MEJDS. 2017; 7. .
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Comparison of quality of life and mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children

*Faezeh Mirsamadi[1], Reza Abdi[2]

Author Address
1. M.A in Psychology, Tabriz, Iran;
2. PhD in Psychology, Assistant Professor of Psychology Department, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
***Corresponding Author Address:** Tabriz, Iran.
***E-mail:** F.Mirsamadi95@yahoo.com

Received: 2016 June 5; **Accepted:** 2016 June 19

Abstract
Objective: Having a disabled child may have a negative impact on the mental health of parents, especially mothers. The aim of current study was to compare the quality of life (QOL) and mental health of mothers of disabled children with those of the mothers of normal children.
Methods: The population consisted of mothers of disabled children under the auspices of Iranian Welfare Organization in Tabriz-Iran. Stratified sampling was used to select 213 participants, of whom 64 people were the mothers of physically disabled children and 89 people were the mothers of mentally disabled children. The rest (N=60) were the mothers of children with sensory impairment. The control group consisted of 71 mothers of normal children selected from among Welfare Organization staff. The research instruments were General Health Questionnaire (GHQ) and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). MANOVA procedures were used to analyze the data.
Results: The results showed statistically significant differences between the mothers of normal children with the mothers of disabled children in all aspects of public health with the exception of depression ($p<0.01$). In addition, a statistically significant difference was found between the quality of life of mothers of mentally disabled children with the mothers of children with sensory impairments in social dysfunction ($p<0.01$). Though the difference in quality of life measures between mothers of normal children with mothers of disabled children were statistically significant ($p<0.01$), the differences between the mothers of children with various types of disabilities in subscales of the quality of life measure were not statistically significant.
Conclusion: Having a disabled child, regardless of the type of disability can affect general health and quality of life
Keywords: Physical Disabilities, Mental Disabilities, Sensory Disabilities, General Health, Quality of Life.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

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 ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول، با مادران کودکان عادی

*فائزه میرصمدی[۱]، رضا عبدی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، تبریز، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران؛

*آدرس نویسندهٔ مسئول: تبریز، ایران.

*رایانامه: F.Mirsamadi95@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۶خرداد۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰خرداد۱۳۹۵

چکیده

هدف: داشتن فرزند معلول ممکن است بر سلامت روانی والدین به‌ویژه مادران تأثیر منفی داشته باشد. هدف ازپژوهش حاضر، مقایسهٔ ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران کودکان معلول با مادران کودکان عادی بود.

روش بررسی: جامعهٔ آماری شامل مادران دارای کودکان معلول، زیرنظر سازمان بهزیستی تبریز بود. به‌شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۲۱۳ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که۶۴ نفر جسمی‌حرکتی، ۸۹ نفر ذهنی‌روانی و ۶۰نفر حسی بودند درگروه عادی نیز، ۷۱ مادر، از بین کارمندان بهزیستی شهرستان تبریز انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ) و مقیاس کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHQOL) و برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: در همهٔ ابعاد سلامت عمومی به‌غیر از افسردگی، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۱$). در متغیر اختلال درکارکرد اجتماعی، بین گروه ذهنی‌روانی با گروه معلولان حسی ،نیز تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<۰/۰۱$)؛ اما، بین گروه‌های معلول در بقیهٔ متغیرها، تفاوت معناداری یافت نشد. همچنین، در همهٔ ابعاد کیفیت زندگی، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<۰/۰۱$)؛ اما بین سه گروه از مادران دارای کودک معلول در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: داشتن کودک معلول، بدون توجه به نوع معلولیت، می‌تواند بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذارد.

کلیدواژه‌ها: معلول جسمی‌حرکتی، ذهنی‌روانی، حسی، سلامت روان، کیفیت زندگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_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 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

۱ مقدمه

معلولیت جسمی یا ذهنی، علاوه‌بر زندگی روزمرهٔ فرد، بر کارکرد و فرآیند نظام خانواده و اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. اثرات کودکان بیمار یا ناتوان و عقب‌مانده در سیستم خانواده، می‌تواند باعث ایجاد بار مالی و اختلال در زندگی زناشویی و انزوای اجتماعی شود (۱). سلامت روان‌شناختی خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی، به سلامت تک‌تک اعضای خانواده وابسته است. داشتن کودک معلول در خانواده، خسارت‌ها و آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند. والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندانی دچار شوک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، انکار احساس گناه را برای آن‌ها درپی دارد (۲). برخی از پژوهش‌ها رابطهٔ بین سلامت روان و داشتن فرزند معلول را تأیید کرده‌اند (۳،۴،۵،۶). پژوهشی به‌منظور مقایسهٔ سلامت عمومی، سبک‌های مقابله‌ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی‌حرکتی و سالم انجام گرفت. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی دو گروه از مادران وجود دارد؛ به‌عبارتی مادران کودکان سالم، از شادکامی و سلامت عمومی بیشتری برخوردار بودند (۳).

نتایج زمینه‌یابی طولی امرسون و بریگهام، بر روی ۴۶۰۲۳ خانوادهٔ دارای فرزند ناتوان ذهنی، در انگلستان، نشان داد: علاوه‌براینکه سلامت روانی این خانواده‌ها کمتر از افراد عادی بود، میزان مصرف الکل و دارو نیز در آن‌ها بیشتر بود. همچنین سلامت روانی والدینی که به‌تنهایی سرپرستی کودک معلول را بر عهده داشتند کمتر از والدینی بود که هم پدر و هم مادر هر دو سرپرست کودک معلول ذهنی بودند. در این زمینه‌یابی رابطهٔ مثبت بین سلامت روان والدین کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی و میزان درآمد وجود داشت (۶).

سلامت روانی با متغیرهای متعددی در ارتباط است. یکی از مفاهیمی که ارتباط نزدیکی با سلامت روانی دارد کیفیت زندگی است (۷). کیفیت زندگی، به‌عنوان درک افراد از موقعیت خویش در زندگی، براساس فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، تعریف شده است. این درک در ارتباط با اهداف، معیارها و علایق است (۸). والدین کودک معلول در مقایسهٔ با والدین کودکان عادی کیفیت زندگی کمتری دارند (۹،۱۰).

معلولیت طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود، اما، از دیدگاه کارکردی می‌توان کودکان معلول را به سه دسته تقسیم کرد: کودکان معلول جسمی‌حرکتی، کودکان معلول ذهنی‌روانی و کودکان معلول حسی (۱۱).

نوع و شدت معلولیت کودک و تعداد فرزندان معلول در خانواده نیز می‌تواند در وضعیت سلامت روانی والدین تأثیرگذار باشد (۴،۱۲). والدین براساس نوع و شدت معلولیت واکنش‌های متفاوتی را بروز می‌دهند. برخی از معلولیت‌ها همچون نشانگان داون، از همان ابتدای تولد مشخص هستند؛ درحالی‌که تعدادی دیگر از معلولیت‌ها به‌ویژه انواع خفیف آن که مثلاً در اثر کمبود اکسیژن ایجاد شده، به‌تدریج مشخص می‌شوند. معمولاً اولین واکنش پیش‌بینی‌شده والدین در مقابل ناتوانی کودک، ضربهٔ روحی است که می‌تواند حالتی از یأس و ناامیدی، غمگینی یا افسردگی، احساس تنهایی، ترس، خشم، ناکامی، جاخوردن، احساس نابودی، گیجی، تردید در همه چیز و احساس افتادن در تله‌ای که راه فراری از آن نیست، باشد. سپس والدین واکنش افسردگی از خود نشان می‌دهند که معمولاً به‌شکل اندوه و زاری بروز می‌کند. آن‌ها این مرحله را همچون مرحلهٔ بعد از مرگ یکی از عزیزان گزارش می‌کنند. همچنین آن دسته از مادرانی که فرزندشان در اثر معلولیت می‌میرد کمتر از مادرانی که فرزند معلول‌شان زنده می‌ماند آسیب روانی می‌بینند. مراحلی که والدین تا رسیدن به سازگاری طی می‌کنند را مطالعه کرده‌اند. بعضی والدین در یک زمان، ممکن است چند نوع واکنش را نشان بدهند و برخی دیگر اصولاً واکنش خاصی را نشان ندهند (۱۳).

همان‌طورکه اشاره شد: روابط‌خانوادگی به‌علت غافلگیرشدن از تولد فرزندی با نیازهای ویژهٔ عاطفی‌شناختی، اجتماعی و مالی، دچار دگرگونی و ضعف می‌شود؛ اما همیشه هم این‌گونه نیست چراکه در بعضی مواقع دیده شده است؛ تولد چنین کودکی می‌تواند به استحکام روابط‌خانوادگی منتهی شود. احتمالاً این موضوع به عواملی همچون، ثبات عاطفی، ارزش‌ها و باورهای مذهبی، وضعیت اقتصادی، نوع و شدت مشکل کودک بستگی دارد (۱۳). ازسوی دیگر، اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینهٔ سلامت روان یا کیفیت زندگی، روی یکی از معلولیت‌ها کار کرده‌اند مثلا پژوهش روی کودکان معلول جسمی‌حرکتی (۳)، مشکلات شنیداری (۵) و مشکلات ذهنی (۶)؛ اما در پژوهش حاضر سعی‌شده نمونهٔ نسبتاً جامعی از تمام انواع معلولیت‌ها (جسمی‌حرکتی، ذهنی‌روانی و حسی) به‌دست آید. به‌طورکلی در کنار پژوهش‌های قبلی نیاز به تحقیقات بیشتری است، تا آسیب‌های احتمالی ناشی از وجود کودک معلول بر سلامت و کیفیت خانواده بررسی شود از این‌رو این پژوهش با هدف بررسی ابعاد مختلف سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان معلول انجام شده است.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی و علّی‌مقایسه‌ای[1] بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول بود که در بهزیستی شهرستان تبریز پرونده دارند. طبق آمار سال ۱۳۹۴، تعداد کودکان معلول شهر تبریز بدین‌صورت است: معلولان جسمی‌حرکتی ۸۹۰ نفر؛ معلولان ذهنی‌روانی ۱۱۲۱ نفر؛ معلولان حسی ۸۳۳ نفر. براساس جدول کرجسی‌مورگان، ۳۳۸ نفر از مادران کودکان معلول انتخاب شدند. به دلیل نقص بعضی از پرسشنامه‌ها، نمونهٔ نهایی به ۲۱۳ نفر کاهش یافت:جسمی‌حرکتی ۶۴ نفر؛ ذهنی‌روانی ۸۹ نفر؛ حسی ۶۰ نفر. نمونه‌گیری به‌شیوهٔ تصادفی طبقه‌ای بود. در گروه عادی نیز، از مادران کودکان سالم کارکنان سازمان بهزیستی تبریز، نمونه‌گیری انجام شد. ۸۰ نفر از مادران این کودکان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند؛ اما نقص تعدادی از پرسشنامه‌ها، نمونهٔ نهایی را به ۷۱ نفر کاهش داد. در

[1]. Causal-Comparative

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

گروه عادی، نمونه‌گیری به‌شیوهٔ دردسترس بود.

ابزارهایی که در این پژوهش استفاده شد عبارت‌اند از:

۱. پرسشنامهٔ سلامت عمومی ـ فرم ۲۸ آیتمی (GHQ[1]): فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی، روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه، به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماههٔ اخیر می‌پردازد. پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی. هر کدام از خرده‌آزمون‌ها ۷ سؤال دارد. تمام گویه‌های پرسشنامهٔ سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند. روش نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت بوده و نمرهٔ کل هر فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر است. نمرهٔ کمتر نشانهٔ سلامت بیشتر است (۱۴). ضریب پایایی این پرسشنامه بااستفاده از سه روش بازآزمون، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ به‌دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمرهٔ کل و تحلیل عوامل استفاده می‌شود. در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمرهٔ کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ مشاهده شد. تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری، نشان‌دهندهٔ وجود افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند (۱۴).

۲. مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[2]: این مقیاس چهار بُعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، محیط زندگی و روابط با دیگران را می‌سنجد. برای سنجش سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روانی ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و محیط زندگی ۸ گویه درنظر گرفته شده است. نمره‌گذاری به‌شیوهٔ لیکرت از ۱ تا ۵ صورت می‌گیرد؛ بنابراین حداقل نمره ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده و نمرهٔ بیشتر نشانهٔ کیفیت بهتر است. در ایران نصیری (۱۵) در بررسی پایایی مقیاس، سه روش بازآزمایی (با فاصلهٔ هفته‌ای) و تصنیفی و آلفای‌کرونباخ را به‌کاربرد که ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۶۷، تصنیفی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود. او به‌منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و از طریق ضریب همبستگی، رابطهٔ نمرهٔ کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن را با نمرهٔ کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامهٔ سلامت عمومی، سنجید. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی از همبستگی نمرهٔ کل هر بُعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل‌دهندهٔ آن بُعد، استفاده شده است. دامنهٔ ضریب‌های همبستگی به‌دست‌آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همهٔ ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند (۱۵).

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، شامل میانگین، انحراف‌معیار و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و. همچنین، جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در جدول شمارهٔ ۱ آماره‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کننده‌ها، براساس سن و فراوانی، به‌تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پرسشنامهٔ سلامت عمومی

	فروانی	سن مادر		سن کودک	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سالم	۷۱	۴۵/۲۵	۷/۷۵	–	–
جسمی‌حرکتی،	۶۴	۴۱/۳۸	۷/۲۹	۸/۰۵	۲/۱۲
ذهنی‌روانی	۸۹	۴۳/۵۶	۹/۲۵	۹/۳۲	۳/۰۸
حسی	۶۰	۴۶/۰۹	۹/۳۱	۶/۲۵	۲/۶۸

همان‌طورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین سنی مادران گروه سالم ۴۵/۲۵، جسمی‌حرکتی ۴۱/۳۸، ذهنی‌روانی ۴۳/۵۶ و حسی ۴۶/۰۹ بود. همچنین میانگین سنی کودکان جسمی‌حرکتی ۸/۰۵، ذهنی‌روانی ۹/۳۲ و حسی برابر با ۶/۲۵ بود. در گروه سالم به‌دلیل اینکه برخی از این مادران دارای یک فرزند و تعدادی دارای چند فرزند بودند، میانگین سنی محاسبه نشد.

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی مربوط به پرسشنامهٔ سلامت عمومی و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA)، برای مقایسهٔ گروه‌ها، نشان داده شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی پرسشنامهٔ سلامت عمومی

	سالم		جسمی‌حرکتی		ذهنی‌روانی		حسی		MANOVA	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p
جسمانی	۹/۳۳	۲/۶۶	۱۲/۷۱	۳/۴۱	۱۳/۷۴	۴/۳۸	۱۴/۲۰	۳/۸۴	۲۵/۱۵	<۰/۰۰۱
اضطراب	۹/۵۶	۲/۹۵	۱۴	۳/۸۱	۱۵/۰۳	۵/۲۵	۱۵/۴۵	۴/۷۸	۲۷/۲۳	<۰/۰۰۱
کارکرداجتماعی	۱۰/۱۱	۴/۴۹	۱۴/۳۹	۴/۳۰	۱۵/۴۷	۳/۶۹	۱۳/۶۵	۳/۳۸	۲۵/۳۹	<۰/۰۰۱

[1]. General Health Questionnaire

[2]. WHO - Quality of life Questionnaire- Brief

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

افسردگی	۸/۴۶	۱/۹۳	۱۰/۰۳	۳/۷۷	۱۰/۸۴	۴/۳۱	۱۱/۵۶	۴/۵۸	۸/۷۳	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کل	۳۷/۴۷	۹/۴۴	۵۱/۱۴	۹/۸۲	۵۵/۰۸	۱۲/۴۶	۵۴/۹۵	۱۲/۸۸	۳۹/۰۴	<۰/۰۰۱

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها رعایت شده است (f=۱/۱۲؛ p=۰/۴۳). همچنین با استفاده از آزمون ویلکزلامبدا مشخص شد که بین گروه‌ها به‌لحاظ ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (WL=۰/۶۴ و p<۰/۰۱).

باتوجه به داده‌های جدول ۲، پرسشنامهٔسلامت عمومی و همهٔ خرده‌مقیاس‌های آن، در بین گروه‌ها تفاوت معنادار دارد. برای تحلیل بیشتر و تشخیص اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳). لازم به توضیح است فقط تفاوت‌های معنادار در جدول ارائه شده و قدرمطلق اعداد نوشته شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها		تفاوت میانگین	P
نشانه‌های جسمانی	سالم	جسمی‌حرکتی	۳/۳۸	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۴/۴۰	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۴/۸۶	<۰/۰۰۱
اضطراب	سالم	جسمی‌حرکتی	۴/۴۳	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۵/۴۷	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۵/۸۸	<۰/۰۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	سالم	جسمی‌حرکتی	۴/۲۷	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۵/۳۵	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۳/۵۳	<۰/۰۰۱
	ذهنی روانی	حسی	۱/۲۸	۰/۰۵
افسردگی	سالم	ذهنی‌روانی	۲/۳۷	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۳/۱۸	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کل	سالم	جسمی‌حرکتی	۱۳/۶۶	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۱۷/۶۱	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۱۷/۴۷	<۰/۰۰۱

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در همهٔ ابعاد سلامت عمومی و نیز در نمرهٔ کل، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول، تفاوت معنادار است (p<۰/۰۱). تنها استثنا، در خرده‌مقیاس افسردگی مشاهده می‌شود که بین گروه سالم با گروه جسمی‌حرکتی تفاوتی وجود ندارد. از سوی دیگر متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی، بین گروه ذهنی‌روانی با گروه معلولان حسی، تفاوت معنادار دارد (p<۰/۰۱) ؛ اما بین سه گروه معلول در بقیهٔ متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود.

در جدول ۴ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای مقایسهٔ گروه‌ها نشان داده شده است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی پرسشنامهٔ کیفیت زندگی

	سالم		جسمی‌حرکتی		ذهنی‌روانی		حسی		MANOVA	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p
جسمانی	۳۰/۹۴	۳/۶۲	۲۴/۷۰	۵/۹۵	۲۵/۷۳	۴/۸۹	۲۴/۹۸	۵/۱۹	۲۴/۴۳	<۰/۰۰۱
روانی	۲۶/۰۷	۳/۷۳	۱۹/۷۵	۵/۳۸	۱۸/۷۱	۴/۴۱	۱۹/۱۶	۴/۴۸	۴۲/۲۳	<۰/۰۰۱
روابط	۱۲/۷۴	۱/۸۸	۱۱/۰۹	۲/۲۳	۱۱/۱۳	۱/۷۰	۱۰/۳۶	۲/۴۴	۱۶/۳۷	<۰/۰۰۱
محیط زندگی	۳۳/۴۹	۵/۳۳	۲۶/۴۲	۵/۲۹	۲۵/۹۸	۵/۹۶	۲۶/۰۳	۵/۸۰	۳۰/۴۳	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کل	۱۰۲/۲۵	۱۲/۶۴	۵۸/۹۶	۱۶/۰۶	۸۱/۵۷	۱۵/۲۸	۸۰/۵۵	۱۵/۱۲	۳۸/۶۳	<۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

با نتایج به‌دست‌آمده از آزمون باکس مشاهده شد که پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها رعایت شده است (f=۱/۰۳؛ p=۰/۴۶). همچنین آزمون ویلکزلامبدا نشان داد که بین سه گروه به‌لحاظ ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (WL=۰/۵۹ و p<۰/۰۱). مطابق با داده‌های جدول ۴، بین گروه‌ها، در پرسشنامهٔ کیفیت زندگی و همهٔ خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معنادارمشاهده می‌شود. برای تحلیل بیشتر و تشخیص اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها		تفاوت میانگین	p
سلامت جسمانی	سالم	جسمی‌حرکتی	۶/۲۴	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۵/۲۱	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۵/۹۶	<۰/۰۰۱
سلامت روانی	سالم	جسمی‌حرکتی	۶/۳۲	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۷/۳۵	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۶/۹۰	<۰/۰۰۱
محیط زندگی	سالم	جسمی‌حرکتی	۷/۰۷	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۷/۵۰	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۷/۴۵	<۰/۰۰۱
روابط با دیگران	سالم	جسمی‌حرکتی	۱/۶۵	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی‌روانی	۱/۶۱	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۲/۳۷	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کل	سالم	جسمی حرکتی	۲۰/۲۸	<۰/۰۰۱
	سالم	ذهنی روانی	۲۱/۶۸	<۰/۰۰۱
	سالم	حسی	۲۲/۷۰	<۰/۰۰۱

مطابق با جدول شماره ۵، در همهٔ ابعاد کیفیت زندگی و نیز در نمرهٔ کل، بین مادران دارای کودکان سالم با مادران دارای کودک معلول تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). از سوی دیگر یافته‌ها نشان دادند که بین مادران دارای کودک معلول در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود.

در جدول شماره ۶ همبستگی بین نمرهٔ کل کیفیت زندگی و نمرهٔ کل سلامت عمومی نشان داده شده است.

جدول ۶. ضریب همبستگی رابطهٔبین سلامت روان و کیفیت زندگی

	کیفیت زندگی
سلامت روان ضریب همبستگی	۰/۷۱-
سطح معناداری	<۰/۰۰۱

براساس جدول شماره ۶، بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطهٔ معنادار وجود دارد. در پرسشنامهٔ GHQ نمرهٔ بیشتربه معنای سلامت کمتر است، پس این رابطهٔ منفی بین نداشتن سلامت روان با کیفیت زندگی است. به‌عبارت‌دیگر هر چقدر کیفیت زندگی یک نفر بیشتر است، سلامت روانی و عمومی‌اش هم بیشتر خواهد بود و بالعکس.

۴ بحث

پژوهش حاضر نشان داد، مادران دارای فرزند معلول، سلامت روان و کیفیت زندگی کمتری دارند. این یافته را می‌توان همسو با پیشینه‌های پژوهشی، ازجمله (۱۰، ۹، ۴ و ۳) دانست.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، سلامت روان مادران کودکان معلول بدون توجه به نوع معلولیت، کمتر از مادران دارای کودک عادی است و با پژوهش صالحی و همکاران همسوست. آن‌ها مشاهده کردند که تفاوت معناداری بین میزان سلامت روانی والدین کودکان معلول جسمی‌حرکتی با گروه عادی وجود دارد (۳). همچنین با تحقیقات موللی و همکاران همسوست. یافته‌های آن‌ها نشان داد: سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا کمتر از مادران کودکان شنوا است. درضمن میانگین نمرات علائم اضطراب، علائم افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی مادران کودکان کم‌شنوا بیشتر از مادران کودکان شنوا است (۲).

درزمینهٔ کیفیت زندگی نیز، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با تحقیقات شان لونگ و لیتیسانگ است که به مقایسهٔ سطوح کیفیت زندگی، در بین والدین دارای فرزند معلول و والدین کودکان عادی پرداخته بودند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین کودکان معلول و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد و والدین کودکان معلول سطح کیفیت زندگی کمتری را درمقایسه با والدین کودکان عادی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

داشته‌اند (۹). در نهایت یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش آراس و همکاران است که پژوهشی را به‌منظور بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در والدین کودکان با اختلال گفتاری و والدین کودکان ناشنوا انجام دادند. براساس نتایج آن‌ها، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین دارای کوک ناشنوا و کودک با اختلال گفتاری در سطح کمتری در مقایسه با والدین بدون فرزند معلول قرار دارد. همچنین مشاهده کردند که مادران در مقایسه با پدران در پرسشنامهٔ وضعیت سلامت، نمرهٔ کمتری دریافت کردند. به‌عبارت‌دیگر میزان فشار روانی وارد بر مادران کودک با اختلال شنوایی و گفتاری بیشتر از پدران بود (۵).

یافته دیگر پژوهش این بود که در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روانی، به استثنا کارکرد اجتماعی، بین سه گروه والدین دارای کودک معلول، تفاوت معناداری وجود نداشت. به‌عبارتی هر سه گروه به‌لحاظ کیفیت زندگی و سلامت روانی عملکرد یکسانی داشتند. این مسئله احتمالاً نشانگر این است که داشتن یک فرزند معلول بدون توجه به نوع معلولیت‌اش، می‌تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذارد.

داشتن یک کودک معلول، جدا از نوع معلولیت، تنش‌ها و فشارهای زیادی بر والدین وارد می‌کند. از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین کودکان استثنایی می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کرد: سختی‌ها و فشارهای مالی همچون هزینه‌های پزشکی؛ مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی؛ طرد کودکان و اختصاص‌دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده. همچنین می‌توان قربانی‌کردن سایر کودکان، مقصردانستن والدین، افزایش تنش و تعارض‌های خانوادگی، مشکلات و مسائل در روابط خانوادگی، عوامل فشارزای ناشی از زندگی اجتماعی خانواده و افزایش بروز اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را در والدین دارای فرزند معلول نام برد (۱۹ـ ۱۶). مراقبت از کودک معلول فشار روانی زیادی را بر والدین آن‌ها اعمال می‌کند. وقتی والدین با فرزند ناتوان خود روبه‌رو می‌شوند، به‌علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم‌کردن شرایط ویژهٔ رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید شده و همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به خطر بیندازد. والدین به‌دلیل احساس گناه ، تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی می‌شوند. درمجموع این شرایط می‌تواند سبب گوشه‌گیری و بی‌علاقگی به روابط اجتماعی و کاهش عزّت‌نفس و احساس بی‌ارزشی در والدین شود (۲۰).

با افزایش میزان استرس در مادران کودکان معلول، سلامت جسمانی، روانی و به‌طور کلی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد؛ زیرا، قرارگرفتن طولانی‌مدت درمعرض استرس‌های مزمن مراقبتی، می‌تواند منجر به تغییر در میزان برانگیختگی سیستم سمپاتیک، عکس‌العمل‌های سیستم قلبی‌عروقی، مستعدکردن مراقب برای بیماری‌های فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی‌عروقی و... شود (۲۱). از طرف دیگر وجود کودک مشکل‌دار مانند فلج مغزی باعث ایجاد استرس جسمانی و روحی و روانی در خانواده، به‌ویژه مادران می‌شود. والدین این کودکان اختلال‌های روانی، حس بی‌ارزشی، احساس‌گناه، مشکلات فیزیکی و خستگی را تجربه می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها به مسائلی چون استرس، ترس از آیندهٔ مبهم، ازهم‌گسیختگی اجتماعی، مشکلات اقتصادی‌شغلی و انزوا به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان اشاره کرده‌اند (۲۲).

یافتهٔ آخر نیز نشان داد که بین سلامت عمومی مادران، با کیفیت زندگی آن‌ها رابطهٔ معنادار آماری وجود دارد. بدین صورت که مادرانی که کیفیت زندگی بهتری داشتند کمتر دچار آسیب در حیطهٔ سلامت روان بودند. این یافته همسو با پژوهش کرمی و مردانی است که نشان داده بودند بین سلامت روانی و کیفیت زندگی در بین زنان رابطه معنادار وجود دارد (۷).

۵ نتیجه‌گیری

مادران به‌دلیل درگیری و همراهی بیشتر با فرزندان، درمقایسه با پدران، بیشتر تحت‌تأثیر فرآیندهایی قرار می‌گیرند که وجود کودک معلول در نظام خانواده ایجاد می‌کند. آن‌ها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. این فرآیند اغلب تأثیرهای منفی بر سلامت جسمی و روانی و به‌تبع آن بر کیفیت زندگی مادران برجای می‌گذارد چنان‌که یافته‌های پژوهش حاضر نیز این مسئله را تأیید کردند. همان‌طورکه اشاره شد والدین کودکان معلول ذهنی به‌علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک‌شان، سختی‌ها و مشکلات فراوانی را در نگهداری از کودک تجربه می‌کنند؛ بنابراین بهتر است سازمان‌های مرتبط با این مسئله، از جمله سازمان‌بهزیستی، علاوه‌بر توجهی که به خود کودکان معلول دارند، برای والدین آن‌ها به‌ویژه مادران نیز برنامه‌های ویژه‌ای را تدوین کنند تا در ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها یاریگر باشد.

درپایان باتوجه به اینکه در این پژوهش به بررسی عواملی چون جنسیت و شدت معلولیت‌ها و همچنین برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران پرداخته نشده بود، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های خود، به بررسی رابطه بین متغیرهایی چون جنسیت و سن کودکان، نوع و شدت اختلال آن‌ها با سلامت روان و کیفیت زندگی مادارن و نیز پدران بپردازند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]

References

1. Komeyjani M. Exceptional children and their mothers' challenges. Journal of Exceptional Education. 2012;2(110):38–44. [Persian] [Link]
2. Movallali G, Abdollahzadeh Rafi M, Nemati S. Comparison of general health status in mothers of hearing and hearing-impaired children. Bimonthly Journal of Audiology. 2013;22(2):33–9. [Persian] [Link]
3. Salehi M, Kushki SH, Hagdoost N. Comparison of general health, coping styles and happiness of mothers of children with mobility impairment and healthy. Journal of Psychological Research. 2011;9:1–12. [Persian] [Link]
4. 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] [Link]
5. Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(2):323–9. [Link]
6. Emerson E, Brigham P. Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. Public Health. 2013;127(12):1111–6. [Link]
7. Karami K, Mardani A. Relationship between mental health and quality of life in pregnant women. Quarterly Journal of Health Breeze. 2014;2(1):10–17. [Persian] [Link]
8. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:22. [Link]
9. Romeo DM, Cioni M, Distefano A, Battaglia LR, Costanzo L, Ricci D, et al. Quality of life in parents of children with cerebral palsy: is it influenced by the child's behaviour? Neuropediatrics. 2010;41(3):121–6. [Link]
10. Yuen Shan Leung C, Wai Ping Li-Tsang C. Quality of life of parents who have children with disabilities. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2003;13(1):19–24. [Link]
11. Dempsey I, Keen D. A Review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. Topics in Early Childhood Special Education. 2008;28(1):42–52. [Link]
12. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness: mothers of typically developing children and mothers of children with Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2009;24(3):178–87. [Link]
13. Hardman ML, Drew CJ, Egan MW. Human Exceptionality: School, Community, and Family. 11th ed. Cengage Learning; 2010. 548 p. [Link]
14. Tagavi MR. Validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. Journal of Psychology. 2001;5(4):381–99. [Persian] [Link]
15. Nasiri H. The study of World Health Organization (WHO) quality of life scale validity and reliability of short and provide its Iranian version. The third seminar of student mental health 2006, Iran, Tehran. [Persian]
16. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2001;45(Pt 6):535–43. [Link]
17. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hong J. Life course impacts of parenting a child with a disability. Am J Ment Retard. 2001;106(3):265–86. [Link]
18. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Hong J. Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. Am J Orthopsychiatry. 2004;74(2):187–95. [Link]
19. Resch JA, Benz MR, Elliott TR. Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: a multi-method analysis. Rehabil Psychol. 2012 ;57(1):61–72. [Link]
20. Bayrami M, Hassimi Nosratabad T, Besharat R, Movahedi Y, Kohpayma S. The study of the components of neuroticism among parents of autistic children, mental retarded and normal in the city of Tabriz. 2014;9(122):17–27. [Persian] [Link]
21. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. BMC Pediatr. 2004;4:1. [Link]
22. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgoo H, Dalvand H, Farzi M. The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study. Journal of Modern Rehabilitation. 2013;7(3):40–7. [Persian] [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.44.2]