال ۱۳۹۵ بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر (۴۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)، سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ) و مقیاس صمیمیت زناشویی (MIS) را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (Manova) و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه به‌همراه آزمون تعقیبی شفه انجام شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا با مادران کودکان عادی از نظر سلامت روانی کل ( $F=12.20$ ،  $P=0.0001$ ) و سرمایه روان‌شناختی ( $F=14.36$ ،  $P=0.0001$ )، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد. ولی بین صمیمیت زناشویی ( $F=0.603$ ،  $P=0.508$ ) مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی تفاوتی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا، سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند، ولی مادران هر سه گروه از صمیمیت زناشویی یکسانی برخوردارند.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی، صمیمیت زناشویی، ناتوانی هوشی، کم‌شنوا

۱. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، ارومیه، ایران.  
۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنائی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

## مقدمه

وسعی از تحقیقات، حکایت از این واقعیت دارد که والدین دارای کودکان کم‌شنوا نسبت به سایر والدین، ناسازگاری و استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. بنابراین، تولد کودک ناشنوا در خانواده، مشکلاتی را برای اعضای خانواده رقم می‌زند و باعث استرس در آن‌ها به‌ویژه در مادران می‌شود. بنابراین، وجود کودک استثنائی اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه، گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶).

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بیان می‌کند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری روانی نیست؛ بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (به نقل از احراری، ۱۳۹۲). سلامت روان‌شناختی مادران بر تحول اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت روابط والد-فرزندی مؤثر است (مولی، پورمحمدرضای تجریشی و اسدملایری، ۱۳۹۲). در این راستا، گالاگر و هانیگان (۲۰۱۴) در پژوهشی مطرح کردند که ریسک خطر افسردگی و سلامت روان پایین، در والدین کودکان ناتوان بیشتر از والدین کودکان عادی است.

اسمیت و گرزویاکز (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای اشاره کردند که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه، سلامت روان پایین‌تر و علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند و این علائم و مشکلات سلامت روان، در گذر زمان افزایش می‌یابد.

از دیگر متغیرهای نیازمند توجه در مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی و مشکلات شنوایی، صمیمیت زناشویی است. مفهوم صمیمیت اغلب به‌عنوان روابط

یکی از طبیعی‌ترین نهادهایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند، خانواده است. خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم، و کمک به استقلال کودکان را برعهده دارد (علمردانی‌صومعه و نریمانی، ۱۳۹۴). وجود کودکی با ناتوانی‌های هوشی (کم‌توانی ذهنی) و یا کودکی با مشکل کم‌شنوایی، می‌تواند تأثیرات بسیار عمیقی بر ساختار خانواده کودکان استثنائی داشته باشد. ناتوانی هوشی نوعی اختلال عمومی است که در آن، عملکرد شناختی فرد زیر میانگین بوده و با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) دارای تفاوت قابل توجه است و قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می‌شود (کنعانی، هادی، سلیمانی و آرمان‌پناه، ۱۳۹۴). همچنین، کم‌شنوا شخصی است که با استفاده از وسایل کمکی و یا بدون بهره‌گیری از آن‌ها در شنیدن گفتار عادی دیگران مشکل دارد (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۸۹). گفته می‌شود فشار روانی حاصل از مشکلات داشتن کودک ناتوان هوشی باعث شدت مشکلات خانوادگی می‌شود و افراد خانواده برای سازگاری با مشکل جدید، الگوی رفتاری تازه‌ای را انتخاب می‌کنند. فابر مطرح می‌کند که داشتن کودک کم‌توان، نشانه از دست دادن یک کودک طبیعی است و آگاهی از اینکه کودک آن‌ها با مشکل متولد شده است و این مشکل ادامه خواهد یافت، فرایندی از اندوه را موجب می‌شود که شبیه اندوهی است که اعضای خانواده کودک در حال فوت با آن روبه‌رو است (کوهستانی و میرزمانی، ۱۳۸۵). بنا بر نظر کیروس (به نقل از موسوی، علیزاده‌چهاربرج، یآوری‌کرمانی، پورحسین، ۱۳۹۳)، از دیدگاه خانوادگی، کم‌شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است که والدین را با استرس دائمی روبه‌رو می‌کند و آن‌ها را در معرض خطر سلامت روانی قرار می‌دهد. ناشنوایی و افت شنوایی به طرق مختلفی بر زندگی فرد از جمله رشد اجتماعی اثر می‌گذارد. گستره

زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌دهد، او را برای ورود به صحنه عمل آماده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (بهداری خسروشاهی، ۱۳۹۰). برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شوند، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار گیرند (بهداری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آباد و باباپورخیرالدین، ۱۳۹۱). در این راستا، امرسون (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان داد که مادران کودکان ناتوان هوشی، بیشتر از مادران کودکان عادی احتمال دارد که به اختلالات روانی مبتلا شوند و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری دارند. احمدی گلاب خرائی، شاکری‌نیا و صالحی (۲۰۱۴)، در پژوهشی مطرح کردند که مادران کودکان عادی، از سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی بهتری در مقایسه با مادران کودکان دچار صرع برخوردارند. یو و کیم (۲۰۱۵)، در مطالعه‌ای خاطرنشان کردند که سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن با استرس والدگری در مادران نوزادان نارس، رابطه معنی‌داری دارد و منجر به کاهش سطوح استرس والدگری در آنان می‌شود. همچنین با والدگری خودکارآمد رابطه مثبت دارد.

با توجه به اینکه تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌های ایرانی از اثرات منفی داشتن یک کودک کم‌توان، همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشار روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن یک کودک کم‌توان رنج می‌برند و این عوامل باعث برهم‌ریختگی سازمان خانواده می‌شود، ضروری است تأثیر وجود فرزند کم‌توان به‌عنوان یک عامل استرس‌مزن بر خانواده، به‌ویژه مادر ارزیابی شود. مادر، بزرگترین معلم و مربی کودک است. مادری، عموماً از پیچیده‌ترین تجربه‌های هر زن به‌شمار می‌رود و زمانی که این تجربه در مورد کودکی دچار کم‌توانی باشد، به مراتب مشکل‌تر و

توأم با عشق تعریف می‌شود که شامل احساس‌های گرم، نزدیکی، پیوند و محبت است (چان، تو و وونگ، ۲۰۱۵). اریکسون (به نقل از خجسته‌مهر، احمدی قوزلوجه، سودانی و شیرالی‌نیا، ۱۳۹۴)، تمایل متعهد شدن به شخص دیگر، قابلیت به اشتراک گذاشتن ویژگی‌های شخصی عمیق، و توانایی بیان کردن افکار و احساسات درونی را به‌عنوان ابعاد صمیمی بودن تعریف کرده است. از نظر تامپسون و واکر (به نقل از چان و همکاران، ۲۰۱۵)، عناصر صمیمیت عبارت‌اند از: عاطفه، نوع‌دوستی، لذت یا رضایت، باز بودن یا صداقت، احترام برای شریک و پذیرش عقاید و انتقاد وی، همبستگی و تعهد هیجانی یا احساس اطمینان در روابط. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که نابهنجاری جسمی و روانی کودکان، صمیمیت و روابط زناشویی والدین را دستکاری کرده و کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خداپرست کازرونی، ۱۳۹۴). در این راستا، امیری‌مجد، حسینی و جعفری (۱۳۹۳) در پژوهشی مطرح کردند که کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان عادی، به شکل قابل توجهی بالاتر از والدین کودکان مبتلا به نشانگان داوون و ناتوانی یادگیری است. کارگر (۱۳۹۴) نیز در مطالعه‌ای مطرح کرد که سازگاری زناشویی مادران کودکان استثنائی، به‌طور قابل توجهی کمتر از مادران کودکان عادی است. همچنین، امین‌السادات و محمدی (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین میزان رضایت زناشویی مادران دارای اختلال طیف اوتیسم، نابینا و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌طوری که مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان نابینا و عادی، و همچنین مادران کودکان نابینا نسبت به مادران کودکان عادی، رضایت زناشویی پایین‌تری دارند.

در این میان، سرمایه روان‌شناختی، سازه ترکیبی و به‌هم‌پیوسته‌ای است که چهار مؤلفه ادراکی - شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را دربرمی‌گیرد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی به

پژوهش‌های قبلی انجام شده مراجعه، و با استفاده از اطلاعات توصیفی ارائه شده (میانگین و واریانس صفت سلامت روان در جامعه)، و با در نظر گرفتن ۹۵ درصد سطح اطمینان (یا خطای نوع اول ۰/۰۵) و توان آزمون ۸۰ درصد (۱-)، حجم نمونه برای این مطالعه محاسبه شد. با توجه به فرمول (شکل ۱)، تعداد نمونه برای هر گروه ۳۵ نفر به دست آمد. همچنین، حجم نمونه به دست آمده مجدداً با استفاده از برنامه آماری جی‌پاور (برنامه آماری برای تعیین حجم نمونه آماری با توجه به میانگین و واریانس صفت مورد نظر در جامعه) محاسبه و برای هر گروه ۳۶ نفر و در مجموع ۱۰۸ نفر پیشنهاد شد (ملک‌افضلی، مجدزاده، فتوحی و توکلی، ۱۳۸۳). با توجه به حجم نمونه تعیین شده، با در نظر گرفتن میزان افت آزمودنی در این مطالعه تعداد ۴۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. بنابراین، نمونه پژوهش متشکل از ۸۰ نفر از مادران کودکان استثنایی مراکز نگهداری، و ۴۰ نفر از مادران کودکان عادی مدارس ابتدایی در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ است که با در نظر گرفتن متغیرهای مدنظر پژوهش جهت هم‌تاسازی همچون سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و ملاک‌های ورود و خروج مورد مطالعه قرار گرفت. در مورد انتخاب ۱۲۰ نفر نمونه (۴۰ نفر برای هر گروه) باید اشاره کرد که در حیطه علوم رفتاری، حجم نمونه برای تعمیم‌پذیری نتایج اهمیت دارد و معمولاً در تحقیقات مقایسه‌ای، حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۱). برای انتخاب آزمودنی‌های گروه‌های کودکان استثنایی، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. به این صورت که نخست لیست اسامی کودکان استثنایی ۷ تا ۱۲ ساله از مدیریت اداره کودکان استثنایی سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی گرفته شد، سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، تعداد ۸۰ نفر (۴۰ نفر از گروه کم‌شنوا و ۴۰ نفر از گروه ناتوان هوشی) از بین آن‌ها انتخاب شد. برای انتخاب نمونه

همراه با احساسات ناخوشایند بسیار است. شرایط مادری برای کودکان استثنایی، هم از نظر فیزیکی و هم از نظر هیجانی بسیار خسته‌کننده و استرس‌زا است (موللی و همکاران، ۱۳۹۲). کودکان استثنایی به دلیل مشکلات خاص خود، والدین را دچار استرس می‌کنند (هو، ۲۰۰۶). وقتی والدین با ناتوانی‌های فرزند خود روبه‌رو می‌شوند، به دنبال جایی یا افرادی هستند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این مسئله راهنمایی کنند. وظیفه متخصصان، کمک به والدین در جهت سازگاری آن‌هاست. جناب‌آبادی (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان داد که نمرات استرس والدین کودکان استثنایی، به‌طور معنی‌داری بیشتر از نمرات والدین کودکان عادی است. نتایج مطالعه خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱) نیز نشان داد که والدین کودکان استثنایی، مشکلات روانی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند و همچنین میزان مشکلات روانی مادران در مقایسه با پدران بیشتر است.

از این‌رو، با توجه به موارد عنوان شده و نیاز به روشن‌تر شدن وضعیت خانواده‌های دارای کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا برای ارائه مؤثرتر خدمات مورد نیاز، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال اصلی انجام گرفت که آیا بین سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی تفاوت وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - مقایسه‌ای است.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان کم‌شنوا (۱۴۰ نفر)، مادران کودکان دارای ناتوانی هوشی مراکز نگهداری (۲۰۰ نفر)، و مادران کودکان عادی مدارس ابتدایی شهر خوی (۱۹۰۰ نفر) در سال ۱۳۹۵ بود. با توجه به ماهیت پژوهش، برای تعیین حجم نمونه مناسب با استفاده از روش تحلیل توان به

میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند. شایان ذکر است که در فرایند اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها، با ۱۰ مورد افت آزمودنی در گروه مادران کودکان کم‌شنوا، و ۲ مورد نیز در گروه مادران کودکان ناتوان هوشی به علت قرار گرفتن در خارج از دامنه سنی مد نظر مطالعه (۲۴-۵۰ سال) مواجه شدیم. بنابراین، تجزیه و تحلیل داده‌ها با ۱۰۸ نفر آزمودنی ادامه یافت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل نداشتن بیماری جدی پزشکی و روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو، دامنه سنی ۲۴ تا ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، و ملاک‌های خروج نیز شامل سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی و داشتن سابقه ازدواج مجدد بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (Manova) و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه به همراه آزمون تعقیبی شفه انجام شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = \frac{(2.42^2 + 1.94^2)(1.96 + 0.8416)^2}{(42.63 - 41.16)^2} \cong 35$$

شکل ۱. فرمول برآورد اندازه نمونه برای تشخیص اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل

نشان دهد، در وضعیت بهتری به لحاظ سلامت عمومی قرار دارند. مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، بر پایایی و روایی بالای آزمون دلالت داشته است (نظیفی و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب پایایی به روش دونیمه برای کل مقیاس ۰/۹۳، و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷، همچنین ثبات و همسانی درونی نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برابر ۰/۸۵ گزارش شده است (به نقل از موللی و همکاران، ۱۳۹۲). تقوی (۱۳۸۰) در پژوهشی روایی سازه مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی بررسی کرد و وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی را مورد تأیید قرار داد. همچنین، همبستگی مقیاس را با پرسشنامه میدلسکس (M.H.Q) جهت تأیید روایی

دانش‌آموزان عادی، از روش تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. یعنی از بین مدارس ابتدایی شهر خوی، تعداد ۴ مدرسه پسرانه و ۴ مدرسه دخترانه و از هر مدرسه ۱۰ دانش‌آموز (جمعاً ۸۰ دانش‌آموز) به طور تصادفی انتخاب، و با در نظر گرفتن متغیرهای مد نظر پژوهش جهت هم‌تاسازی از میان آنان ۴۰ نفر انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله بعدی از طریق مدارس مربوطه، مادران کودکان استثنائی و عادی برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. همچنین، برای رعایت نکات اخلاق پژوهشی، ابتدا فرم رضایت‌نامه مربوط به طرح از نظر علمی و اخلاقی در زمان اجرا بین شرکت‌کنندگان توزیع شد تا مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، جهت اعلام رضایت آن را تکمیل کنند. در این فرم تصریح شده بود که شرکت‌کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش، براساس

## ابزار

مقیاس سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ با هدف بررسی اختلالات غیرروان‌پریشی و تمایز قائل شدن بین افراد سالم و بیمار تدوین و ارائه شده است (به نقل از موللی و همکاران، ۱۳۹۲). فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه، چهار مقیاس علائم جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷)، علائم اضطرابی و اختلال خواب (سؤالات ۸ تا ۱۴)، کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۲۱)، و علائم افسردگی (سؤالات ۲۲ تا ۲۸) را در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از صفر تا ۳) اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات در کل مقیاس بین ۰ تا ۸۴ در نوسان است. نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. افرادی که مجموع نمرات آن‌ها در این پرسشنامه عدد کمتری را

چند تن از متخصصین، و روایی سازه آن را با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی در چهار عامل تأیید کرده است. گل‌پرور و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه‌ای همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱، و برای مؤلفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۶۱ و ۰/۵۵ به‌دست آمد.

مقیاس صمیمیت زناشویی (MIS): مقیاس صمیمیت زناشویی، برای اندازه‌گیری صمیمیت توسط تامپسون و واکر (به نقل از رجبی، حیات‌بخش و تقی‌پور، ۱۳۹۴) در سال ۱۹۸۳ با هدف سنجیدن مهر و صمیمیت زوجین تدوین شده و شامل ۱۷ ماده است. این پرسشنامه تنها یک مقیاس کلی دارد که از طریق جمع نمرات سؤالات به‌دست می‌آید و نمره کل آن نیز در دامنه‌ای از ۱۷ تا ۱۱۹ است. نمره‌گذاری این ابزار در یک طیف لیکرت هفت‌رتبه‌ای (۱- هرگز تا ۷- همیشه) تنظیم شده که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر است (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴). چان و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی نشان دادند که مقیاس صمیمیت زناشویی، روایی هم‌زمان بالایی با مقیاس حمایت خانواده (۰/۵۹) و رضایت از زندگی (۰/۴۰) دارد. همچنین، چان و همکاران (۲۰۱۵) همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کردند. اعتمادی (به نقل از حسینی، نظری، رسولی، شاکرمی و حسینی، ۱۳۹۳)، در پژوهشی ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کرد. خزاعی (به نقل از حسینی و همکاران، ۱۳۹۳) نیز اعتبار این پرسشنامه را از طریق اجرای هم‌زمان ۰/۸۲ مطرح کرده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۵ به‌دست آمد.

هم‌زمان ۰/۵۵ گزارش کرده است. در این مطالعه، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی، و علائم افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۶۷ و ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ): پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ)، توسط لوتانز و همکاران (به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳) در سال ۲۰۰۷ با زمینه کاربری در محیط‌های حرفه‌ای طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال است که چهار بُعد سرمایه روان‌شناختی شامل خودکارآمدی (سؤالات ۱ تا ۶)، امید (سؤالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (سؤالات ۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی (از سؤال ۱۹ تا ۲۴) را در طیف لیکرت شش‌درجه‌ای (۱- کاملاً مخالفم تا ۶- کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی، ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به‌صورت جداگانه به‌دست آمده و سپس مجموع آن‌ها به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نمرات کل مقیاس سرمایه روان‌شناختی در دامنه‌ای از ۲۴ تا ۱۴۴ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سرمایه روان‌شناختی بالاتر است. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده استفاده کرده که به‌طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند، مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده‌مقیاس‌ها نیز تأیید شده است. لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) با بررسی روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی تأییدی آماره‌های CFI و RMSEA این پرسشنامه را به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کردند. هاشمی نصرت‌آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی (۱۳۹۰)، در پژوهشی پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. گل‌پرور (به نقل از گل‌پرور، قاسمی و مصاحبی، ۱۳۹۳)، روایی صوری و محتوایی مقیاس را توسط

### یافته‌ها

سال، و گروه مادران کودکان عادی  $35/40 \pm 4/781$  سال بود. تحصیلات ۱۶ نفر ( $14/8$ ٪) ابتدایی، ۲۵ نفر ( $23/1$ ٪) راهنمایی، ۴۵ نفر ( $41/7$ ٪) دیپلم، و ۲۲ نفر ( $20/4$ ٪) دانشگاهی بود.

در این پژوهش میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه مادران کودکان کم‌شنوا  $31/57 \pm 5/550$  سال، گروه مادران کودکان ناتوان هوشی  $38/55 \pm 7/176$

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو-ویلک آماره Z (معنی‌داری)
	کم‌شنوا	$26/37 \pm 10/45$	۰/۶۲۱	۰/۰۱۰	۰/۹۴۰ (۰/۰۹۱)
سلامت روانی	ناتوان هوشی	$30/11 \pm 12/886$	۰/۱۵۰	-۱/۱۳۶	۰/۹۴۸ (۰/۰۷۶)
	عادی	$17/65 \pm 10/55$	۱/۶۵۸	۲/۷۹۷	۰/۹۳۴ (۰/۰۲۲)
	کم‌شنوا	$75/10 \pm 20/04$	۰/۳۸۸	-۰/۳۷۶	۰/۹۶۸ (۰/۴۸۲)
سرمایه روان‌شناختی	ناتوان هوشی	$79/56 \pm 17/298$	۱/۲۵۵	۲/۳۶۱	۰/۹۰۴ (۰/۰۰۳)
	عادی	$97/20 \pm 18/87$	-۰/۲۸۲	۰/۰۲۳	۰/۹۸۳ (۰/۸۰۴)
	کم‌شنوا	$98/50 \pm 13/42$	-۱/۱۹۱	۱/۳۵۵	۰/۸۹۴ (۰/۰۰۶)
صمیمیت زناشویی	ناتوان هوشی	$95/05 \pm 16/326$	-۱/۰۴۸	۱/۴۹۸	۰/۹۳۴ (۰/۰۲۶)
	عادی	$98/42 \pm 19/28$	-۱/۴۲۳	۱/۴۵۸	۰/۸۳۷ (۰/۰۰۰۱)

این پیش‌فرض برای سلامت روانی ( $F=2/369$ ،  $P=0/099$ )، سرمایه روان‌شناختی ( $F=0/861$ )، و صمیمیت زناشویی ( $F=1/194$ )،  $P=0/426$ )، و صمیمیت زناشویی ( $P=0/307$ ) به‌دست آمد. در ادامه، برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، از آزمون M باکس استفاده شد که نتایج آن حاکی از معنی‌داری این آزمون برای متغیرهای مورد مطالعه بود ( $F=1/270$ ،  $P=0/228$ )، همچنین، سطح معنی‌داری آزمون لاندای ویلکز، قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتیجه نشان می‌دهد که بین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و کودکان عادی، حداقل از نظر یکی از متغیرهای سلامت روانی، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $F=7/214$ ،  $P=0/001$ ،  $F=0/174$ )، بدین ترتیب برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی، صمیمیت زناشویی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک را برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها نشان می‌دهد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول (۱) حاکی از این است که توزیع داده‌ها برای هر سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه به‌جز چند مورد نرمال است ( $p>0/05$ )، در خصوص معنی‌دار شدن آماره Z شاپیرو-ویلک می‌توان چنین عنوان کرد که چون این شاخص، آزمونی مبتنی بر تعداد نمونه‌ها است، با افزایش تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، احتمال معنی‌داری Z محاسبه‌شده بیشتر خواهد بود. بنابراین، می‌توان نرمال بودن توزیع متغیرهای فوق را با توجه به شاخص‌های کجی و کشیدگی گزارش‌شده و برخلاف شاخص عددی به‌دست‌آمده، با توجه به قضیه حد مرکزی توجیه کرد (مصراآبادی، ۱۳۹۵).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اثرات بین‌گروهی برای متغیرهای پژوهش در سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
سلامت روانی	۳۱۷۳/۸۱۶	۲	۱۵۸۶/۹۰۸	۱۲/۲۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۹
سرمایه روان‌شناختی	۱۰۰۰۱۵/۳۹۲	۲	۵۰۰۷/۶۹۶	۱۴/۳۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۵
صمیمیت زناشویی	۲۸۶/۲۵۰	۲	۱۴۳/۱۲۵	۰/۵۰۸	۰/۶۰۳	۰/۰۱۰

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، مادران کودکان ناتوان هوشی و مادران کودکان عادی در متغیرهای سلامت روانی ( $F=۱۲/۲۰۰$ ،  $P=۰/۰۰۰۱$ )، سرمایه روان‌شناختی ( $F=۱۴/۳۶۲$ )، و صمیمیت زناشویی ( $F=۰/۵۰۸$ )، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد، ولی بین متغیر صمیمیت زناشویی

( $F=۰/۵۰۸$ ،  $P=۰/۶۰۳$ ،  $\eta^2=۰/۰۱۰$ ) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین، در ادامه برای بررسی چگونگی تفاوت بین میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی در متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه زوجی میانگین سرمایه روان‌شناختی سه گروه

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
سلامت روانی	کم‌شنوا	۸/۷۱*	۲/۷۵۵	۰/۰۰۸
	ناتوان هوشی	۱۲/۴۵*	۲/۵۸۴	۰/۰۰۰۱
	کم‌شنوا	-۳/۷۴	۲/۷۸۵	۰/۴۰۹
سرمایه روان‌شناختی	کم‌شنوا	-۲۲/۱۰*	۴/۵۱۰	۰/۰۰۰۱
	ناتوان هوشی	-۱۷/۶۴*	۴/۲۳۰	۰/۰۰۰۱
	کم‌شنوا	-۴/۴۶	۴/۵۶۰	۰/۶۲۱
صمیمیت زناشویی	کم‌شنوا	۰/۰۸	۴/۰۵۴	۰/۹۹۹
	ناتوان هوشی	-۳/۳۷	۳/۸۰۳	۰/۶۷۶
	کم‌شنوا	۳/۴۵	۴/۱۰۰	۰/۷۰۲

\* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

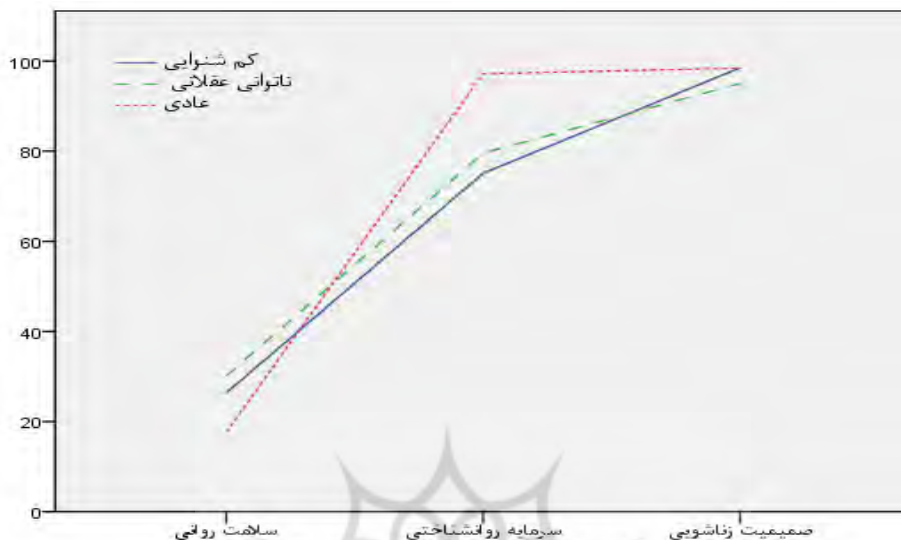
سرمایه روان‌شناختی، معنی‌داری تفاوت میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی به نفع میانگین گروه مادران کودکان عادی است؛ به طوری که تفاوت میانگین بین مادران کودکان کم‌شنوا ( $P=۰/۰۰۰۱$ ) و ناتوان هوشی ( $P=۰/۰۰۰۱$ ) با مادران کودکان عادی معنی‌دار، ولی تفاوت بین میانگین نمرات مادران کودکان کم‌شنوا با مادران کودکان ناتوان هوشی معنی‌دار نیست ( $P>۰/۰۵$ ). به عبارتی، مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا میانگین نمرات کمتری در متغیر سرمایه روان‌شناختی نسبت به مادران کودکان عادی دارند. این امر نشان می‌دهد که گروه مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا از سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به

نتایج مربوط به آزمون شفه در جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر سلامت روانی، کل تفاوت بین میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی به نفع میانگین گروه مادران کودکان کم‌شنوا ( $P=۰/۰۰۰۱$ ) و ناتوان هوشی ( $P=۰/۰۰۰۱$ ) است. به عبارتی، مادران کودکان کم‌شنوا و مادران کودکان ناتوان هوشی، میانگین نمرات بالاتری در سلامت روان کل نسبت به مادران کودکان عادی دارند. ولی بین دو گروه مادران کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی، تفاوت میانگین‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $P>۰/۰۵$ ). این امر نشان می‌دهد که هر دو گروه مادران کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی، سلامت روانی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. در متغیر



شکل ۲ نمودار خطی میانگین نمرات سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی را در متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد.

مادران کودکان عادی برخوردارند. در متغیر صمیمیت زناشویی، تفاوت معنی‌داری بین میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).



شکل ۲. نمودار خطی میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی در متغیرهای مورد مطالعه

نشان می‌دهد که هر دو گروه مادران کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی، سلامت روانی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. این یافته با یافته‌های احمدی‌گلاب‌خرانی و همکاران (۲۰۱۴)؛ سعادتی (۱۳۸۷)؛ آمبیکیل و اوتواتر (۲۰۱۲)؛ و خمیس (۲۰۰۷) همسو، و با بخشی از یافته‌های نریمانی و همکاران (۱۳۸۶)؛ و فرامرزی (۲۰۱۷) ناهمسو است. اسمیت و گریواکز (۲۰۱۴) در پژوهشی اشاره کردند که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه، سلامت روان پایین‌تر و علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند و این علائم افسردگی و مشکلات سلامت روان در گذر زمان افزایش می‌یابد. مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که به‌طور کلی، بین سلامت روان مادران کودکان استثنائی و مادران کودکان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما از نظر شکایت جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوئیدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. فرامرزی (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی خاطر نشان کرد که

## بحث و نتیجه‌گیری

خانواده‌ای که صاحب فرزند استثنائی می‌شود، دستخوش احساسات متعارضی می‌گردد. هدف از این پژوهش مقایسه سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوان هوشی و عادی بود. نتایج مربوط به یافته اول نشان داد که مادران کودکان ناتوان هوشی نسبت به مادران کودکان عادی، از علائم جسمانی بیشتر و نسبت به مادران کودکان کم‌شنوا، از علائم جسمانی یکسانی برخوردارند. همچنین، مادران کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی، علائم اضطرابی و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. در شاخص علائم افسردگی نیز مادران کودکان ناتوان هوشی، علائم افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان کم‌شنوا و عادی نشان دادند. به‌طور کلی، مادران کودکان کم‌شنوا و مادران کودکان ناتوان هوشی، از میانگین نمرات بالاتری در سلامت روان کل نسبت به مادران کودکان عادی برخوردارند. این امر

خاصی از ناتوانی کودک خود در مطالعات شرکت می‌کنند که این تجربه خاص از شدت ناتوانی کودک می‌تواند بر نتایج مؤثر باشد. همچنین، استفاده از ابزار متفاوت برای سنجش وضعیت روانی مادران نیز می‌تواند به عنوان یکی از دلایل ناهمسویی مطرح شود.

نتایج مربوط به یافته دوم نشان داد که مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنا سرمایه روان‌شناختی پایین‌تر، و همچنین در سطح مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. این یافته با یافته‌های بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)؛ موسوی، علیزاده، یآوری کرمانی و پورحسین (۱۳۹۳)؛ مالهورا، خان و باهاتیا (۲۰۱۲)؛ و دینر و لوکاس (۲۰۰۰) همسو، و با بخشی از یافته‌های میشل، گنجی و طالبی (۲۰۱۲)؛ و صیدی، کاکابرابی، چچانی و بابایی (۱۳۹۰) ناهمسو است. بیرامی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی اشاره کردند که والدین کودکان مراکز توان‌بخشی نسبت به والدین کودکان عادی، کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری دارند. صیدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی نشان دادند که در مقیاس‌های سلامت جسمانی و روانی کیفیت زندگی، بین والدین دو گروه کودکان استثنائی و عادی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت وجود کودکی با ناتوانی هوشی منجر به تجربه سطوح بالای اضطراب و استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین این کودکان می‌شود (هدا، جیمز هاله و آثرون ابا، ۲۰۱۰) و بر همین اساس، والدین کودکان استثنائی نسبت به والدین کودکان عادی، باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودک خود کنند. در نتیجه، این والدین برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان‌اند و زندگی اجتماعی آن‌ها محدود می‌شود (دنیل، ۲۰۱۰). بنابراین، حضور یک کودک با نیازهای خاص می‌تواند امید (اوگستون و همکاران، ۲۰۱۱)، کیفیت زندگی

بین کیفیت زندگی چهار گروه از مادران کودکان استثنائی با کودکان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین بهزیستی روان‌شناختی این مادران با مادران کودکان عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که کودکان عقب‌مانده در یادگیری رفتارهای جدید بسیار کند و ضعیف هستند. از این‌رو، سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب در این‌گونه کودکان تا حدی به نتایج مطلوب منتهی نمی‌شود. بنابراین، سازگاری با این وضعیت و پذیرش این واقعیت برای والدین کودکان کم‌توان هوشی مشکل‌ساز و استرس‌زا است. از سوی دیگر، ضرورت رسیدگی مضاعف به این قبیل کودکان ممکن است موجب بروز یا وخیم‌تر شدن مشکلات والدین شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام والدین کودکان ناتوان هوشی، از ابتدای تولد فرزند خود با نوعی احساس غم و اندوه و ناامیدی درگیر بوده و سردرگمی، فقدان و سختی‌های زیادی را تجربه می‌کنند (به نقل از درویشی، ۱۳۹۳). همچنین، درباره اینکه میانگین کل سلامت روان با وجود عدم تفاوت معنادار، در مادران دارای فرزند کم‌شنا به نسبت پایین‌تر از مادران کودکان ناتوان هوشی بود، بتوان گفت که فرزند ناشنوا در دوره‌های مختلف زندگی به سبب آنکه می‌تواند تقریباً به‌تنهایی از عهده کارهای خویش برآید، فشار کمتری بر خانواده و به‌خصوص مادران وارد می‌کند، در حالی که مادران دارای فرزند ناتوان هوشی باید در همه شرایط مراقب فرزند خود باشند و این سبب افزایش فشارها و مشکلات می‌شود که نتیجه آن کاهش سلامت روانی و افسردگی بیشتر خواهد بود. در توجیه ناهمسویی این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان تفاوت شدت ناتوانی هوشی و میزان کم‌شنوایی کودکان در خانواده‌ها، و تأثیر متفاوت شدت این اختلال‌ها بر خانواده را با توجه به بافت فرهنگی جوامع یادآور شد. چراکه مادران شرکت‌کننده در پژوهش‌ها با تجربه شدت

افسردگی است، نمی‌تواند رفتار مناسبی با کودک کم‌توان خود داشته باشد. محبت‌های افراطی و حمایت‌های بیش از حد از کودک کم‌توان در کنار احتمال طرد وی توسط مادر که مبتنی بر سیستم دفاعی ناخودآگاه است، می‌تواند مشکلات جدی در روند رشد کودک کم‌توان ایجاد کند (قدمی و کاکوجویاری، ۱۳۹۰). صاحب‌نظران خاطرنشان می‌کنند که یکی از واکنش‌های والدین کودک استثنائی، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته است. این مادران از اینکه نتوانسته‌اند کودک طبیعی به دنیا بیاورند، اعتمادشان لطمه خورده و برای فرار از این ناراحتی اجباراً گناه عقب‌ماندگی کودک را به گردن دیگران می‌اندازند (میلانی فر، ۱۳۸۹). بنابراین، در قالب این محبت و توجه‌های افراطی مادر می‌توان چنین مطرح کرد که احتمالاً مادران کودکان استثنائی با استفاده از مکانیسم انکار، به علت ترحمی که به کودک دارند درصد واپس‌رانی تأثیر کودک کم‌توان بر روابط زناشویی خود هستند. استناد به این که کودک استثنائی علت روابط زناشویی پایین است می‌تواند احساس بی‌کفایتی شدیدی را در آنان ایجاد کند. بنابراین، والدین به‌صورت ناخودآگاه و یا خودآگاه درصد ارائه تصویری مطلوب از روابط و صمیمیت زناشویی خود برآمده‌اند. بررسی پاسخ مادران کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی به سؤالات مقیاس صمیمیت زناشویی به‌صورت مشاهده‌ای و توصیفی حاکی از این بود که مادران این کودکان اکثراً اشاره کردند که از نظر صمیمیت زناشویی در سطح بالاتری قرار دارند و مشکلی از این نظر وجود ندارد. از این‌رو، به‌نظر می‌رسد این مادران از نوعی مکانیسم دفاعی ناپخته در جهت انکار یا جابه‌جایی مشکل استفاده می‌کنند. به‌عبارتی، این مادران به احتمال زیاد وجود مشکل در روابط زناشویی را به دلایل نامعلومی که نیازمند شفاف‌سازی است، انکار می‌کنند.

عدم تفکیک مادران کودکان ناتوان هوشی بر اساس شدت ناتوانی کودک، به علت دسترسی کم به نمونه

(دیویس و همکاران، ۲۰۱۰)، و سرمایه روان‌شناختی (هدا و همکاران، ۲۰۱۰) والدین را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، در خصوص ناهمسویی این یافته می‌توان به تفاوت نمونه‌های آماری شرکت‌کننده در پژوهش‌های مختلف اشاره کرد. بعضاً مادران شرکت‌کننده از نظر وضعیت اقتصادی، بهره‌هوشی، و از نظر فرهنگی تفاوت‌هایی دارند که این امر می‌تواند تفاوت‌های موجود در یافته‌ها را توجیه کند.

نتایج مربوط به یافته سوم نشان داد که بین میانگین سه گروه مادران کودکان کم‌شنوا، مادران کودکان ناتوان هوشی و مادران کودکان عادی در متغیر صمیمیت زناشویی، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد. بنابراین، می‌توان گفت مادران کودکان ناتوان هوشی، کم‌شنوا و عادی از میزان صمیمیت زناشویی یکسانی نسبت به یکدیگر برخوردارند. این یافته با یافته‌های کارگر (۱۳۹۴)، امین‌السادات و محمدی (۲۰۱۶)، امیری‌مجد و همکاران (۱۳۹۳) و کوهن، دارستنیفیلد و روهوم (۲۰۱۵) ناهمسو است. مطالعات صورت‌گرفته حاکی از سطح پایین صمیمیت زناشویی در والدین کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا نسبت به والدین کودکان عادی است. به‌طوری که، امیری‌مجد و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی مطرح کردند که کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان عادی به شکل قابل‌توجهی بالاتر از والدین کودکان مبتلا به نشانگان داون و ناتوانی یادگیری است. در تبیین ناهمسویی یافته این مطالعه با سایر پژوهش‌های صورت‌گرفته، با در نظر گرفتن کمبود پیشینه تجربی منسجم در زمینه صمیمیت زناشویی والدین کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا، که محدودیت‌هایی را در تفسیر و تبیین نتایج این مطالعه به‌وجود می‌آورد، می‌توان گفت روبه‌رو شدن مادر با فرزند کم‌توان در حقیقت متلاشی شدن رؤیاهای او و انتظار داشتن فرزندی سالم است که منجر به بروز مشکلات روانی و عاطفی در مادر می‌شود. بدیهی است مادری که مشکلات روانی و عاطفی دارد و دچار

بیرامی، م.، موحدی، ی.، خدایاری، ف. (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی والدین مددجویان مراکز توان‌بخشی با والدین کودکان بهنجار. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۳ (۲)؛ ۳۳-۴۰.

تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روانی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۴)؛ ۳۹۸-۳۸۱.

حسینی، م.، نظری، م.، رسولی، م.، شاکرمی، م.، و حسینی، م. (۱۳۹۳). رابطه سلامت خانواده اصلی با صمیمیت زناشویی: بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های حل تعارض سازنده و غیرسازنده. *اندیشه و رفتار*، ۸ (۳۲)؛ ۸۹-۶۷.

خاکپور، م.، مهرآفرید، م. (۱۳۹۱). مقایسه اختلالات روانی و تاب‌آوری زوجین دارای اولین فرزند عادی و استثنایی در شهر فاروج. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴ (۴)؛ ۵۸۳-۵۷۱.

خجسته‌مهر، ر.، احمدی قوزلوجه، ا.، سودانی، م.، شیرالی نیا، خ. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت بر صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۰ (۲)؛ ۴۰-۲۹.

خداپرست کازرونی، س. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای رضایت‌مندی زناشویی و صمیمیت زوجینی والدین کودکان عقب‌مانده معلول جسمی و بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

درویشی، خ. (۱۳۹۳). مقایسه رضایت‌مندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی و عادی در شهر کنگان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت.

رجبی، غ.، حیات‌بخش، ل.، تقی‌پور، م. (۱۳۹۴). الگوی ساختاری رابطه مهارت‌مندی هیجانی، صمیمیت، رضایت و سازگاری زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۵ (۱۶)؛ ۹۱-۶۷. سعادت، م. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه وضعیت روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و مادران کودکان عادی در شهر رویش. همایش روان‌شناسی و کاربرد آن در جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

سیف‌نراقی، م.، نادری، ع. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی*. تهران: انتشارات ارسباران.

صیدی، م.، کاکابرابی، ک.، چچانی، ف.، بابایی، س. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان استثنایی و والدین کودکان عادی. همایش منطقه‌ای روان‌شناختی کودک و نوجوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.

علمردانی صومعه، س.، نریمانی، م. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل، بلاتکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا. *فصلنامه مطالعات پیش‌دبستان و دبستان*، ۱ (۱)؛ ۱۱۱-۹۳.

قدمی، م.، کاکو جویباری، ع.ا. (۱۳۹۰). نگرش عاطفی مادران کودکان ناشنوا و کم‌توان ذهنی نسبت به فرزندان معلولشان. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱ (۳)؛ ۲۹۲-۲۸۳.

کارگر، م. (۱۳۹۴). مقایسه حل مسئله و سازگاری زناشویی در مادران کودکان استثنایی و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲ (۱۳۰)؛ ۴۴-۳۷.

آماري در جامعه هدف، و عدم کنترل تعداد کودکان کم‌شنوا و ناتوان هوشی حاضر در خانواده این کودکان به علت احتمال تأثیرگذاری تجربه والدین در فرایند تربیت کودک استثنایی، از محدودیت‌های این پژوهش بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه کند. والدین کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا برای ایفای صحیح مسئولیت‌های خویش و از سوی دیگر، غلبه بر احساس منفی باید اطلاعات و شناخت لازم را در مورد مشکل کودک خویش به‌دست آورند. بنابراین، برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده می‌تواند سطح آگاهی و پذیرش والدین را نسبت به پدیده کم‌شنوایی و ناتوانی هوشی و خصوصیات رفتاری فرزندشان افزایش دهد و از این طریق تعامل بهینه بین والد و فرزند را به‌منظور بهبود سلامت روانی و افزایش سرمایه روان‌شناختی فراهم کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی پدران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا در مقایسه با پدران کودکان عادی مورد بررسی قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانیم از تمامی مادرانی که در این پژوهش همکاری کردند و از مراکز نگهداری کودکان استثنایی و مدارس شهر خوی که زمینه اجرای پژوهش را فراهم ساختند، تقدیر و تشکر کنیم.

## منابع

احراری، ی. (۱۳۹۲). *بررسی افسردگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به تهوع و استفراغ شدید حاملگی در بیمارستان‌های شاهرود در سال ۱۳۹۱*. پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی واحد شاهرود.

امیری‌مجد، م.، حسینی، سیده ف.، جعفری، ا. (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای سندرم داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۴ (۱)؛ ۳۵-۵۵.

بهادری خسروشاهی، ج. (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

بهادری خسروشاهی، ج.، هاشمی نصرت‌آباد، ت.، باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت*، ۲ (۱)؛ ۱۵۳-۱۴۵.

- Ahmadi Golabkharani, S., Shakerinia, I., & Salehi, S. (2014). A comparison of psychological capital and mental health between mothers of children with seizures and mothers of normal children. *Journal of social issues & humanities*, 2 (1), 79-81.
- Ambikile, J. S., & Outwater, A. (2012). Challenges of caring for children with mental disorders: experiences and views of caregivers attending the outpatient clinic at muhimbili national hospital, dar es salaam - tanzania. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-11.
- Aminalsadat, R., & Mohammadi, K. (2016). The comparison of marital satisfaction rate, compatibility and social intimacy in mothers of normal children, mothers of children with autism and in mothers of blind children. *Journal of administrative management, education and training*, 12 (6), 256-263
- Chan, C. H. W., To, M. S., & Wong, L. Y. K. (2015). Intimacy as a distinct construct: validating the intimacy scale among older adults of residential care homes in Hong Kong. *The open family studies journal*, 7, 60-67.
- Cohen, S. R., Holloway, S. D., Domínguez-Pareto, I., & Kuppermann, M. (2015). Support and self-efficacy among latino and white parents of children with id. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 120(1), 16-31.
- Dannel, Z. T. (2010). Life stress, maternal optimism and adolescent competence single mother African families. *Journal of family psychology*. 24(4), 468-477.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2010). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *child care health and development*, 36(1), 63-73.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: relative standard, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of happiness studies*, 1, 41-78.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status and the self assessed social and psychological impact of the child difficulties. *J Intellect Disabil Res*. 47(4), 385-399.
- Faramarzi, S. (2017). Comparing the quality of life and psychological well-being in mothers of children with hearing loss and mothers of children with other special needs. *Auditory And Vestibular Research*, 26(2), 86-92.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental
- کنعانی، ک، هادی، س، سلیمانی، م، آرمان‌پناه، آ. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. *مجله پرستاری کودکان*، ۳، ۴۷-۳۴.
- کوهستانی، م، میرزمانی، س.م. (۱۳۸۵). نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۴(۱)؛ ۵۱-۴۶.
- گال، م، بورگ، و، گال، ج. (۱۳۹۱). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت.
- گل‌پرور، م، قاسمی، م، مصاحبی، م.ر. (۱۳۹۳). الگوی نقش مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در رضایت از زندگی و رضایت زناشویی در همسران ایثارگران شهرکرد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۲(۱)؛ ۱۴۰-۱۱۹.
- مصربآبادی، ج. (۱۳۹۵). *کاربست آمار استنباطی در علوم رفتاری*. تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.
- ملکشاهی، ف، فلاحتی، ش. (۱۳۹۵). مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم‌آباد ۱۳۹۲. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۸(۳)؛ ۵۱-۴۲.
- ملک‌افضلی، ح، مجزاده، س.ر، فتوحی، ا، توکلی، س. (۱۳۸۳). *روش‌شناسی پژوهش‌های کاربردی در علوم پزشکی*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- موسوی، ا، علیزاده، ط، یآوری‌کرمانی، م، پورحسین، ر. (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۳(۲)؛ ۲۹-۲۳.
- موللی، گ، پورمحمدرضای تجربی، م، اسد ملایری، س. (۱۳۹۲). تأثیر درمانگری شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا. *تعلیم و تربیت استثنائی*، ۹(۱۲۲)؛ ۱۶-۶.
- میلاتی‌فر، ب. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی*. تهران: نشر قومس.
- نریمانی، م، آقامحمدیان شعرباف، ح.ر، رجبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنائی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. *اصول بهداشت روانی*، ۹(۳۳)؛ ۲۴-۱۵.
- نظیفی، م، مکرمی، ح.ر، اکبری‌تبار، ع.ا، فرجی‌کوجردی، م، رهی، ع، و تبریزی، ر. (۱۳۹۲). اعتبار، روایی و ساختار عاملی ترجمه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۳(۴)؛ ۳۴۲-۳۳۶.
- هاشمی نصرت‌آباد، ت، باباپور خیرالدین، ج، بهادری خسروشاهی، ج. (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱(۴)؛ ۱۴۴-۱۲۳.

- disabilities: the growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35 (2), 448-454.
- Hedda, M., James Halle, W., & Aaron Ebata, T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social science journals*, 77(1), 7-12.
- Howe, d. (2006). Disabled children, parent-child inter action and attachment. *Child and family social* , 11(2), 95-106
- Jenaabadi, H. (2014). 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*, 114(Supplement C), 197-202.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social science and medicine*, 64(4), 850-857.
- Malhotra, Sh., Khan, W. & Bhatia, M.S. (2012). Quality of life of parents having children with developmental disabilities. *Delhi psychiatry journal*, 15 (1), 171-176.
- Michael, N., Ganji, M., & Talebi, M. (2012). Compare resiliency, marital satisfaction and mental health of parents of children with learning disabilities and normal. *Journal of Learning Disabilities*. 2 (1), 137-120.
- Ogeston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or down syndrome. *Research in autism spectrum disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Smith, A. M., & Grzywacz, J. G. (2014). Health and well-being in midlife parents of children with special health needs. Families, systems & health. *The journal of collaborative family healthcare*, 32(3), 303-312.
- Yu, M., & Kim, K. E. (2015). A structural equation model for parenting stress in mothers of premature infants. *Journal of child and family studies*, 25 (4), 1334-1344.