MEJDS. 2021; 11:82.

Published online 2021 Sep. **Original Article**

Comparing Biopsychological and Personality Characteristics between Mothers with and without Exceptional Children

Shams N[1], *Afrooz Gh A[2], Arjmandnia AA[2]

Author Address
1. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Tehran University, Tehran, Iran.
Corresponding author's email: afrooz@ut.ac.ir

Received: 2021 July 4**; Accepted:** 2020 September 4

Abstract

Background & Objectives: Having a disabled child, in addition to financial pressure and high care burden, imposes extensive biopsychological stress on parents, especially mothers. Few studies in Iran have examined biopsychological and personality traits in the mothers of exceptional children before the child was born. The duty of parents, especially mothers in the family besides caring and educating their children, is to create a peaceful environment by establishing healthy relationships between family members, also help improve children's independence; even if the child has exceptional conditions, such as intellectual disabilities, vision and hearing impairments, physical disabilities, and so on. Therefore, this study aimed to compare biopsychological and personality components between mothers with and without exceptional children.

Methods: This was a descriptive–analytical and causal–comparative research study. The statistical population of the study consisted of all mothers with exceptional children covered by the Welfare Organization of Yazd City, Iran, in 2020–2021 (N=534 families). In total, 164 mothers with exceptional children and 164 mothers with Typically–Developing (TD) children were selected by random multistage cluster sampling method. The inclusion criteria for the mothers of exceptional children were the age range of 17–60 years and having more than 2 exceptional children, aged 7–17 years. The exclusion criteria for this group included having a motor or perceptual disability that interfered with the interviews and completing the questionnaire, dissatisfaction to participate in the research, and failure to answer the researcher's questions. The inclusion criteria for the mothers of TD children consisted of the age range of 17–60 years, having a child aged 7–17 years, providing informed consent forms to participate in the research, and completing the research questionnaires. To collect the necessary data, the Biological, Psychosocial Characteristics Questionnaires (Afrooz, 2004), the General Health Questionnaire (GHQ–28; Goldberg & Hillier, 1979), and the NEO–Five Factor Inventory (NEO–FFI; Costa & McCrae, 1980) were used. The study tools were provided to the explored mothers in two phases; the first one was distributed and collected before the Coronavirus Disease 2019 (COVID–19) outbreak by attending homes and schools; the second one was distributed and collected after the COVID–19 outbreak through cyberspace or by sending it to the door of the house. The obtained data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, & percentage) and inferential statistics (Chi–squared test & Independent Samples t–test) in SPSS at a significance level of 0.05.

Results: The present research results indicated significant differences in marriage age, the type of marriage, educational level, occupational status, pregnancy age, physical illness, substance use disorders, psycho–emotional status during pregnancy, blood type, and the history of abortion or stillbirth between the evaluated mothers with exceptional and TD children ($p<0.001$). Additionally, the mothers of exceptional children presented higher levels of physical symptoms, anxiety, insomnia, social dysfunction, and depression, compared to the mothers of TD children ($p<0.001$). In addition, neuroticism personality trait was more frequent in the mothers of exceptional children, compared to the mothers of TD children ($p<0.001$). The mothers of TD children reported more personality traits of extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness, compared to their counterparts with exceptional children ($p<0.001$).

Conclusion: According to the current research findings, the mothers of exceptional children performed worse biologically, emotionally, and socially, compared to the mothers of TD children before the birth of the child. Moreover, their mental health and personality status were worse than their counterparts with TD children.

Keywords: Psychological, Emotional, Mental health, Personality, Exceptional children, Mothers.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۸۲.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ مؤلفه‌های زیستی، عاطفی، روانی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی با مادران کودکان عادی شهرستان یزد

نعمت‌الله شمس[۱]، *غلامعلی افروز[۲]، علی‌اکبر ارجمندنیا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استاد ممتاز، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** afrooz@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ تیر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ شهریور ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: داشتن کودکی دارای ناتوانی علاوه‌بر فشار مالی و بار مراقبتی زیاد، تنش‌های جسمی‌ـ روانی شدیدی را بر والدین به‌خصوص مادر وارد می‌کند؛ ازاین‌رو، تحقیق حاضر به مقایسهٔ مؤلفه‌های زیستی، عاطفی، روانی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی با مادران کودکان عادی در شهرستان یزد پرداخت.

روش‌بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی‌ـ تحلیلی با روش تحقیق علّی‌ـ مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودکان استثنایی تحت پوشش بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این پژوهش باتوجه به زمان، بودجه و امکانات، ۱۶۴ مادر دارای فرزند استثنایی و ۱۶۴ مادر دارای کودک عادی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی (افروز، ۱۳۸۳)، پرسشنامهٔ سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و پرسشنامهٔ پنج‌عاملی شخصیت‌ـ نئو (کاستا و مک‌کری، ۱۹۸۰) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و آزمون‌های خی‌دو و تی صورت گرفت. سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سن ازدواج، نوع ازدواج، تحصیلات، شغل، سن بارداری، بیماری جسمی، مصرف مواد یا مشروب، وضعیت روانی‌ـ عاطفی در طول بارداری، گروه خونی و سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی در مادران دارای کودک استثنایی و عادی تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین مادران کودکان استثنایی از لحاظ وضعیت علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدعملکردی اجتماعی، افسردگی و پنج عامل شخصیتی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، موافق‌بودن و وظیفه‌شناسی، عملکرد نامناسب‌تری درمقایسه با مادران کودکان عادی داشتند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، مادران دارای کودک استثنایی عملکرد نامناسب‌تری در ابعاد زیستی، عاطفی و اجتماعی درمقایسه با مادران کودکان عادی در پیش از تولد کودک دارند. همچنین میزان سلامت روان و شخصیت آنان درمقایسه با مادران کودکان عادی وضعیت نامناسب‌تری دارد.

کلیدواژه‌ها: روان‌شناختی، عاطفی، سلامت روان، شخصیت، کودکان استثنایی، مادران.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

۱ مقدمه

خانواده[1] به‌عنوان کانون اصلی حفظ و نگهداری عواطف انسانی، روابط، معیارهای فکری، ارزش‌های والای جامعه و نیز به‌منزلهٔ مناسبات پایدار خویشاوندی و اجتماعی است که محل پرورش اندیشه و اخلاق محسوب می‌شود. درواقع خانواده از گروه‌های بسیار بنیادی جامعه به‌شمار می‌آید که نیازهای اساسی انسان در آن تأمین می‌شود (۱،۲). وظیفهٔ والدین به‌خصوص مادران در خانواده علاوه‌بر مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، ایجاد محیط آرام همراه با برقراری روابط سالم بین اعضای خانواده و نیز کمک به استقلال فرزندان است؛ حتی اگر کودک وضعیت ناتوانی نظیر کم‌توانی ذهنی، نابینایی، ناشنوایی، معلولیت جسمی‌ـ‌حرکتی و چندمعلولیتی داشته باشد (۱). از سوی دیگر، کودک عادی به کودکی اطلاق می‌شود که دارای اختلالات جسمی‌ـ‌روانی نظیر ناتوانی‌های مذکور نباشد و از نظر روانی مشکل خاصی نداشته باشد (۱،۳). در ارزیابی نقش الگوهای درونی مادران همراه با روابط کلامی و غیرکلامی بر وضعیت رشد و رفتار کودکان، برخی تحقیقات گزارش داده است که رفتار و احساسات کودکان با ویژگی‌های درونی مادران به‌طور معناداری ارتباط دارد (۵ـ۳)؛ البته باید اذعان داشت، هنگامی که کودکی دچار مشکل یا ناتوانی خاصی باشد، رابطهٔ مادر با فرزند با ناراحتی همراه است؛ زیرا مادر درقبال تلاش و زحمات خود، بازخورد مناسبی از جانب فرزندش دریافت نمی‌کند؛ ازاین‌رو، اغلب این مادران از ناراحتی روانی به‌نام اندوه مزمن رنج می‌برند (۶). بسیاری از محققان بر این باور هستند که مادران کودکان استثنایی درمقایسه با مادران کودکان عادی، افسردگی[2] بیشتری دارند و قادر به کنترل عصبانیت خود درمقابل فرزندان نیستند (۵،۷).

علاوه‌بر افسردگی، اضطراب نیز نمود وضعیت سلامت روان[3] محسوب می‌شود (۸). شخصیت[4]، ویژگی نسبتاً پایداری است که باعث می‌شود افراد به‌شیوهٔ خاصی رفتار کنند. درواقع شخصیت الگویی از ویژگی‌های نسبتاً دائمی و منحصربه‌فردی است که به رفتار ثبات می‌دهد و آن را از دیگران متمایز می‌کند (۸). تاکنون ارتباط بین سلامت روان با ویژگی‌های شخصیتی در مطالعات مختلفی بررسی شده است؛ زیرا ویژگی‌های شخصیتی در زمینه‌های وسیعی ازجمله مشکلات رفتاری و روانی کاربرد دارد (۱۱ـ۹). درواقع خصوصیات شخصیت افراد بر شیوهٔ مواجههٔ آنان بر مشکلات اثر می‌گذارد؛ درحالی‌که برخی افراد در روبه‌روشدن با مشکلات زندگی، انزواطلب و مستأصل می‌شوند یا سعی بر فرار از مشکل دارند؛ همچنین برخی دیگر به ابراز هیجانات و احساسات خود می‌پردازند یا از افراد دیگر کمک می‌خواهند؛ ازاین‌رو، افراد دربرابر استرس‌های زندگی باتوجه به راهبردهای مختلف حل مسئله، واکنش متفاوتی از خود بروز می‌دهند (۱۲). مادران کودکان استثنایی[5] در تربیت و اصلاح رفتار کودک خود احساس مسئولیت بیشتری دارند و نیازهای خود را براساس خواسته‌ها و مشکلاتی که از لحظهٔ تولد یا زمان تشخیص کودک استثنایی با آن روبه‌رو می‌شوند، تنظیم می‌کنند (۱۳). حدود ۱۵درصد از مادران کودکان استثنایی در دوران بارداری خود درگیر بیماری خاصی بوده‌اند. هرچند ۸۵درصد از مادران بیماری خاصی را بیان نکردند، امکان دارد دچار علائم خفیفی از بیماری شده‌اند که علائم آن چندان بارز نبوده است. از سوی دیگر، حداقل ۳۲درصد از نزدیکان و خویشاوندان کودکان استثنایی دارای معلولیت جسمی‌ـ‌ذهنی بودند که تعدادی از آنان سابقهٔ معینی از اختلالات ژنتیکی داشتند (۱۴).

مادران کودکان استثنایی دارای سلامت روان کمتری درمقایسه با مادران کودکان عادی هستند. از سوی دیگر وجود یک فرزند کم‌توان ذهنی بیش از وجود یک فرزند کم‌بینا و کم‌شنوا بر سلامت روانی مادر تأثیر دارد و سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی درمقایسه با کودکان کم‌بینا و کم‌شنوا کمتر است (۱۵). مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی از لحاظ سلامت روان و خودکارآمدی درمقایسه با سایر مادران نظیر مادران کودکان عادی و دارای یک فرزند استثنایی شرایط وخیم‌تری دارند (۱۶). موسوی‌خطاط و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، در والدین با بیش از یک فرزند استثنایی از لحاظ متغیرهای زیستی و اجتماعی همچون شغل (پدر و مادر)، تحصیلات (پدر و مادر)، میزان تمایل به ازدواج والدین، زمان آگاهی از معلولیت، نوع رابطهٔ والدین هنگام بارداری و نوع رابطهٔ والدین قبل از تولد تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین سلامت روانی مادر (هر چهار عامل جسمانی، اضطراب، عامل بدعملکردی اجتماعی، افسردگی) و رضایت زناشویی در والدین با بیش از یک فرزند استثنایی درمقایسه با والدین عادی در سطح کمتری است (۱۷). میزان طلاق در خانواده‌های دارای فرزند استثنایی، بیشتر از خانواده‌های دارای کودک عادی است. به‌علاوه، میزان طلاق در خانواده‌های دارای بیش از یک فرزند استثنایی، بیشتر از خانواده‌های دارای یک فرزند استثنایی است و مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، دو برابر مادران دارای یک فرزند استثنایی دچار مشکلات و بیماری‌های جسمی و فشار روانی هستند (۱۸). در این راستا، فیامنگی بر این باور است که تعامل و ارتباط نزدیک و صمیمی بین مادران و فرزندان معلول منجربه بهبودی و ارتقای سلامت روان فرزندان می‌شود و حمایت اجتماعی از این والدین، بهترشدن روابط مادر را با فرزند معلول خود در پی دارد (۱۹). در سال‌های اخیر به خانواده‌های دارای کودک استثنایی توجه نسبتاً خوبی شده است؛ اما هنوز جای خالی سنجش و ارزیابی مؤلفه‌های زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی والدین دارای کودک استثنایی در پیش از ازدواج و هنگام ازدواج احساس می‌شود. به‌نظر می‌رسد این والدین به‌دلیل داشتن یک یا چند فرزند استثنایی که هرکدام نیاز و خواسته‌های مختلف دارند، در شرایط نامساعدتری از لحاظ تربیتی، فرهنگی و اقتصادی قرار داشته باشند. نبود پژوهش‌هایی در زمینهٔ شناسایی، سنجش، پیشگیری و آگاهی درخصوص تولد کودکان استثنایی در جامعه و نیز نبود رسیدگی و توجه لازم به شرایط و وضعیت والدین کودکان استثنایی می‌تواند آسیب جدی و هزینه‌های زیادی به

[1]. Family
[2]. Depression
[3]. Mental health
[4]. Personality
[5]. Exceptional children

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

جامعه‌ای وارد کند. از سوی دیگر، داشتن یک‌کودک دارای ناتوانی علاوه‌بر فشار مالی و بار مراقبتی زیاد، تنش‌های جسمی و روانی شدید و جبران‌ناپذیری را بر والدین به‌خصوص مادران وارد می‌کند. تاکنون در ایران مطالعات اندکی درخصوص وضعیت و شناسایی عوامل زیستی، روانی و نیز ویژگی‌های شخصیتی مادران کودکان استثنایی و مقایسهٔ آن با دیگر مادران صورت گرفته است؛ ازاین‌رو هدف از انجام مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ مؤلفه‌های زیستی، عاطفی، روانی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی با مادران دارای کودک عادی در شهرستان یزد بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی‌ـ تحلیلی و از نظر روش، علّی‌ـ مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) بود که به‌صورت مقطعی از ۱۰ دی۱۳۹۸ تا ۲۰آذر۱۳۹۹ به طول انجامید. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودکان استثنایی تحت پوشش بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که مشتمل بر ۵۳۴ خانوار بود. به‌منظور انجام پژوهش‌های علّی‌ـ مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل ۳۰تا۵۰ نفر برای هر طبقه‌بندی جامعه کافی است (۲۰)؛ ازاین‌رو در پژوهش حاضر باتوجه به زمان، بودجه و امکانات، ۱۶۴ مادر دارای فرزند استثنایی و ۱۶۴ مادر دارای کودک عادی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی[1] انتخاب شدند؛ بدین‌معنا که از بین تمامی نواحی شهرداری شهرستان یزد (چهار ناحیه)، دو ناحیهٔ یک و سه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در هر ناحیه، دو محله به‌شیوهٔ تصادفی برگزیده شد و بر مادران دارای کودکان استثنایی و عادی در این محلات پژوهش صورت گرفت. لازم به ذکر است پرسشنامه‌ها به دو شکل در اختیار مادران قرار گرفت؛ بخشی قبل از شیوع کرونا با حضور در کنار منازل و مدارس و بخشی به‌دلیل شیوع ویروس کرونا ازطریق فضای مجازی یا ارسال به درب منازل توزیع و جمع‌آوری شد. پس از اخذ مجوز از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی تهران و همچنین کسب مجوز از ادارهٔ بهزیستی شهرستان یزد (گرفتن آدرس و مکان کودکان استثنایی)، پژوهشگر با حضور در مناطق منتخب، به تمامی مادران این فرزندان توضیحات لازم را درخصوص اهداف پژوهش ارائه داد و از آن‌ها درخواست کرد تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. ملاک‌های ورود مادران به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن بین ۱۷تا۶۰ سال؛ دارابودن فرزند استثنایی بین ۷تا۱۷ سال؛ محصل‌بودن کودک در مدارس کودکان استثنایی. معیارهای خروج مادران از پژوهش عبارت بود از: داشتن نوعی معلولیت حرکتی یا ادراکی مادران که مزاحم مصاحبه و تکمیل پرسشنامه شود؛ نداشتن رضایت کامل برای شرکت در پژوهش؛ پاسخ‌گونبودن به سؤالات پژوهشگر. مادران کودکان عادی پژوهش نیز بر اساس معیارهای داشتن سن ۱۷تا۶۰ سال، داشتن کودک بین ۷تا۱۷ سال، رضایت آگاهانه و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی: این پرسشنامه را برای اولین‌بار افروز در سال ۱۳۸۳ به‌منظور بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی‌ـ اجتماعی والدین دارای فرزند با اختلال سندرم داون تهیه و تنظیم کرد (۲۱) و در پژوهش‌های بسیار با اندکی تغییر برای سایر اختلالات روانی دورهٔ کودکی استفاده شد (۱۴،۱۵). در این پژوهش نیز با حفظ ساختار اصلی پرسشنامه، اندکی تغییرات در آن ایجاد شد که متناسب با والدین دارای کودک استثنایی باشد. این پرسشنامه دارای سه بخش اصلی است: بخش اول، مشخصات جمعیت‌شناختی کودک استثنایی را ازجمله جنس، سن، تاریخ تولد، محل تولد، نوع اختلال کودک، ترتیب تولد، محل زندگی و سکونت کودک، وزن کودک به‌هنگام تولد، سوابق بیماری‌های کودک و غیره بررسی می‌کند؛ در بخش دوم پرسشنامه دوازده سؤال به ویژگی‌های زیستی والدین مانند سن مادر، سن مادر به‌هنگام ازدواج، سن مادر به‌هنگام تولد کودک استثنایی، محل تولد مادر، سابقهٔ بیماری مادر قبل از بارداری و غیره می‌پردازد؛ بخش سوم پرسشنامه پانزده سؤال دربارهٔ وضعیت شناختی و روانی‌ـ اجتماعی والدین است که شامل آیتم‌هایی نظیر وضعیت عاطفی و روانی مادر قبل از بارداری، میزان تحصیلات، میزان درآمد، تمایل به فرزندآوری والدین، سابقهٔ اختلال و ناراحتی روانی والدین قبل از بارداری، رابطهٔ والدین قبل از تولد کودک، سابقهٔ مهاجرت، ازدواج خویشاوندی، وجود فرد معلول دیگر در میان اقوام کودک و غیره است. باتوجه به اینکه این پرسشنامه به بررسی متغیرهای کیفی دموگرافیک و زیستی افراد می‌پردازد، برای هر سؤال دامنه‌ای کیفی نمرات از بهترین تا بدترین مدنظر است و تحلیل با مقایسهٔ دیگر نتایج افراد در پاسخ‌دهی به سؤال مشخص می‌شود (۲۱). همسانی درونی پرسشنامه ازطریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود و روایی صوری و اعتبار آن ازطریق کودرریچاردسون ۲۰ و ۰/۸۸ به‌دست آمد (۲۲). همچنین در پژوهش زیدآبادی‌نژاد و همکاران اعتبار پرسشنامه با استفاده از پایایی بازآزمون، بین ۰/۹۳تا۰/۹۵ گزارش شد (۲۳).

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی[2]: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد و به‌عنوان ابزاری غربالگری می‌تواند وجود اختلالی روانی را در فرد تعیین کند (۲۴). این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده و چهار مقیاس (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، بدعملکردی اجتماعی، علائم افسردگی) است. برای مشخص‌شدن علائم، فرد یکی از گزینه‌های (بهتر از معمول، تقریباً در حد معمول، بدتر از معمول، بسیار بدتر از معمول) را انتخاب می‌کند که دارای نمرهٔ بین صفرتا۳ است. علاوه‌بر تشخیص بیماری، نمره‌ای کلی به‌عنوان شاخصی از سلامت روان تعیین می‌شود. دامنهٔ نمرات در پرسشنامه بین صفرتا۶۳ است. نمرات کمتر نشان‌دهندهٔ سلامت جسمی‌ـ روانی بهتر است (۲۴). پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در مطالعهٔ گلدبرگ و هیلر ۰/۷۶ محاسبه شد (۲۴). همچنین تقوی در ایران پایایی این پرسشنامه را از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به‌ترتیب ضرایب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد. همچنین ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمرهٔ کل در

[1]. Random cluster sampling

[2]. General health questionnaire (GHQ-28)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود (۲۵).

ـ پرسشنامهٔ پنج‌عاملی شخصیت‌ـ نئو[1] : کاستا و مک‌کری این پرسشنامه را در اوایل سال ۱۹۸۰ ساختند که برای ارزیابی مختصر و سریع پنج عامل شخصیت اصلی ازجمله روان‌رنجوری[2] (N)، برون‌گرایی[3] (E)، گشودگی به تجربه[4] (O)، وظیفه‌شناسی[5] (C) و موافق‌بودن[6] (A)، طراحی شد (به نقل از ۲۶). این پرسشنامه دارای مقیاس پنج‌لیکرتی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است که بین صفرتا۴ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است، تمام مواد پرسشنامه یکسان نیست و سؤالات برحسب شخصیت‌های متفاوت تنظیم شده است؛ همچنین ممکن است دارای نمره‌گذاری معکوس نیز باشد (به نقل از ۲۶). این پرسشنامه از نظر هزینه و زمان بسیار مقرون به صرفه است و از روایی و پایایی خوبی برخوردار است؛ برای مثال کاستا و مک‌کری ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بین ۰/۷۵ تا۰/۸۳ گزارش کردند (۲۶). در ایران نیز خرمایی و فرمایی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بین ۰/۶۹ تا۰/۸۳ به‌دست آوردند (۲۷).

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد) و آمار استنباطی استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای توزیع نرمال‌بودن نشان داد، مقدار احتمال برای متغیرهای سلامت عمومی و تیپ شخصیتی بیشتر از ۰/۰۵ است و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است؛ ازاین‌رو از آزمون پارامتری تی برای مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. همچنین، آزمون ناپارامتری خی‌دو برای مقایسهٔ متغیرهای کیفی در دو گروه مادران دارای کودک استثنایی با مادران کودکان عادی به‌کار رفت. سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر از مجموع ۳۲۸ شرکت‌کننده، ۱۶۴ مادر دارای فرزند استثنایی و ۱۶۴ مادر دارای کودک سالم بودند. میانگین و انحراف معیار سن مادران دارای کودک استثنایی ۱۰/۵۶±۳۰/۶۵ سال و مادران دارای کودک عادی ۸/۴۳±۲۷/۱۴ سال بود. باتوجه به مندرجات جدول ۱، بین سن ازدواج، نوع ازدواج، تحصیلات، شغل، سن بارداری، بیماری جسمی، مصرف مواد یا مشروب و وضعیت روانی‌ـ عاطفی در طول بارداری و همچنین سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی و گروه خونی مادران دارای کودک استثنایی و کودک عادی تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ برای مثال ۴۸/۲درصد (۷۹ نفر) از مادران دارای کودک استثنایی در سن بین ۱۹تا۳۴ سال ازدواج کردند؛ درحالی‌که سن ازدواج مادران با کودک عادی در طیف این سن، ۶۲/۲درصد (۱۰۲ نفر) بود. همچنین ۷۵/۶۱درصد (۱۲۴ نفر) از مادران دارای کودک استثنایی، ازدواج خویشاوندی داشتند؛ اما ازدواج فامیلی در بین مادران کودکان عادی ۱۰/۹۸درصد (۱۸ نفر) بود. میزان تحصیلات مادران دارای کودک استثنایی با ۷۲/۵۶درصد (۱۱۹ نفر) کمتر از دیپلم بود؛ درحالی‌که ۵۴/۸۸درصد (۹۰ نفر) از مادران کودکان عادی تحصیلات بیشتر از دیپلم داشتند. وضعیت شغل برای مادران دارای کودک استثنایی بیشتر به‌صورت آزاد و خانه‌داری بود؛ اما مادران کودکان عادی علاوه‌بر شغل آزاد و خانه‌داری، درصد بیشتری از شغل کارمندی برخوردار بودند. همین‌طور ۳۶/۵۹درصد (۶۰ نفر) از مادران دارای کودک استثنایی در سن بین ۱۹تا۳۴سالگی باردار بودند؛ اما سن بارداری در مادران کودکان عادی با ۶۰/۳۷درصد (۹۹ نفر) در این طیف سنی قرار داشت. همچنین مادران دارای کودک استثنایی در طول بارداری ۳۲/۹۳درصد (۵۴ نفر) بیماری جسمی، ۹/۱۵درصد (۱۵ نفر) مصرف سیگار و ۴/۸۸درصد (۸ نفر) مصرف مشروب داشتند که درمقابل، مادران کودکان عادی از وضعیت بهتری برخوردار بودند. از سوی دیگر، از نظر وضعیت روانی‌ـ عاطفی مادران دارای کودک استثنایی در طول بارداری ۶۵/۲۵درصد (۱۱۷ نفر) دارای خُلق افسرده و مضطرب بودند و تنها ۸/۵۴درصد (۱۴ نفر) احساس رضایت‌بخشی از فرزندآوری داشتند؛ درحالی‌که میزان رضایت‌بخشی مادران کودکان عادی از فرزندآوری حدود ۵۴/۲۷درصد (۸۹ نفر) بود. علاوه‌براین، سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی در مادران دارای کودک استثنایی ۶۵/۸۵درصد (۱۰۸ نفر) و در مادران کودکان عادی ۳۹/۰۲درصد (۶۴ نفر) بود. درنهایت گروه خونی +A در مادران دارای کودک استثنایی با ۲۱/۹۵درصد (۳۶ نفر) و گروه خونی +AB در مادران کودکان عادی با ۲۰/۷۳ درصد (۳۴ نفر) گروه خونی بیشتر در هر گروه بود.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی مادران دارای کودک استثنایی و مادران دارای کودک عادی همراه با نتایج آزمون خی‌دو

متغیر	مادران دارای کودک استثنایی (N=۱۶۴)		مادران دارای کودک عادی (N=۱۶۴)		خی‌دو	مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
سن ازدواج					۴۳/۷۲۵	<۰/۰۰۱
۱۸ سال و کمتر	۳۵	۲۱/۳	۲۸	۱۷/۱		
۱۹تا۳۴ سال	۷۹	۴۸/۲	۱۰۲	۶۲/۲		
۳۵ سال و بیشتر	۵۰	۳۰/۵	۳۴	۲۰/۷		
ازدواج خویشاوندی					۸۵/۲۴	<۰/۰۰۱

1. NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)
2. Neuroticism
3. Extraversion
4. Openness to experience
5. Conscientiousness
6. Agreeableness

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

بله	۱۲۴	۷۵/۶۱	۱۸	۱۰/۹۸		
خیر	۴۰	۲۴/۳۹	۱۴۶	۸۹/۰۲		
میزان تحصیلات					۱۰۱/۵۵	<۰/۰۰۱
بی‌سواد	۲۵	۱۵/۲۴	۱۷	۱۰/۳۷		
ابتدایی و راهنمایی	۹۴	۵۷/۳۲	۵۷	۳۴/۷۵		
دیپلم	۱۹	۱۱/۵۹	۵۱	۳۱/۱۰		
فوق‌دیپلم	۱۷	۱۰/۳۷	۲۳	۱۴/۰۲		
لیسانس و بیشتر	۹	۵/۴۸	۱۶	۹/۷۶		
شغل					۲۱/۶۵	<۰/۰۰۱
خانه‌دار	۵۸	۳۵/۳۷	۴۵	۲۷/۴۴		
کارمند	۲۸	۱۷/۰۷	۴۳	۲۶/۲۲		
آزاد	۶۹	۴۲/۰۷	۶۲	۳۷/۸۰		
سایر	۹	۵/۴۹	۱۴	۸/۵۴		
سن بارداری (اولین فرزند)					۲۸/۴۸	<۰/۰۰۱
۱۸ سال و کمتر	۲۸	۱۷/۰۷	۱۴	۸/۵۴		
۱۹تا۳۴ سال	۶۰	۳۶/۵۹	۹۹	۶۰/۳۷		
۳۵ سال و بیشتر	۷۶	۴۶/۳۴	۵۱	۳۱/۱۰		
بیماری جسمی در طول بارداری					۷۸/۱۲	<۰/۰۰۱
وجود بیماری	۵۴	۳۲/۹۳	۳۸	۲۳/۱۷		
نبود بیماری	۱۱۰	۶۲/۰۷	۱۲۶	۷۶/۸۳		
مصرف مواد یا مشروب					۱۴/۲۴	<۰/۰۰۱
نبود مصرف	۱۳۸	۸۴/۱۵	۱۴۹	۹۰/۸۵		
سیگار	۱۵	۹/۱۵	۱۰	۶/۱۰		
تریاک	۳	۱/۸۳	۲	۱/۲۲		
مشروب	۸	۴/۸۷	۳	۱/۸۳		
وضعیت روانی_عاطفی					۱۵۸/۱۶	<۰/۰۰۱
رضایت‌بخش	۱۴	۸/۵۴	۸۹	۵۴/۲۷		
بی‌تفاوت	۴۳	۲۶/۲۲	۳۵	۲۱/۳۴		
خُلق افسرده	۵۰	۳۰/۴۹	۲۱	۱۲/۸۰		
نگران و مضطرب	۵۷	۳۴/۷۵	۱۹	۱۱/۵۹		
سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی					۶۲/۴۷	<۰/۰۰۱
بله	۱۰۸	۶۵/۸۵	۶۴	۳۹/۰۲		
خیر	۵۶	۳۴/۱۵	۱۰۰	۶۰/۹۸		
گروه خونی					۴۲/۶۱	<۰/۰۰۱
O+	۱۶	۹/۷۶	۱۲	۷/۳۲		
O-	۱۲	۷/۳۲	۱۶	۹/۷۶		
A+	۳۶	۲۱/۹۴	۳۱	۱۸/۹۰		
A-	۱۴	۸/۵۴	۱۸	۱۰/۹۸		
AB+	۳۲	۱۹/۵۱	۳۴	۲۰/۷۳		
AB-	۲۸	۱۷/۰۷	۲۸	۱۷/۰۶		
B+	۱۴	۸/۵۴	۱۱	۶/۷۱		
B-	۱۲	۷/۳۲	۱۴	۸/۵۴		

جدول ۲. مقایسهٔ وضعیت سلامت عمومی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی و عادی

متغیر	میانگین و انحراف معیار مادران دارای کودک استثنایی		میانگین و انحراف معیار مادران دارای کودک عادی		T	مقدار احتمال
سلامت عمومی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
علائم جسمانی	۱۴/۷۷	۳/۴۲	۴/۵۸	۲/۲۵	۴/۰۷۵	<۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

اضطراب و بی‌خوابی	۱۴/۲۲	۳/۱۵	۴/۲۴	۲/۶۳	۴/۸۷۹	<۰/۰۰۱
بدعملکردی اجتماعی	۱۱/۵۲	۳/۵۸	۳/۹۶	۱/۷۵	۴/۴۲۲	<۰/۰۰۱
افسردگی	۱۱/۴۶	۳/۱۲	۳/۷۹	۱/۶۳	۴/۴۲۸	<۰/۰۰۱
تیپ شخصیتی						
روان‌رنجوری (N)	۵۱/۸۲	۱/۳۲	۲۲/۶۵	۹/۵۲	-۵/۵۸	<۰/۰۰۱
وظیفه‌شناسی (C)	۲۳/۴۱	۱۰/۵۴	۳۵/۲۴	۹/۲۵	۳/۵۲	<۰/۰۰۱
گشودگی به تجربه (O)	۱۶/۹۵	۶/۲۵	۳۷/۸۲	۱۴/۲۵	۳/۶۸	<۰/۰۰۱
برون‌گرایی (E)	۱۹/۵۲	۵/۸۷	۵۲/۴۱	۱/۶۲	۵/۲۶	<۰/۰۰۱
موافق‌بودن (A)	۱۸/۴۵	۶/۸۷	۴۱/۷۵	۸/۴۱	۴/۱۷	<۰/۰۰۱

جدول ۲ نتایج آزمون تی را در مقایسهٔ وضعیت سلامت عمومی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی و عادی نشان می‌دهد. باتوجه به این جدول، مادران دارای کودک استثنایی، وضعیت علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدعملکردی اجتماعی و افسردگی بیشتری درمقایسه با مادران دارای کودکان عادی داشتند ($p<۰/۰۰۱$). از سوی دیگر شخصیت روان‌رنجوری در مادران دارای کودک استثنایی درمقایسه با مادران دارای کودکان عادی بیشتر بود ($p<۰/۰۰۱$). مادران دارای کودک عادی از خصوصیات شخصیت وظیفه‌شناسی، گشودگی به تجربه، برون‌گرایی و موافق‌پذیری بهتری درمقایسه با مادران کودک استثنایی برخوردار بودند ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسهٔ مؤلفه‌های زیستی، عاطفی، روانی و شخصیتی مادران دارای کودک استثنایی با مادران دارای کودک عادی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، بین مادران دارای کودک استثنایی و کودک عادی با احتمال ۹۹درصد از لحاظ سن ازدواج، نوع ازدواج، تحصیلات، شغل، سن بارداری، بیماری جسمی، مصرف مواد یا مشروب و وضعیت روانی‌ـ عاطفی در طول بارداری و نیز سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی و گروه خونی تفاوت وجود داشت؛ به‌طوری‌که حدود ۵۲درصد از مادران کودکان استثنایی دارای سن ازدواج کمتر از ۱۸ یا سن ازدواج بیشتر از ۳۴ سال بودند و بیش از ۷۵درصد ازدواج خویشاوندی داشتند. میزان تحصیلات ۷۲درصد این مادران کمتر از دیپلم بود و در اکثر موارد دارای شغل آزاد و خانه‌داری بودند. هنگام بارداری تنها ۳۶درصد از مادران دارای کودک استثنایی در سن بین ۱۹تا۳۴سالگی بودند و در طول بارداری حدود ۳۳درصد بیماری جسمی، ۹درصد مصرف سیگار و ۵درصد مصرف مشروب داشتند. از سوی دیگر، از نظر وضعیت روانی‌ـ عاطفی مادران کودکان استثنایی در طول بارداری حدود ۶۵درصد دارای خُلق افسرده و مضطرب بودند. گروه خونی اکثر این مادران A^+ بود و حدود ۶۶درصد سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی داشتند. در تمامی مؤلفه‌های زیستی ذکرشده، مادران کودکان عادی از شرایط سن ازدواج، تحصیلات، شغل و... بهتری درمقایسه با مادران دارای کودک استثنایی برخوردار بودند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسوست؛ برای مثال حجازی و همکارانش در پژوهش خود گزارش کردند، والدین دارای فرزند استثنایی درمقایسه با والدین کودک عادی در دوران بارداری سابقهٔ بیماری، مصرف دارو و مهاجرت بیشتری دارند و درصد ازدواج خویشاوندی، وجود فرد استثنایی در اقوام نزدیک و نیز سابقهٔ اختلال و ناراحتی روانی در آنان بیشتر است (۲۸). پژوهش‌های بنر و همکاران (۲۹) و مهاجرانی و همکاران (۳۰) نشان دادند، بین ازدواج خویشاوندی با تولد کودکان استثنایی همچون کم‌توان ذهنی، معلولیت و آسیب بینایی و شنوایی ارتباط وجود دارد. در پژوهشی آلیک و همکاران نشان دادند، خانواده‌های دارای فرزند استثنایی، از لحاظ اقتصادی در شرایط ضعیفی قرار دارند؛ به‌طوری‌که خانوادهٔ این کودکان حوادث مکرر استرس‌زا، فقر و کارکرد خانوادگی ناسالم را تجربه می‌کنند (۳۱).

دیگر نتایج این پژوهش نشان داد، با احتمال ۹۹درصد مادران دارای کودک استثنایی از لحاظ خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی نظیر علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدعملکردی اجتماعی و افسردگی درمقایسه با مادران کودکان عادی، سلامت جسمی‌ـ روانی بدتر و کمتری دارند. بر این اساس می‌توان گفت، مادران دارای کودک استثنایی استرس و فشار روانی بیشتری در زندگی تجربه می‌کنند که باعث کاهش سلامت روانی در آنان می‌شود. همسو با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های قبلی شامل مطالعات وایزبرن و همکاران گزارش دادند، مادرانی که فرزندان خود را به مراکز روان‌پزشکی می‌آورند، ۳۵درصد دارای درجاتی از افسردگی هستند و ۴۵درصد اضطراب را تجربه می‌کنند (۳۲). پژوهش زندی و همکاران مشخص کرد، سلامت عمومی مادران کودکان استثنایی درمقایسه با مادران کودکان عادی بسیار بدتر است؛ همچنین وضعیت اضطراب و بی‌خوابی و بدعملکردی اجتماعی مادران کودکان استثنایی به‌مراتب بدتر از مادران کودکان عادی است (۱). گاویدا‌ـ پاین و استونمن در پژوهشی دربارهٔ وضعیت روانی مادران کودکان استثنایی دریافتند که این مادران احساس درماندگی، بی‌ثباتی روحی، خستگی و کسالت روحی زیادی را تجربه می‌کنند (۳۳). احمدپناه نیز گزارش داد، داشتن کودک کم‌توان ذهنی، تأثیرات منفی بر سلامت روانی والدین کودک می‌گذارد؛ به‌طوری‌که این والدین احساس شرمندگی و درماندگی زیادی تجربه می‌کنند (۳۴). مغایر با نتایج ذکرشده پژوهش حاضر، دایسون در مطالعهٔ خود نشان داد، بین میزان افسردگی، استرس، حمایت اجتماعی و عملکرد خانوادگی والدین کودکان استثنایی و کودکان عادی تفاوتی مشاهده نمی‌شود (۳۵). در این راستا سلیگمن و همکارانش بر این باور هستند که اضطراب و استرس برای تمامی خانواده‌ها وجود دارد؛ اما آنچه اهمیت دارد نحوهٔ واکنش و پاسخ‌های گوناگون افراد براساس

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

عوامل درونی و بیرونی محیط خانواده است. به‌نظر آنان با صراحت نمی‌توان گفت که کدام‌یک از والدین کودکان عادی یا استثنایی دارای استرس بیشتری هستند؛ زیرا عواملی نظیر خصوصیات رفتاری و حمایت‌های اجتماعی کودک در میزان استرس والدین نقش مهمی دارد (۳۶). درنهایت چن و تانگ بر این باور هستند که مهم‌ترین منبع استرس برای مادران دارای کودک استثنایی، برنامه‌ریزی برای آینده و مشکلات رفتاری فرزندشان است (۳۷).

نتایج دیگر پژوهش حاکی‌از آن بود که مادران دارای کودک استثنایی، تیپ شخصیتی مرضی روان‌رنجوری شدیدتری درمقایسه با مادران کودکان عادی داشتند؛ درحالی‌که شخصیت‌های برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، وظیفه‌شناسی و موافق‌بودن که جزو تیپ‌های شخصیتی سالم محسوب می‌شوند، در مادران کودکان عادی درمقایسه با مادران دارای کودک استثنایی بهتر بودند. همسو با نتایج به‌دست‌آمده، رحیمی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، بین ویژگی‌های شخصیتی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که میانگین روان‌رنجوری در مادران کودکان اوتیسم بیشتر است؛ درحالی‌که میزان کارکرد تحولی خانواده و شخصیت برون‌گرایی در مادران کودکان عادی بهتر است (۸). بحرینیان و همکاران در پژوهش خود گزارش دادند، مادران دارای کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی، درمقایسه با مادران کودکان عادی سازگاری کمتری دارند؛ همچنین مادران کودکان عادی از هوش عمومی و عوامل شخصیتی پایداری نظیر خُلق و هیجان استواری درمقایسه با مادران کودکان عقب‌مانده برخوردار هستند (۱۰). غباری‌بناب و استیری در پژوهشی پس‌رویدادی بر ۲۸ مادر کودک درخودمانده و ۳۰ مادر کودک عادی نشان دادند، مادران کودکان درخودمانده در بُعد شخصیتی روان‌آزردگی نمرات بیشتری در پرسشنامهٔ شخصیت آیزنک به‌دست آورده‌اند؛ درحالی‌که مادران کودکان عادی پایداری هیجانی بهتری درمقایسه با مادران کودکان استثنایی دارند (۳۸). برخی دیگر از پژوهش‌ها بر این باور هستند که بین تاریخچهٔ فردی و خانوادگی کودکان درخودمانده و عادی نظیر مدت‌زمان بارداری، وضعیت روانی مادر در دوران بارداری، وضعیت گریه و تنفس کودک بعد از تولد، سن راه‌رفتن، زمان شروع شیردادن به کودک، سن نگاه‌داشتن سر و سن کنترل ادرار و مدفوع تفاوت وجود دارد (۸،۳۴).

باتوجه به نتایج پژوهش، در تبیین کلی داده‌های این تحقیق می‌توان گفت، هنگامی که مادران شرایط نامساعدی در پیش از ازدواج، هنگام ازدواج و بارداری تجربه کنند، در زندگی فشارهای زیادی در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی بر دوش می‌کشند؛ این موضوع موجب احتمال خطر بسیار نظیر تولد کودک استثنایی در زندگی آنان می‌شود. از سوی دیگر، این مادران ضمن تحمل فشارهای زیستی و روانی حل‌نشده، با تولد یک کودک استثنایی میزان استرس، سختی‌ها و مشقت‌هایشان دو چندان می‌شود و در آینده دارای سلامت روان کمتر و عملکرد نامناسب شخصیت درمقایسه با دیگر مادران خواهند بود؛ ازاین‌رو، ضروری است اقدامات مناسب برای بهبود خُلق و شخصیت مادران دارای کودک استثنایی مدنظر قرار گیرد. همچنین با اطلاع‌رسانی و دادن آموزش‌های مناسب به والدین در جامعه، می‌توانیم از روند کاهشی تولد کودکان ناتوان در جامعه برخوردار باشیم.

در اجرای این پژوهش محدودیت‌ها و سختی‌هایی وجود داشت که در تعمیم‌دهی نتایج به‌دست‌آمده لازم است احتیاط شود؛ برای مثال نتایج تنها وابسته به حجم نمونهٔ شهر یزد بود و اجرای آزمون با طولانی‌بودن سؤالات و زمان‌بربودن پژوهش همراه بود. همچنین پژوهشگران در توضیح‌دادن و توجیه‌کردن مادران به‌خصوص مادران با تحصیلات کمتر در اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها با زمان و سختی زیادی روبه‌رو بودند. درنهایت به محققان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با مدنظرداشتن شرایط و محدودیت‌های این مطالعه، با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر از مناطق و شهرستان‌های گوناگون ایران به بررسی جامع‌تری از نقش مؤلفه‌های زیستی، روانی و شخصیتی در مادران کودکان استثنایی بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، مادران دارای کودک استثنایی از لحاظ سن ازدواج، نوع ازدواج، تحصیلات، شغل، سن بارداری، بیماری جسمی، مصرف مواد یا مشروب و وضعیت روانی‌ـ عاطفی در طول بارداری و نیز سابقهٔ سقط یا مرده‌زایی و گروه خونی شرایط نامناسب و بدتری درمقایسه با والدین عادی دارند؛ همچنین مادران کودکان عادی دارای سلامت جسمی‌ـ روانی بهتری هستند و از شخصیت‌های سالم‌تری از لحاظ برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، وظیفه‌شناسی و موافق‌بودن برخوردار هستند؛ درحالی‌که مادران کودکان استثنایی تیپ شخصیتی مرضی روان‌رنجوری شدیدتری دارند.

۶ تشکروقدردانی

از مادران کودکان استثنایی و عادی و خانواده‌های آن‌ها که در اجرای این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقل از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران است که با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1398.163 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران به ثبت رسیده است. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از انجام پژوهش اهداف و توضیحات لازم به والدین شرکت‌کننده داده شد و سپس کسب رضایت کتبی از آنان صورت گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول مقاله اجرای پژوهش، تحلیل و تحلیل آماری و نگارش یافته‌ها را بر عهده داشت. نویسندهٔ دوم در نگارش، ویراستاری و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

روش‌شناسی تحقیق همکاری کرد. نویسندهٔ سوم نظارت، اصلاح مقاله و تقویت بحث و نتیجه‌گیری مقاله را انجام داد.

References

1. Zandi H, Gholamali Lavasani M, Afrooz G, Mardookhi MS. A comparative study between mothers with two children with disabilities (multiple disabilities, intellectual disabilities, physical and motor disabilities, blindness, visual impairments, deafness, and hearing impairment) and mothers of normal children in terms of general health components. Journal of Exceptional Children. 2018;17(4):101–12. [Persian] http://joec.ir/article-1-600-fa.pdf
2. Sadeghi M, Roshannia S. A study of the impact of family size on the mental health of children, life expectancy, resilience and differentiation. The Women and Family Cultural Education. 2016;11(36):99–121. [Persian]
3. Kobayashi R. Affective communication of infants with autistic spectrum disorder and internal representation of their mothers. Psychiatry Clin Neurosci. 2000;54(2):235–43. https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00664.x
4. Crowell JA, Feldman SS. Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: a study of mother-child interaction. Child Dev. 1988;59(5):1273–85. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1988.tb01496.x
5. Doussard-Roosevelt JA, Joe CM, Bazhenova OV, Porges SW. Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. Dev Psychopathol. 2003;15(2):277–95. https://doi.org/10.1017/s0954579403000154
6. Anjomani M, Taklavi S. The role of attachment to god and emotional maturation in prediction of self compassion of deaf children's mothers. Journal of Health and Care. 2019;21(2):117–25. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/jhc.21.2.117
7. Yazdkhasti F, Yarmohammadian A. Comparing correlation between mother's depression and their deaf and hearing adolescent daughter's emotional intelligenc. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2010;8(1):75–80. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-170-fa.pdf
8. Rahimi S, Amin Yazdi SA, Afrooz G. Comparison of developmental family functioning, personality traits, and parenting stress in mothers with autism spectrum disorder and peers with normal counterparts. Journal of Pediatric Nursing. 2021;6(3):14–21. [Persian] https://jpen.ir/article-1-479-en.pdf
9. Maltby J, Day L. Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. Personality and Individual Differences. 2004;36(6):1275–90. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00215-0
10. Bahrainian SA, Haji Alizadeh K, Ebrahimi L, Hashemi Gorji O. comparison between personality traits and adjustment of mothers of mentally retarded and normal students in Tehran in 2008–2009. Psychology of Exceptional Individuals. 2012;2(7):153–67. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_2154_49e5bff4c8172a85e5d38c21aa4bbe54.pdf
11. McCrae RR. Human nature and culture: A trait perspective. Journal of Research in Personality. 2004;38(1):3–14. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2003.09.009
12. Haren EG, Mitchell CW. Relationships between the five-factor personality model and coping styles. Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal. 2003;40(1):38–49.
13. Heiman T. Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2002;14(2):159–71.
14. Afrooz G. Osoul va ravesh–haye pishgiri az malouliatha: ba negahi be elal asli asib–haye zehni, hessi va harekati dar koodakan manategh shahri va roustaie Iran [Principles and methods of prevention of disabilities: A look at the main causes of mental, sensory and motor injuries in children in urban and rural areas of Iran]. Tehran: Tehran University Pub; 2005. [Persian]
15. Khazaie S. Tahlil moghayeseie beyn Salamat ravani madaran koodakan estesnaie ba salamt ravani madaran koodakan addi [Comparison an alysis between the mental health of mothers of exceptional children and the mental health of mothers of normal children]. In: 3rd National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies [Internet]. Qom, Iran: Soroush Hekmat Mortazavi; 2005. [Persian] https://civilica.com/doc/453120/
16. Mahdavi M, Poloy Amirabadi G, Akbari M. Moghayeseye Salamat ravan va khod–karamadi valedeyn daraye bish az yek farzand estesnaie ba valedeyn daraye yek farzand estesnaie ba tavajoh be jensiat [Comparison of mental health and self-efficacy of parents with more than one exceptional child with parents with one exceptional child according to gender]. In: 2nd Scientific-Research Conference on Educational Sciences and Psychology of Social and Cultural Injuries in Iran [Internet]. Qom, Iran: Soroush Hekmat Mortazavi; 2005. [Persian] https://civilica.com/doc/418952/
17. Mousavy-Khatat M, Soleimani M, A'bdi K. Comparison of cognitive, psychological and social characteristics, between parents who have more than one exceptional child with parents of normal child. Archives of Rehabilitation. 2011;12(3):53–64. [Persian] https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-904-en.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

18. Lawton D. Complex numbers: families with more than one disabled child. University of York: Social Policy Research Unit; 1998.
19. Fiamenghi GA, Vedovato AG, Meirelles MC, Shimoda ME. Mothers' interaction with their disabled infants: two case studies. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2010;28(2):191–9. https://doi.org/10.1080/02646830903295042
20. Delavar A. Applied probability and statistics in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd Pub;2014. [Persian]
21. Afrooz G. Introduction to psychology and rehabilitation of children with Down syndrome. Tehran: Tehran University Publishing; 2004. [Persian]
22. Mohammadi E, Bagheri M, Asgarizadeh G. The role of perceived social support and aspects of personality in the prediction of marital instability: the mediating role of occupational stress. International Journal of Psychology (IPA). 2018;12(1):162–85. [Persian] https://dx.doi.org/10.24200/ijpb.2018.58147
23. Zeidabadinejad F, Davaee M, Afrooz G. The relationship between cognitive characteristics and parental satisfaction with birth weight. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019;6(3):66–77. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.7
24. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–45. https://doi.org/10.1017/s0033291700021644
25. Yaghubi SMR. Validity and reliability of General Health Questionnaire (G.H.Q). Journal of Psychology. 2001;5(4):381-398.
26. Costa Jr. PT, McCrae RR. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In: The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol 2: Personality measurement and testing. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2008. pp: 179–98.
27. Khormaie F, Farmani A. Psychometric properties of the short form of goldberg's 50- item personality scale. Psychological Methods and Models. 2014;4(16):29–39. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_589_8a7c0ad014c4cea6790d8b3447f8a376.pdf
28. Hejazi M, Afrouz G, Sobhi A. Biological, psychological and social characteristics of parents with more than one exceptional child. Journal of Psychology and Education. 2009;39(2):123–45. [Persian]
29. Bener A, Hussain R, Teebi AS. Consanguineous marriages and their effects on common adult diseases: studies from an endogamous population. Med Princ Pract. 2007;16(4):262–7. https://doi.org/10.1159/000102147
30. Mohajerani M, Afrooz G, Arjmandnia AA, Ghasemzadeh S. Comparing the rate of marital satisfaction and perceived social support in consanguine and non- consanguine marriage mothers of exceptional and normal children. Scientific Research Quarterly of Woman and Culture. 2018;9(34):21–35. [Persian] http://jwc.iauahvaz.ac.ir/article_538843_1eaa4dd8b89b6926b0f2f1f0c7ae097e.pdf
31. Allik H, Larsson J-O, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:1. https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-1
32. Waisbren SE, Noel K, Fahrbach K, Cella C, Frame D, Dorenbaum A, et al. Phenylalanine blood levels and clinical outcomes in phenylketonuria: a systematic literature review and meta-analysis. Mol Genet Metab. 2007;92(1–2):63–70. https://doi.org/10.1016/j.ymgme.2007.05.006
33. Gavidia-Payne S, Stoneman Z. Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. Child Dev. 1997;68(4):701–17.
34. Ahmadpanah M. The effect of mentally retarded child on family mental health. Journal of Exceptional Children. 2001;1(1):52–68. [Persian] http://joec.ir/article-1-513-en.pdf
35. Dyson LL. Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning, and social support. Am J Ment Retard. 1997;102(3):267–79. https://doi.org/10.1352/0895-8017(1997)102%3C0267:famosc%3E2.0.co;2
36. Seligman M, Darling RB. Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2007.
37. Chen TY, Tang CS. Stress appraisal and social support of Chinese mothers of adult children with mental retardation. Am J Ment Retard. 1997;101(5):473–82.
38. Ghobari Bonab B, Estiri Z. A comparative study on personality characteristics and attachment style in mothers of children with and without Autism. Journal of Exceptional Children. 2006;6(3):787–804. [Persian] http://joec.ir/article-1-403-en.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]