

مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول، عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی - حرکتی

دکتر محمدعلی مظاهری*، منصوره السادات صادقی**

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف مطالعه مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول، عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی- حرکتی طراحی و اجرا گردید. تعداد ۴۷۴ نفر مادر (۲۲۰ نفر مادران کودکان غیرمعلول، ۸۴ نفر مادران کودکان عقب مانده ذهنی، ۵۳ نفر مادران کودکان نابینا، ۸۹ نفر مادران کودکان ناشنوا و ۲۸ نفر مادران کودکان معلول جسمی - حرکتی) به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد نمرات سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول با مادران کودکان استثنایی تفاوت معناداری ندارد و میانگین نمرات سلامت عمومی در مادران کودکان نابینا در زیر مقیاس‌های «نشانه‌های بدنی»، «اضطراب و بیخوابی»، «نارسا کنش‌وری اجتماعی» و «افسردگی» و نهایتاً نمره کلی GHQ نسبت به سایر گروه‌ها بالاتر می‌باشد. تجزیه و تحلیل نهایی نمرات بدست آمده توسط آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه مادران ناشنوا داد که به جز تفاوت معنادار مادران کودکان نابینا در زیر مقیاس «اضطراب و بی‌خوابی» و نمره کلی GHQ با مادران کودکان ناشنوا، در سایر گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. البته اگرچه مادران کودکان معلول جسمی - حرکتی تفاوت معناداری در نمرات سلامت عمومی با دیگر مادران ندارند، اما نمره سلامت عمومی آنان پس از مادران کودکان نابینا دارای بیشترین مقدار است. در تبیین تفاوت معنادار بین این گروه از والدین به عواملی همچون بارز بودن معلولیت، نداشتن تماس‌های اجتماعی، جنسیت و ... در تبیین عدم تفاوت معنادار بین مادران کودکان غیرمعلول و معلول به مواردی همچون نوع پاسخ خانواده به رویداد استرس‌زا، کاربردهای مقابله‌ای مناسب، سن کودکان، منابع اقتصادی - اجتماعی و ... اشاره شده است.

کلید واژه‌ها: سلامت عمومی، مادر، عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا، معلول جسمی - حرکتی

* دانشیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، «تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده» email: m-mazaheri@sbu.ac.ir

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

هالاها و کافمن (۱۹۹۱) معتقد هستند تولد کودک معلول می‌تواند تأثیر مهمی بر توانایی‌های خانواده داشته باشد. تأثیری که بسیار شدیدتر و قوی‌تر از تأثیر یک کودک غیرمعلول است. اما نتایج پژوهش‌ها در مورد این مسأله که آیا واقعاً بین عملکرد و سلامت خانواده‌های کودکان معلول با خانواده‌های کودکان غیرمعلول تفاوتی وجود دارد ضد و نقیض بوده است. دایسون (۱۹۹۱) اعتقاد دارد در حالی که تصور عمومی بدین‌صورت است که خانواده‌هایی با فرزندان معلول فشار و تنش‌های بالای روانی و سطح عملکرد خانوادگی پائینی دارند، اما شواهد تجربی در این مورد یکسان نیست. بسیاری از تحقیقات به تأثیر منفی کودک معلول در خانواده و تفاوت عملکرد این خانواده‌ها با خانواده‌های کودکان غیرمعلول اشاره کرده‌اند. به عنوان مثال فاربر^۱ (۱۹۷۵)، به نقل از بوراک، هداپ و زیگلر، (۱۹۹۸) معتقد است که وجود چنین کودکانی اغلب باعث اختلال یا تأخیر در تحول خانواده می‌گردد. همچنین می‌توان به نتایج تحقیقات ایورز و درتار (۱۹۹۶) و وودگیت (۱۹۹۸) و هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) اشاره کرد. این در حالی است که برخی تحقیقات ضمن تأکید به تأثیر مثبت کودک معلول در خانواده تفاوت معناداری را بین سطح عملکرد و فشار روانی خانواده‌های کودکان معلول با خانواده‌های کودکان غیرمعلول پیدا نکردند. به‌عنوان مثال سالیسبوری^۲ (۱۹۸۷)، به نقل از امیری‌مجد، (۱۳۸۲) اشاره می‌کند که در طی پژوهش‌های مختلف بر روی خانواده‌های کودکان معلول و مقایسه آن‌ها با خانواده‌های کودکان غیرمعلول از نظر اندازه‌گیری فشار روانی و رضایت زناشویی تفاوت معناداری پیدا نشد. در این زمینه همچنین می‌توان به پژوهش‌های هوسر و سلیگمن (۱۹۹۱)، تارنیل و همکاران^۳ (۱۹۹۳)، به نقل از بوراک، هداپ و زیگلر، (۱۹۹۸) و مارشاک و سلیگمن^۴ (۱۹۹۳)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) و بوئکائرتس و رودر (۱۹۹۹) اشاره کرد.

محققان عوامل بسیاری را برای توجیه این تعارض‌ها در نظر گرفته‌اند که از آن جمله می‌توان به رفتارهای کودکان، نوع پاسخ خانواده به رویداد استرس‌زا، رفتارهای مقابله‌ای مناسب، سن والدین، سن کودکان، ارتباط والدین و کودکان، منبع اقتصادی و میزان حمایت و ارتباط اجتماعی دریافتی والدین اشاره کرد. بوراک، هداپ و زیگلر (۱۹۹۸) معتقد هستند نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به‌طور کلی حمایت‌های خارجی (به‌خصوص حمایت‌های اعضای خانواده، دوستان و خدمات اجتماعی) و حمایت‌های داخلی (به‌خصوص راهبردهای مقابله‌ای) که والدین دریافت می‌کنند روی میزان استرس و آشفتگی آن‌ها تأثیر به‌سزایی دارد.

اما مورد مهم دیگر نوع معلولیت کودک می‌باشد. نتایج مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که تأثیر کودکان معلول بر روی خانواده‌ها یکسان نیست و در حقیقت برخی از ناتوانایی‌ها برای والدین مهم‌تر است (سلیگمن و دارلینگ، ۱۹۹۷). گوفمن^۵ (۱۹۶۳)، به نقل از منبع قبلی) معتقد است که برخی ناتوانایی‌ها که ظاهر آشکاری ندارد و فرد می‌تواند مثل بقیه افراد عادی لباس بپوشد یا تماس

اجتماعی داشته باشد، کمتر استرس‌زا هستند تا ناتوانی‌هایی که قابل مشاهده و مشخص هستند. فرزندی که معلولیت‌های قابل مشاهده و آشکار دارند والدین‌شان از تماس با گروه‌های دیگر، آشنایان و غیره، بیشتر اجتناب می‌کنند. بنابراین تفاوت در عملکرد خانواده‌ها در این دسته از معلولین به چشم می‌خورد.

البته نوع واکنش‌ها با نوع معلولیت می‌تواند متفاوت باشد. به‌عنوان مثال فلوید و گالاگر (۱۹۹۷) در پژوهشی نشان دادند که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی نسبت به مادران کودکانی با بیماری‌های مزمن چون مشکلات رفتاری کمتری را برای کودکان‌شان در نظر گرفته بودند، استرس کمتری داشتند. فول^۶ (۱۹۹۱) به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) هم معتقد است که درجه کم بینایی در کودکان نابینا یک عامل مهم برای واکنش‌های والدین نسبت به کودک می‌باشد. گرچه در این کودکان تأخیر در رشد مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای غیرعادی مشاهده شده توسط کودکان، عامل اصلی استرس می‌باشد. فول و گلب^۷ (۱۹۸۳)، به نقل از منبع قبلی) از معلولیت‌هایی مثل صدمات بینایی تحت عنوان معلولیت با درجه متوسط نام برده‌اند و عنوان کرده‌اند که خانواده‌های این کودکان از استرس‌های سنگینی رنج می‌برند که به‌خاطر گرفتاری در فیزیوتراپی‌ها، اعتراف به وجود معلولیت، سردرگمی به خاطر این‌که این صدمات را معلولیت یا غیرمعلولیت بدانند، ناشی می‌شود.

بنابراین از یک‌سو با توجه به این‌که مادران مدت زمان بیشتری صرف مراقبت از کودک می‌کنند و همیشه همراه کودک هستند و تماس مستقیمی با او دارند، می‌توانند فشار و استرس بیشتری را تجربه کنند (امیری‌مجد، ۱۳۸۲) و کودک نیز به‌عنوان بخشی از نظام خانواده واجد تأثیرات متقابلی بر سلامت روان می‌باشد و از سوی دیگر با توجه به نتایج برخی از مطالعات که برخی از ناتوانی‌های کودکان را برای والدین مهم‌تر می‌دانند (مراجعه شود به سلیگمن و دارلینگ، ۱۹۹۷ و بوراک، هداپ و زیگلر، ۱۹۹۸) هدف کلی پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول، عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی - حرکتی با هم متفاوت می‌باشد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادرانی که فرزند آنها در یکی از مدارس تهران (کودکان غیرمعلول) و مادرانی که فرزند آنها در یکی از مدارس کودکان استثنایی (کودکان معلول) شهر تهران تحصیل می‌کنند، می‌باشد. در نحوه انتخاب مادران کودکان عادی سعی شده است از نزدیک - ترین مدرسه به مدرسه کودکان استثنایی که مادران آنها در تحقیق شرکت کرده‌اند، استفاده شود.

از این جامعه تعداد ۴۷۴ نفر مادر (۲۲۰ نفر مادران کودکان غیرمعلول، ۸۴ نفر مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، ۵۳ نفر مادران کودکان نابینا، ۸۹ نفر مادران کودکان ناشنوا و ۲۸ نفر مادران کودکان معلول جسمی- حرکتی) با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه سلامت عمومی پاسخ دادند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، (گلدبرگ، ۱۹۷۹، به نقل از مظاهری، حیدری و پوراعتماد، ۱۳۸۲). این پرسشنامه یک پرسشنامه سرندی^۱ مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است و هدف اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری‌های روانی و سلامت است. این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای دارای ۴ زیرمقیاس: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی و خیم است. نمره ۱۴ یا بالاتر در هر زیرمقیاس، نشان‌دهنده وخامت وضع آزمودنی در آن عامل می‌باشد. با جمع نمرات زیر مقیاس‌های چهارگانه نیز نمره کلی فرد در پرسشنامه سلامت عمومی به‌دست می‌آید. این پرسشنامه توسط دادستان به فارسی ترجمه و منتشر شده است (به نقل از منبع قبلی).

یافته‌ها

در جدول ۱ تعداد آزمودنی‌ها به تفکیک در پنج گروه مادران کودکان غیرمعلول، عقب‌مانده ذهنی (آموزش‌پذیر)، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی- حرکتی و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات خام آزمودنی‌ها در چهار زیرمقیاس و مقیاس کلی GHQ نشان داده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات مادران کودکان نابینا در نمره کلی GHQ و همچنین خرده مقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی بالاتر از سایرین می‌باشد و این در حالی است که میانگین نمرات مادران کودکان غیرمعلول در مقیاس کلی GHQ و تمامی زیرمقیاس‌ها تفاوت اندکی با مادران کودکان استثنایی دارد. به منظور ارزیابی دقیق‌تر داده‌ها و مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول، عقب‌مانده ذهنی (آموزش‌پذیر)، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی - حرکتی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد و همان‌طور که در جدول مشخص است، تفاوت معنادار فقط بین مادران کودکان نابینا و ناشنوا در زیرمقیاس اضطراب و بی- خوابی و نمره کلی GHQ می‌باشد.

جدول ۱- تعداد آزمودنی‌ها و میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های پنج‌گانه تحقیق در زیرمقیاس‌ها و نمره کلی GHQ و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه این نمرات

مقیاس	شاخصها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	F	p	تفاوت معنادار بین گروه‌ها از طریق آزمون تعقیبی شفه
	گروهها							

	.۰۵۷	۲/۳۱	۴۷۳	۴/۳۹	۶/۲۲	۲۲۰	مادران کودکان عادی	نشانه‌های بدنی
				۴/۳۱	۶/۲۲	۸۴	مادران کودکان عقب‌مانده	
				۴/۰۳	۷/۳۹	۵۳	مادران کودکان نابینا	
				۳/۷۱	۵/۲۴	۸۹	مادران کودکان ناشنوا	
				۴/۶۰	۶/۶۴	۲۸	مادران کودکان معلول جسمی	
مادران کودکان نابینا و ناشنوا $p < /۰۱۹$.۰۱	۳/۰۸	۴۷۳	۴/۸۰	۶/۳۸	۲۲۰	مادران کودکان عادی	اضطراب و بی‌خوابی
				۴/۵۵	۶/۴۸	۸۴	مادران کودکان عقب‌مانده	
				۳/۹۴	۸/۴۱	۵۳	مادران کودکان نابینا	
				۳/۹۹	۵/۶۵	۸۹	مادران کودکان ناشنوا	
				۵/۹۹	۶/۵۳	۲۸	مادران کودکان معلول جسمی	
	.۲۴	۱/۳۷	۴۷۳	۳/۸۱	۷/۲۲	۲۲۰	مادران کودکان عادی	نارسا کشوری اجتماعی
				۳/۱۸	۷/۴۴	۸۴	مادران کودکان عقب‌مانده	
				۳/۵۴	۸/۴۱	۵۳	مادران کودکان نابینا	
				۳/۹۳	۷/۲۰	۸۹	مادران کودکان ناشنوا	
				۴/۲۴	۸/۰۷	۲۸	مادران کودکان معلول جسمی	
	.۰۴	۲/۴۲	۴۷۳	۵/۲۲	۳/۹۴	۲۲۰	مادران کودکان عادی	افسردگی
				۴/۳۰	۳/۳۹	۸۴	مادران کودکان عقب‌مانده	
				۴/۲۲	۵/۶۶	۵۳	مادران کودکان نابینا	
				۴/۱۸	۳/۵۵	۸۹	مادران کودکان ناشنوا	
				۵/۹۸	۴/۸۲	۲۸	مادران کودکان معلول جسمی	
مادران کودکان نابینا و ناشنوا $p < /۰۲۹$.۰۱	۲/۹۸	۴۷۳	۱۵/۱۶	۳۳/۷۷	۲۲۰	مادران کودکان عادی	نمره کل سلامت عمومی
				۱۳/۲۹	۲۳/۴۵	۸۴	مادران کودکان عقب‌مانده	
				۱۲/۷۷	۳۹/۸۸	۵۳	مادران کودکان نابینا	
				۱۲/۶۰	۲۱/۶۵	۸۹	مادران کودکان ناشنوا	
				۱۹/۰۱	۲۶/۰۷	۲۸	مادران کودکان معلول جسمی	

بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق حاضر در خصوص مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان غیرمعلول، عقب‌مانده ذهنی (آموزش‌پذیر)، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی- حرکتی نشان می‌دهد که مادران کودکان غیرمعلول در هیچ موردی با مادران کودکان استثنایی تفاوت معناداری ندارند. نتایج این یافته‌ها با یافته‌های سالیسبوری (۱۹۸۷، به نقل از امیری‌مجد، ۱۳۸۲)، کازاک و کریستاکیس^۹ (۱۹۹۴، به نقل از حسین‌نژاد، ۱۳۷۵)، هوسر و سلیگمن (۱۹۹۱) و بوئکا ژرتس و رودر (۱۹۹۹)

همخوانی دارد و با نتایج یافته‌های فاربر (۱۹۷۵)، به نقل از بوراک، هداپ و زیگلر، (۱۹۹۸)، ایورز و درتار (۱۹۹۶) و وودگیت (۱۹۹۸) و هنرمند، نجاریان و مسعودی (۱۳۸۰) متناقض است. محققان عوامل بسیاری را برای توجیه این تعارض‌ها در نظر گرفته‌اند که از آن جمله می‌توان به نوع پاسخ خانواده به رویداد استرس‌زا، رفتارهای مقابله‌ای مناسب، سن والدین، سن کودکان، منبع اقتصادی-اجتماعی و ... اشاره کرد.

فدرستون^{۱۰} (۱۹۸۰) به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) معتقد است که اضطراب و استرس برای تمام خانواده‌ها وجود دارد و آن چه مهم است چگونگی پاسخ‌های متفاوت به آن براساس عامل-های خانوادگی و خارج از محیط خانواده است. وی اعتقاد دارد براساس شواهد نمی‌توان گفت که والدین کودکان غیرمعلول یا استثنایی کدامیک استرس بیشتری دارند، زیرا عواملی مانند فقدان حمایت‌های اجتماعی و خصوصیات و رفتاری کودک در میزان استرس والدین نقش دارند و اگرچه موقعیت‌ها برای افراد خانواده‌های کودکان معلول غیرمنصفانه به نظر می‌رسد، اما والدین و دیگر اعضای خانواده این کودکان یاد گرفته‌اند که با پاسخ درست خود از عهده مشکلات برآیند. همچنین ماتنی و همکاران^{۱۱} (۱۹۸۶)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) بحث عمیقی را در منابع شیوه-های کارآمد در مقابله با استرس خانواده‌ها تهیه کردند که شامل حمایت‌های اجتماعی، اعتقادات و ارزش‌ها و میزان مذهبی بودن افراد، عزت نفس و راهبردهای مقابله‌ای از آن جمله هستند. گیلبرت (۱۹۹۹) معتقد است که والدین در برخورد با استرس‌ها و برای سازگاری با مشکلات از الگوهایی استفاده می‌کنند که شیوه‌های مقابله‌ای^{۱۱} نام دارد. اگر این شیوه‌های مقابله‌ای شامل برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی-عاطفی و ... باشد، شیوه مقابله‌ای که به کار برده شده مفید است و اگر شامل رفتارهای منفی و انکار باشد، غیرمفید می‌باشد. پژوهش نافل، بریت‌مایر، گالو و زوئلر (۱۹۹۶) که در خانواده‌هایی با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام دادند، نشان داد که خانواده‌هایی که شیوه‌های مقابله‌ای خودمدیریتی^{۱۲} را در برخورد با مشکلات انتخاب کرده بودند استرس کمتری داشتند، البته در مطالعات فول و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) و بوئکاترس و رودر (۱۹۹۹) و ریحانی (۱۳۷۴) در زمینه استفاده از شیوه مقابله‌ای کارآمد بین خانواده‌های کودکان غیرمعلول و خانواده‌های کودکان معلول تفاوت معناداری یافت نشد. همچنین یکی دیگر از موارد اختلاف در پژوهش‌ها سن متفاوت کودکان است. طبق پژوهش دونوان^{۱۳} (۱۹۸۸)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) سن کودکان در میزان استرس والدین تأثیرگذار است. طبق نتایج برخی پژوهش‌ها (نقل از سلیگمن و دارلینگ، ۱۹۹۷) والدین کودکان هنگامی که کودک تازه متولد شده معلول است و یا هنگامی که کودک معلول به سن نوجوانی و بالاتر می‌رسد بیشترین فشار را تحمل می‌کنند. شاید یکی دیگر از موارد قابل تبیین برای فقدان تفاوت‌های معنادار بین مادران کودکان

معلول و غیرمعلول در این پژوهش همین مورد باشد؛ زیرا در این پژوهش نمونه مادران کودکان استثنایی بیشتر از کودکان سنین دبستانی هستند.

از دیگر یافته‌های پژوهش این است که مادران کودکان نابینا با مادران کودکان ناشنوا، در زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی و نمره کلی GHQ تفاوت معنادار دارند و در بقیه موارد تفاوت معناداری بین مادران مشاهده نشده است. البته اگرچه در بقیه موارد تفاوت معناداری مشاهده نشده است، اما نمرات خام مادران در جدول نشان‌دهنده این مطلب است که مادران کودکان نابینا در تمامی خرده مقیاس‌ها و نمره کلی GHQ نمره بالاتری نسبت به سایر مادران دارند و از وضعیت سلامت عمومی نامطلوب‌تری برخوردار هستند. این نتایج با یافته‌های فلوید و گالاکر (۱۹۹۷) و گوفمن (۱۹۶۳)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) و فول (۱۹۹۱)، به نقل از منبع قبلی) و گلدبرگ و همکاران^{۱۴} (۱۹۸۶)، به نقل از بوراک، هداپ و زیگلر، (۱۹۹۸) مبنی بر این که تأثیر کودک معلول بر خانواده‌ها یکسان نمی‌باشد، همخوانی دارد. این یافته‌ها با توجه به این مطلب که گوفمن (۱۹۶۳)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) معتقد است معلولیت‌هایی که بیشتر در جنبه ظاهری خود را نشان می‌دهند و قابل مشاهده هستند برای والدین استرس و فشار بیشتری به همراه می‌آورد، قابل تبیین می‌باشد. ضمن این که افر و همکاران^{۱۵} (۱۹۸۴)، به نقل از منبع قبلی) نیز اشاره کرده‌اند که در معلولیت‌هایی که از لحاظ اجتماعی مشخص و نشان‌دار هستند و توجه دیگران را به خود جلب می‌کنند، نظام تصور از خود دچار صدمه می‌شود. در همین چارچوب توجه به این نکته نیز ضروری است که پس از مادران کودکان نابینا، مادران کودکان معلول جسمی- حرکتی بالاترین نمرات را در سلامت عمومی دارند. از این یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که مادران کودکان نابینا به دلیل این که این معلولیت در کودکان‌شان خیلی آشکار و بارز است، تحت فشار روانی بیشتری قرار دارند. همچنین هالاها و کافمن (۱۹۹۱) نیز معتقدند که آسیب بینایی نسبت به سایر آسیب‌ها بیشترین بدشکلی‌های^{۱۶} چهره را در بردارد. این محققین تأکید می‌کنند ما اغلب متوجه ناشنوایی افراد نمی‌شویم اما افراد نابینا با حرکات غیرعادی چشم یا عینک‌های بزرگ یا عصای سفید بیشتر از دیگر معلولیت‌ها خود را نشان می‌دهند. همچنین تماس چشمی یکی از سنگ بناهای اولیه در برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی است که منجر به تأیید یا رد صحبت‌ها و یا حتی حرکات افراد می‌شود (هالاها و کافمن، ۱۹۹۱)، که البته این کودکان فاقد این خصیصه می‌باشند و این مسأله می‌تواند تنش‌های بسیاری را برای مادران این کودکان به همراه داشته باشد. فول (۱۹۹۱)، به نقل از سلیگمن و دارلینگ، (۱۹۹۷) نیز گزارش کرده است که تأخیر در رشد و مهارت‌های اجتماعی کودکان نابینا و رفتارهای غیرعادی آنان عامل اصلی استرس در والدین این کودکان می‌باشند. از سوی دیگر کانانت و بادوف^{۱۷} (۱۹۸۲)، نقل از هالاها و کافمن، (۱۹۹۱) هم به این نکته جالب اشاره

کردند که بیشترین ترس افراد از صدمات بینایی است زیرا چشم‌ها آسیب‌پذیرترین بخش بدن هستند و افراد بیشترین اطلاعات محیط را به وسیله چشم‌هایشان کسب می‌کنند.

تبیین دیگری که برای تفاوت معنادار بین مادران کودکان نابینا با ناشنوا می‌توان به کار برد، جنسیت کودکان است. در این پژوهش جنسیت کودکان ناشنوا بیشتر مذکر بوده است (۵۷ پسر و ۳۲ دختر) و همین عامل می‌تواند یکی از دلایل پایین بودن نمرات سلامت عمومی مادران این کودکان باشد (این در حالی است که در بقیه گروه‌ها جنسیت بیشتر کودکان دختر بوده است. اگر داده‌های گمشده را کنار بگذاریم این تعداد برای کودکان عقب‌مانده ۵۸ دختر و ۱۳ پسر، و برای کودکان نابینا از کل ۵۳ آزمودنی تعداد ۳۰ نفر دختر می‌باشد). ری، بن ویلیان و ریچاردز^{۱۸} (۱۹۸۸)، به نقل از امیری‌مجد، (۱۳۸۲) در مورد جنسیت کودک ناشنوا و تأثیر آن بر خانواده به این نتیجه رسیدند که فشار بر خانواده هنگامی که کودک ناشنوا دختر باشد، بیشتر است. آنها خاطر نشان ساختند که والدین از داشتن دختر ناشنوا به خاطر مسایلی از قبیل ازدواج، وظایف همسررداری، مادری، اشتغال به کار و روابط اجتماعی، بیشتر نگران و مضطرب هستند. میر (۱۳۷۷) نیز در پژوهش خود گزارش داده است که والدین پسر ناشنوا در مقایسه با والدین دختر ناشنوا تحت فشار روانی کمتری هستند. بدین ترتیب با توجه به این که بیشتر کودکان نابینا دختر بوده‌اند، این مسأله می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای در افزایش نمرات آزمون سلامت عمومی مادران این کودکان باشد.

در پایان با توجه به نتایج تحقیقات متعدد اشاره به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که به جای این که بر تفاوت گروه‌های مختلف خانواده‌ها تأکید کنیم بهتر است به عواملی که روی آشفستگی‌ها، سلامت روان خانواده و سازگاری والدین با معلولیت فرزندشان تأثیرگذار می‌باشد توجه بیشتری شود. عوامل مداخله‌کننده بسیاری مثل نوع معلولیت، خصوصیات کودک، وابستگی و نیازهای مراقبتی، مشکلات رفتاری و محدودیت‌های ارتباطی، سن کودکان و همچنین سن والدین، میزان تحصیلات، پایگاه فرهنگی و سطح اقتصادی - اجتماعی و همچنین زمینه‌های مذهبی (بوراک، هداپ و زیگلر، ۱۹۹۸) از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که بر سلامت روان خانواده تأثیر به‌سزایی دارند. بنابراین با تأکید بر اهمیت نقش این عوامل لزوم اجرای تحقیقات گسترده‌تر با توجه بیشتر به مسایل فوق پیشنهاد می‌شود.

یادداشت‌ها

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. Farber | 11. Matheny et al |
| 2. Salisbury | 12. coping strategy |
| 3. turnbull et al | 13. self- management |
| 4. Marshak & Seligman | 14. Donovan |
| 5. Goffman | 15. Goldberg et al |
| 6. Fewel | 16. Offer et al |
| 7. Fewel & Gelb | 17. awkwardness |
| 8. Screening questionnaire | 18. Conant & Budoff |

9. Kazak & Christakis
10. Featherstone

19. Rea , Bonvillian & Richards

منابع

- امیری مجد، مجتبی (۱۳۸۲). بررسی و مقایسه تأثیر کودک نابینا و بینای ۱۲-۷ ساله بر واکنش‌های عاطفی والدین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسین‌نژاد، محمد (۱۳۷۵). بررسی و مقایسه میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب‌مانده آموزش‌پذیر و کودکان معلول جسمی - حرکتی با کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- ریحانی، رضا (۱۳۷۴). بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله خانواده‌های دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودک عادی شهرستان زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- مظاهری، محمدعلی؛ حیدری، محمود و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۲). مقایسه بهداشت روانی در زوج‌های جشن‌های ازدواج دانشجویی و زوج‌های عادی. مجله روان‌شناسی/۲۵/ شماره ۱ ص ۷۰-۵۲.
- میر، حسنی (۱۳۷۷). بررسی میزان استرس و مشکلات حاصل از داشتن فرزند ناشنوا (خانواده‌های تحت پوشش سازمان بهزیستی). رساله دکتری. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز، نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۲/ سال اول، شماره ۲. ص ۲۰۰-۱۸۷.

- Boekaerts, M. , Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic diseases. A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*. 21(7): Pp. 311-337.
- Burack, J. A. , Hodapp, R. M. & Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. US: Cambridge university press.
- Dyson, L. (1991). Families of young children with handicaps: Parental stress functioning . *American Journal on Mental Retardation*. Vol. 35, No.6, Pp. 683-692.
- Floyd, F. J. & Gallagher, E. M. (1997). Parental stress, care demands, and use of services for school - age children with disabilities and behavior problem. *Family Relations*. 46(4): Pp. 359-371.
- Glidden, L. M. (2001). *International review of Research in mental retardation*. Vol, 24. Academic press.
- Gilbert, M. C. (1999). Coping with pediatric migraine. *Social work in Health Care*. 28(3): Pp. 21-38.
- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1991). *Exceptional children. Introduction to special education*. Fifth edition. US: Prentice-Hall International Editions.
- Houser, R. , & Seligman, M. (1991). A comparison of stress and coping by fathers of adolescent with mental retardation and fathers of adolescent without mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*. 12(3): Pp. 252-260.
- Iveres, C. E. , Drotar, D. (1996). Family and Parental functioning in cystic fibrosis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 16(1): Pp. 48-55.

- Knafelz, K., Breitmayer, B., Gallo, A. & Zoeller, L. (1996). Family response to childhood chronic illness: Description of management styles. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(5): Pp. 315-326.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (1997). *Ordinary families, Special children. A systems approach to childhood disability*. 2 edition. NY. London: Guilford.
- Woodgate, R. L. (1998). Adolescents perspective of chronic illness: " It is hard ". *Journal of Pediatric Nursing*, 13 (4): Pp. 210-223.