

مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی

محمد موسوی خطاط^۱، مهران سلیمانی^۲، *کیانوش عبیدی^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور دست‌یابی به علل و عوامل شناختی، روانی و اجتماعی والدین که احتمالاً در تولد کودکان استثنایی در خانواده‌هایی با بیش از یک فرزند استثنایی مؤثر است، انجام شد.

روش بررسی: پژوهش از نوع مقایسه‌ای پس‌رویدادی است و نمونه‌ای شامل ۸۰ زوج از والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ زوج از والدین با فرزند عادی از جامعه آماری شامل کلیه والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و والدین با فرزند عادی در شهرستان ارومیه به صورت در دسترس گرفته شد. در پژوهش حاضر از ابزار پرسشنامه ویژگی‌های روانی اجتماعی والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و پرسشنامه رضایت زناشویی (Enrich) استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذور خی توافقی، یو من ویتنی و آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: در میان متغیرهای شناختی، روانی و اجتماعی، بین متغیرهای شغل (پدر و مادر) ($P < 0.001$)؛ تحصیلات (پدر و مادر) ($P < 0.001$)؛ زمان آگاهی از معلولیت ($P < 0.001$)؛ میزان تمایل به ازدواج والدین ($P < 0.001$)؛ نوع رابطه والدین قبل از تولد ($P < 0.001$)؛ نوع رابطه والدین هنگام بارداری ($P < 0.001$)؛ سلامت روانی مادر (هر چهار عامل جسمانی) ($P = 0.0037$)، اضطراب ($P = 0.0041$)، عامل اجتماعی ($P = 0.004$) و افسردگی ($P = 0.0001$) و رضایت زناشویی ($P = 0.0030$) تفاوت معنادار مشاهده گردید. در مورد سایر متغیرها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: پیشگیری و برنامه‌ریزی برای کنترل متغیرهای مورد بحث در تحقیق حاضر شامل زمان آگاهی از معلولیت، میزان تمایل به ازدواج والدین، نوع رابطه والدین قبل از تولد و حین بارداری و نیز سلامت روانی مادر و رضایت زناشویی می‌تواند علاوه بر بهبود وضعیت حاضر این خانواده‌ها، به کاهش بروز چنین خانواده‌هایی کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: شناختی، روانی، اجتماعی، والدین، کودک استثنایی

- ۱- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
- ۳- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۸۸/۹/۱۶
پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۲۹

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خ
کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی

* تلفن: ۲۲۱۸۰۱۲۲

* رایانامه: k55abdi@yahoo.com



مقدمه

خانواده تنها نهاد فطری بشر و حلقه اصلی زنجیره هر جامعه‌ای است. وجود خانواده‌های سالم مخصوصاً از لحاظ روانی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در سلامت و بهداشت روانی جامعه داشته باشد. تولد کودک معلول نه تنها والدین بلکه سایر اعضای نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از عوامل فشار زای مؤثر بر والدین کودکان استثنایی می‌توان مواردی نظیر سختی‌ها و فشارهای مالی همچون هزینه‌های پزشکی، مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی و یا طرد کودک، اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده، قربانی کردن سایر کودکان، مقصر دانستن والدین، افزایش در تنش و تعارضات خانوادگی، مشکلات و مسایل در روابط خانوادگی و عوامل فشارزای ناشی از زندگی اجتماعی خانواده را نام برد (۱). نوع معلولیت کودک نیز می‌تواند در وضعیت سلامت روانی والدین تأثیر گذار باشد؛ ملک پور (۱۳۸۵) در تحقیقی فشار روانی مادران کودک عقب مانده ذهنی را با مادران کودکان نابینا و ناشنوا مقایسه کرد، نتیجه تحقیق نشان داد که میزان فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به مادران کودکان ناشنوا و نابینا بیشتر است (۲). سنדר و مورگان (۱۹۹۷)، گزارش کرده‌اند که سطوح فشار بر روی خانواده‌هایی که کودکان سندرم داون دارند بیشتر از والدین کودکان مبتلا به اوتیسم است (۳).

در یک مطالعه گسترده در بریتانیا این فرض که خانواده‌های دارای چند فرزند معلول فشار و استرس زیادی را تحمل می‌کنند توسط لاونیوس (۱۹۸۸) تأیید شده است. در این بین مادران با بیش از یک فرزند معلول بیش از سایر اعضای خانواده احساس فشار و ناراحتی می‌کنند (۴)، همچنین در این مطالعه مشکلات متنوعی که خانواده‌های با بیش از یک فرزند استثنایی با آن مواجهند نشان داده شد: سطح درآمد کم، کار و شغل پاره وقت به جای کار و شغل تمام وقت، تک والدینی بودن و وابستگی به حمایت‌های درآمدی.

علی‌رغم همبستگی مثبت تعداد فرزند معلول با مشکلات پیش روی خانواده‌ها، محققین طی سال‌های اخیر بیشتر متوجه خانواده‌های دارای یک کودک استثنایی بوده‌اند و شرایط و نیازهای حمایتی خانواده‌های دارای بیش از یک کودک استثنایی به میزان زیادی نادیده گرفته شده است. به نظر می‌رسد این خانواده‌ها به واسطه داشتن چند کودک استثنایی که هر کدام نیازهای ویژه خود را دارند در شرایط نامساعدتری زندگی می‌کنند. این در حالی است که در ایران هنوز آمار دقیقی از تعداد خانواده‌های دارای بیش از یک کودک استثنایی وجود نداشته و مشکلات و نیازهای این خانواده‌ها مورد توجه قرار نگرفته است (۵).

امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا با توجه به حرمت انسان و همچنین هزینه‌هایی که یک انسان از بدو تولد تا بزرگسالی برای جامعه دارد، تلاش می‌گردد تا با پیشگیری از تولد یک کودک با نارسایی و معلولیت از هزینه‌های مادی و معنوی تحمیلی بر جامعه جلوگیری نمایند. این کودکان علاوه بر مشکلات فردی، خانواده و جامعه خود را نیز دست به‌گریبان مشکلاتی می‌نمایند، که از آن جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: هزینه‌های سنگین پزشکی، آموزشی، تربیتی، اختلافات زناشویی، ترس از بچه دار شدن مجدد، احساس گناه و انزوا طلبی از جمله مسایلی است که والدین با آنها روبرو هستند. افراد این خانواده‌ها برای پیشگیری، حل مشکلات‌شان و نیز کاهش فشار عاطفی نیاز به کمک و مشاوره دارند (۶).

همان‌طور که اشاره شد، دارا بودن فرزندان معلول بیشتر در یک خانواده با افزایش سطح تنش و استرس و مشکلات دیگر همراه خواهد بود، از این رو مطالعه حاضر با هدف شناسایی متغیرهای مرتبط با بروز چنین وضعیتی در راستای پیشگیری از بروز آن در خانواده‌های دارای بیش از یک فرزند استثنایی ترتیب داده شد. این مطالعه علاوه بر یاری‌رسانی در درک بهتر مسائل و مشکلات این خانواده‌ها، می‌تواند مسئولان بهداشتی، آموزش و پرورش استثنایی و سایر نهادهای موظف به حمایت از این خانواده‌ها را برای برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات آتی در خصوص پیشگیری و نیز حمایت‌ها و آموزش‌های لازم راهنمایی نماید.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و ویژگی‌های دو گروه را مورد مقایسه قرار داده است. جامعه آماری مورد بررسی مشتمل بر کلیه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزند عادی شهرستان ارومیه است. برای انتخاب نمونه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی، با مراجعه به مراکز بهداشتی شهرستان ارومیه و آموزشگاه‌های استثنایی شهرستان ارومیه ۸۰ زوج (مادر و پدر) که دارای بیش از یک فرزند استثنایی بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید.

نمونه والدین عادی نیز به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از طریق مدارس آموزش و پرورش شهرستان ارومیه انتخاب گردید و در نهایت از این طریق ۵۳ زوج (مادر و پدر) که دارای بیش از یک فرزند عادی و بدون فرزند استثنایی بودند انتخاب شدند. در انتخاب نمونه والدینی که دارای یک فرزند بودند حذف گردیدند تا امکان مقایسه دقیق‌تر با والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی فراهم گردد.

حجم نمونه این پژوهش ۱۳۳ خانواده می‌باشد که از این تعداد



ناسازگار و سازگار را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (۱۰). در فرآیند اجرا، با حضور در مراکز مربوطه لیستی از والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی به همراه شماره تلفن و یا آدرس از مجتمع‌های بهزیستی و مدارس آموزش و پرورش استثنایی تهیه گردید. سپس محقق با یک یک این خانواده‌ها تماس تلفنی برقرار کرده و از آنها درخواست کرد برای همکاری در انجام پژوهش در یکی از مجتمع‌های بهزیستی حضور یابند. هر روز حدود سه خانواده در مرکز حضور یافته و پژوهشگر با توضیح اهداف پژوهش مورد نظر و دادن اطمینان از اینکه اطلاعات به صورت محرمانه خواهد ماند و تنها به منظور انجام پژوهش علمی از آنها استفاده خواهد شد در والدین انگیزه مشارکت در پژوهش را ایجاد کرد. پژوهشگر در حین اجرای پژوهش در کنار آزمودنی‌ها بود و زمان زیادی به پاسخ به سئوالات آزمودنی‌ها اختصاص داده شد.

در تحلیل داده‌ها، جهت مقایسه متغیرهای اسمی در دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزند عادی از مدل آماری مجذور خی، جهت مقایسه متغیرهای رتبه‌ای در دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزند عادی از مدل آماری یو مان ویتنی و جهت مقایسه متغیرهای فاصله‌ای در دو گروه از مدل آماری تی دو گروه مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در این تحقیق ۸۰ خانواده دارای بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ خانواده بدون فرزند استثنایی شرکت کردند. تعداد و توزیع خانواده‌های کودکان بر حسب جنسیت در جدول ۱ آمده است. تعداد فرزندان معلول در ۸۰ خانواده دارای فرزند استثنایی ۱۷۵ نفر و در ۵۳ خانواده بدون فرزند استثنایی ۶۵ نفر بود. مطابق یافته‌های این جدول، بین پدران دو گروه و مادران دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات و شغل اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). علاوه بر این تفاوت بین سطح تحصیلات پدر و مادر علی‌الخصوص در گروه دارای فرزند استثنایی جلب توجه می‌نماید. در خصوص شغل نیز، حدود ۴۰ درصد از پدران دارای فرزند استثنایی دارای شغل کارگری هستند که این مقدار برای پدران فرزند سالم صفر آمده است. در بین مادران دارای فرزند استثنایی هم تنها یک نفر (۱۰۲۸ درصد) کارمند بوده است.

۸۰ خانواده دارای بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ خانواده دارای فرزندان عادی می‌باشند.

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز از بخش سوم پرسشنامه ویژگی‌های زیستی، شناختی، و روانی-اجتماعی والدین استفاده شد، ساختار اصلی این پرسشنامه برای اولین بار توسط افروز (۱۳۸۳) به منظور بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی-اجتماعی والدین دارای فرزند با سندرم داون تهیه و تنظیم گردید (۷) و در پژوهش‌های بسیاری با اندکی تغییرات مورد استفاده قرار گرفت (۵،۸). این پرسشنامه دارای سه بخش اصلی است، که بخش اول و دوم مربوط به ویژگی‌های زیستی-شناختی و بخش سوم مربوط به وضعیت شناختی و روانی-اجتماعی والدین می‌گردد که از سئوالات مربوط به ویژگی‌های روانی-اجتماعی در تحقیق حاضر استفاده گردید.

نصرتی (۱۳۸۵) با استفاده از اجرای مجدد، اعتبار پرسشنامه را در سئوالات مختلف بین ۹۲ تا ۹۵ درصد گزارش می‌کند. روایی محتوایی پرسشنامه اصلاح شده نیز به تأیید اساتید متخصص در این زمینه رسیده است (۸). پرسشنامه دیگر مورد استفاده در این تحقیق، «پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH»^۱ است؛ نسخه اصلی آزمون دارای ۱۱۵ سؤال است که شامل ابعاد و موضوعات شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مسائل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، تربیت فرزند، ارتباط با خانواده اصلی و دوستان، نقش‌های همسری و جهت‌گیری مذهبی و معنوی می‌باشد. با توجه به طولانی بودن سئوالات مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. در یک پژوهش مهدویان (۱۳۷۶) در کار روی اعتبار آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش باز آزمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۰،۹۳۷ و برای زنان ۰،۹۴۴ و برای مردان و زنان ۰،۹۴) به دست آورد (۹).

این ضرایب برای خرده مقیاس‌های هدف‌گزینی مسائل شخصیتی ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت؛ روابط جنسی، فرزند پروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلب و جهت‌گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب عبارت بودند از: ۰،۷۲، ۰،۸۵، ۰،۷۶، ۰،۷۶، ۰،۸۱، ۰،۶۳، ۰،۶۹، ۰،۸۷، ۰،۶۹، ۰،۶۲ و ۰،۷۳؛ و ضریب آلفای پرسشنامه ۴۷ سئوالاتی در پژوهش میر خشتی ۰،۹۲ بدست آمده است. همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه با مقیاس رضایت خانوادگی از ۰،۴۱ تا ۰،۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰،۳۲ تا ۰،۴۱ می‌باشد. کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه اِن‌ریچ، زوج‌های



جدول ۱- توزیع فراوانی خانواده‌های مورد بررسی بر حسب جنسیت کودک و تعداد کودک استثنایی

متغیر (جنسیت فرزند معلول در خانواده)	بیش از یک فرزند استثنایی	بدون فرزند استثنایی
دختر	۸۱	۲۷
درصد	۴۶٫۲	۵۰٫۹
پسر	۹۴	۲۶
درصد	۵۳٫۸	۴۹٫۱
کل	۱۷۵	۵۳
درصد	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲- مقایسه تحصیلات و شغل پدران و مادران در دو گروه دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

مقدار احتمال	بدون فرزند استثنایی		دارای دو فرزند استثنایی و بیشتر				متغیر تحصیلات (جمع)	
	مادر (درصد)	پدر (درصد)	پدر	مادر (درصد)	پدر	مادر (درصد)		
	۵۳	۵۳	۷۸	۷۸				
	۳٫۷۷	۰	۰	۶۵٫۳۸	۵۱	۳۷٫۱۸	۲۹	بی‌سواد
	۱۱٫۳۲	۵٫۶۶	۳	۱۹٫۲۳	۱۵	۳۳٫۳۳	۲۶	ابتدایی
	۷٫۵۵	۲۰٫۷۵	۱۱	۱۰٫۲۶	۸	۱۲٫۸۲	۱۰	سیکل
* <۰٫۰۰۱	۵٫۶۶	۱٫۸۹	۱	۱٫۲۸	۱	۵٫۱۳	۴	زیر دیپلم
	۳۵٫۸۵	۴۵٫۲۸	۲۴	۱۰٫۲۸	۱	۸٫۹۸	۷	دیپلم
	۹٫۴۳	۱٫۸۹	۱	۲۰٫۵۶	۲	۰	۰	فوق دیپلم
	۲۶٫۴۲	۲۰٫۷۵	۱۱	۰	۰	۲۰٫۵۶	۲	لیسانس
	۰	۳٫۷۷	۲	۰	۰	۰	۰	فوق لیسانس
	۵۲	۵۳	۷۹	۷۹				شغل (جمع)
	۰	۶۲٫۲۶	۳۳	۲۰٫۵۶	۲	۴۲٫۳۱	۳۳	آزاد
	۱٫۸۹	۳٫۷۷	۲	۰	۰	۱٫۲۸	۱	بازنشسته
	۰	۱٫۸۹	۱	۰	۰	۸٫۹۷	۷	بیکار
* <۰٫۰۰۱	۷۳٫۵۸	۰	۰	۹۶٫۱۵	۷۵	۰	۰	خانه‌دار
	۰	۰	۰	۱٫۲۸	۱	۳۹٫۷۴	۳۱	کارگر
	۲۲٫۶۴	۲۸٫۳۰	۱۵	۱۰٫۲۸	۱	۵٫۱۳	۴	کارمند
	۰	۳٫۷۷	۲	۰	۰	۳٫۸۵	۳	نظامی

*مقدار احتمال مربوط به اختلاف آماری بین پدران با هم و مادران با هم در زمینه تحصیلات و شغل ارائه شده است.



جدول ۳ - مقایسه آگاهی والدین در دو گروه دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

متغیر	خویشاوندی	(درصد)	غیر خویشاوندی	(درصد)	مقدار احتمال
آگاهی از راه‌های پیشگیری از تولد مجدد (جمع)					
	۳۰		۵۰		
بی اطلاع	۱۳	۴۳,۳۳	۲۳	۴۶	۰,۲۶۰
کم	۱۰	۳۳,۳۳	۲۲	۴۴	
متوسط	۲	۶,۶۷	۳	۶	
زیاد	۵	۱۶,۶۷	۲	۵	
خیلی زیاد	۰	۰	۰	۰	
آگاهی از عوامل معلولیت زنا (جمع)					
	۳۰		۴۹		
بی اطلاع	۱۴	۴۶,۶۷	۲۸	۵۷,۱۴	۰,۱۷۰
کم	۹	۳۰	۱۷	۳۴,۶۹	
متوسط	۵	۱۶,۶۷	۴	۸,۱۶	
زیاد	۲	۶,۶۷	۰	۰	
خیلی زیاد	۰	۰	۰	۰	
آگاهی از نیاز کودک بعد تولد (جمع)					
	۲۹		۵۰		
بی اطلاع	۱۰	۳۴,۴۸	۲۴	۴۸	۰,۱۲۶
کم	۹	۳۱,۰۳	۱۸	۳۶	
متوسط	۹	۳۱,۰۳	۵	۱۰	
زیاد	۱	۳,۴۵	۳	۶	
خیلی زیاد	۰	۰	۰	۰	
آگاهی از نیاز کودک قبل تولد (جمع)					
	۲۸		۵۰		
بی اطلاع	۲۱	۷۲,۴۱	۳۵	۷۰	۰,۷۵۹
کم	۶	۲۰,۶۹	۹	۱۸	
متوسط	۱	۳,۴۵	۵	۱۰	
زیاد	۰	۰	۱	۲	
خیلی زیاد	۰	۰	۰	۰	
زمان آگاهی از معلولیت فرزند (جمع)					
	۱۰۲		۶۴		
قبل از تولد	۱	۰,۹۸	۲	۳,۱۳	<۰,۰۰۱
هنگام تولد	۴۹	۴۸,۰۴	۸	۱۲,۵۰	
قبل از یک سالگی	۱۷	۱۶,۶۷	۲۵	۳۹,۰۰۶	
یک تا سه سالگی	۱۴	۱۳,۷۳	۱۵	۲۳,۴۴	
چهار تا پنج سالگی	۹	۸,۸۲	۶	۹,۳۸	
هنگام ورود به مدرسه	۸	۷,۸۴	۶	۹,۳۸	
در مدرسه	۴	۳,۹۲	۲	۳,۱۳	

یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که چنانچه والدین دارای کودک استثنایی را به دو گروه خویشاوند و غیرخویشاوند تقسیم کنیم، تفاوت

معناداری بین آگاهی‌های آنها به جز زمان آگاهی از معلولیت فرزند مشاهده نمی‌شود.



یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که چنانچه والدین دارای کودک استثنایی را به دو گروه خویشاوند و غیرخویشاوند تقسیم کنیم، تفاوت معناداری بین آگاهی‌های آنها به جز زمان آگاهی از معلولیت فرزند مشاهده نمی‌شود.

جدول ۴ - مقایسه تمایل (به ازدواج و فرزندآوری) و نوع رابطه (قبل از تولد و هنگام بارداری) والدین در دو گروه دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

متغیر	دارای دو کودک استثنایی و بیشتر	(درصد)	بدون کودک استثنایی	(درصد)	مقدار احتمال
تمایل به ازدواج (جمع)	۷۹		۵۲		
اجباری و مصلحتی	۱۰	۱۲,۶۶	۲	۳,۸۵	
با توصیه و ترغیب بزرگان خانواده	۳۷	۴۶,۸۴	۹	۱۷,۳۱	<۰,۰۰۱
با رغبت و تمایل شخصی متقابل	۲۴	۳۰,۳۸	۳۳	۶۳,۴۶	
علاقه متقابل و ترغیب بزرگان خانواده	۸	۱۰,۱۳	۸	۱۵,۳۸	
تمایل به فرزندآوری (جمع)	۷۸		۵۱		
خواسته پدر	۳	۳,۸۵	۱	۱,۹۶	
خواسته پدر و مادر	۶۴	۳,۸۵	۴۳	۸۴,۳۱	۰,۴۴۸
خواسته مادر	۳	۸۲,۰۵	۰	۰	
کاملاً ناخواسته	۸	۱۰,۲۶	۷	۱۳,۷۳	
نوع رابطه قبل از تولد (جمع)	۷۷		۵۱		
سرد و بی تفاوت	۴	۵,۱۹	۰	۰	
عادی	۵۱	۶۶,۲۳	۷	۱۳,۷۳	<۰,۰۰۱
گرم و صمیمی	۱۳	۱۶,۸۸	۴۳	۸۴,۳۱	
همراه با دعوا و تشنج	۹	۱۱,۶۹	۱	۱,۹۶	
نوع رابطه هنگام بارداری (جمع)	۷۹		۵۱		
سرد و بی تفاوت	۱۷	۲۱,۵۲	۰	۰	
عادی	۴۴	۵۵,۷۰	۱۱	۲۱,۵۷	<۰,۰۰۱
گرم و صمیمی	۷	۸,۸۶	۳۹	۷۶,۴۷	
همراه با دعوا و تشنج	۱۱	۱۳,۹۲	۱	۱,۹۶	

مطابق یافته‌های ارائه شده در این جدول به جز متغیر تمایل به فرزندآوری، در سه متغیر دیگر (تمایل به ازدواج، نوع رابطه قبل تولد/هنگام بارداری) تفاوت معناداری بین دو گروه قابل مشاهده است.

گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی نسبت به گروه دیگر پایین‌تر است. در مقایسه سلامت روانی مادران، نتایج در دو جدول ارائه گردید؛ زیرا مؤلفه‌های عامل جسمانی و اضطراب با استفاده از آزمون تی و مؤلفه‌های اجتماعی و افسردگی به علت نرمال نبودن با یو من ویتنی مورد آزمون قرار گرفتند. همان‌طور که قابل مشاهده است در تمامی مؤلفه‌ها و نمره کل تفاوت معنادار است.

مطابق یافته‌های ارائه شده در این جدول به جز متغیر تمایل به فرزندآوری، در سه متغیر دیگر (تمایل به ازدواج، نوع رابطه قبل تولد/هنگام بارداری) تفاوت معناداری بین دو گروه قابل مشاهده است. همان‌گونه که در جدول ۵ قابل مشاهده است، رضایت زناشویی از دیدگاه مادران در دو گروه مورد مطالعه در همه مؤلفه‌ها به غیر از مؤلفه جهت‌گیری مذهبی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. به طور کلی می‌توان گفت که میزان رضایت زناشویی در



جدول ۵ - مقایسه رضایت زناشویی والدین در دو گروه دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

مؤلفه	تعداد فرزندان استثنایی	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
موضوعات شخصیتی	حداقل دو فرزند	۱۱,۹۱۶	۳,۹۸۳	۰,۰۴۶
	بدون فرزند	۱۴,۴۱۸	۴,۱۸۴	
ارتباط زناشویی	حداقل دو فرزند	۱۲,۰۲۰	۳,۹۷۰	۰,۰۰۲
	بدون فرزند	۱۴,۶۷۲	۴,۹۴۰	
حل تعارض	حداقل دو فرزند	۱۴,۷۹۰	۴,۹۴۰	۰,۰۲۳
	بدون فرزند	۱۶,۰۵۰	۳,۵۶۲	
مدیریت مالی	حداقل دو فرزند	۱۱,۳۶۹	۳,۲۶۱	۰,۰۰۴
	بدون فرزند	۱۳,۵۰۸	۴,۰۸۵	
اوقات فراغت	حداقل دو فرزند	۱۰,۷۲۱	۳,۴۸۳	۰,۰۱۵
	بدون فرزند	۱۳,۶۲۲	۳,۵۷۵	
روابط جنسی	حداقل دو فرزند	۱۱,۷۱۹	۲,۱۶۴	۰,۰۴۱
	بدون فرزند	۱۴,۷۳۹	۲,۵۴۲	
ازدواج و فرزندان	حداقل دو فرزند	۱۱,۴۷۵	۴,۷۹۷	۰,۰۰۱
	بدون فرزند	۱۴,۷۰۲	۲,۲۹۳	
اقوام و دوستان	حداقل دو فرزند	۱۲,۰۸۳	۶,۲۴۱	۰,۰۳۷
	بدون فرزند	۱۶,۲۱۲	۲,۸۹۶	
جهت‌گیری‌های مذهبی	حداقل دو فرزند	۱۰,۵۵۹	۳,۹۶۲	۰,۳۶۴
	بدون فرزند	۹,۸۶۹	۳,۶۹۱	
رضایت زناشویی	حداقل دو فرزند	۱۲۲,۵۶۷	۲۹,۳۱۱	۰,۰۳۰
	بدون فرزند	۱۱۰,۵۰۰	۲۱,۷۹۰	

همان‌گونه که در جدول ۵ قابل مشاهده است، رضایت زناشویی از دیدگاه مادران در دو گروه مورد مطالعه در همه مؤلفه‌ها به غیر از مؤلفه جهت‌گیری مذهبی با یکدیگر تفاوت معنا داری دارند. به طور کلی می‌توان گفت که میزان رضایت زناشویی در گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی نسبت به گروه دیگر پایین‌تر است.

جدول ۶ - مقایسه سلامت روان مادران (عامل جسمانی و اضطراب) در دو گروه دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

مؤلفه	تعداد کودک استثنایی	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
عامل جسمانی	حداقل دو فرزند	۲۱,۲۸۵	۲,۰۲۵	۰,۰۳۷
	بدون فرزند	۱۴,۹۴۱	۲,۹۴۱	
اضطراب	حداقل دو فرزند	۲۵,۱۵۷	۲,۸۲۶	۰,۰۴۱
	بدون فرزند	۲۱,۷۷۳	۵,۳۲۶	



بحث

مطابق جدول ۲، ۶۵٫۳۸ درصد مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی بی‌سوادند، در حالی که فقط ۳۰٫۷۷ درصد مادران عادی بی‌سوادند. نکته دیگر اینکه در نمونه مورد مطالعه حتی یک مادر دارای فرزند استثنایی با تحصیلات لیسانس و بالاتر مشاهده نمی‌شود؛ در حالی که ۲۶٫۰۴ درصد مادران کودکان عادی دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند. افزون (۱۳۸۴) در پژوهشی نشان می‌دهد ۲۹٫۰۶ درصد مادران کودکان و نوجوانان استثنایی بی‌سواد بوده و فقط ۲٫۰۵ درصد مادران تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند (۱۱). این یافته‌ها با یافته‌های نصرتی (۱۳۸۵) همسوست (۸).

در این رابطه می‌توان گفت مادران به خاطر نیازهای مراقبتی فراوان فرزندان‌شان گاهی اوقات مجبور می‌شوند تحصیلات خود را ناتمام رها کرده و اوقات خویش را صرف مراقبت از فرزندان‌شان نماید. مادری در این رابطه بیان می‌کند «همسرش با ناامیدی سعی در یادگیری انگلیسی دارد تا اینکه بتواند شغلی نیمه وقت داشته باشد اما مطالعات او دائماً توسط ملاقات‌های بیمارستانی دچار وقفه می‌شود» (۱۲). داورمنش و همکاران (۱۳۷۵) نیز گزارش می‌کنند میزان بی‌سوادی در خانواده‌های دارای فرزند معلول ذهنی بیش از سایر خانواده‌هاست (۱۳).

با توجه به جدول ۲، می‌توان بیان کرد حدود ۳۷/۲ درصد پدران دارای بیش از یک فرزند بی‌سوادند در حالی که هیچ کدام از پدران دارای فرزند عادی بی‌سواد نبودند. از سوی دیگر فقط ۲۰٫۶ درصد پدران دارای بیش از یک فرزند استثنایی دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند. این در حالی است که ۲۳٫۰۸ درصد پدران فرزندان عادی تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند. پایین بودن تحصیلات پدران کودکان استثنایی در پژوهش‌های دیگری نیز به تأیید رسیده است (۸، ۱۴).

با توجه به جدول ۲ می‌توان بیان کرد درصد افراد غیر شاغل (خانه‌دار) در بین مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی بیش از گروه دیگر است (۹۷٫۰۵٪ در مقابل ۷۵٪)؛ نصرتی (۱۳۸۵) و ویسون و ماریکا (۲۰۰۲)، به نقل از بهادری، (۱۳۸۷) نیز به وجود تفاوت در میزان اشتغال مادران فرزندان استثنایی و عادی اشاره کرده‌اند (۵). لاوتون و همکاران (۱۹۹۰) نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به ناتوانی شدید کمتر از والدین جمعیت کلی شاغل هستند (۱۵). در پژوهش وی تنها ۱۵ درصد مادران شاغل بوده‌اند در حالی که در جمعیت عمومی ۶۰ درصد مادران شاغل‌اند. این داده‌ها بیان می‌کند که داشتن بیش از یک کودک استثنایی بر توانایی کار کردن مادران اثر می‌گذارد. مادران مجبورند بیشترین زمان خویش را در خانه مانده و به مراقبت از فرزندان معلول خویش بپردازند. آنها زمان اضافی برای فعالیت

در خارج از خانه ندارند. همچنین طبق یافته دیگر این تحقیق اکثریت این والدین بی‌سواد هستند و سواد یکی از لوازم پیدا کردن شغل در جامعه امروزی محسوب می‌شود. توزر (۱۹۹۹) نیز نشان می‌دهد در نمونه مورد مطالعه وی تنها در صد کمی از والدین دارای چند کودک معلول یکی از والدین مشغول به کار بودند و فقط یکی از مادران به صورت پاره وقت شاغل بود (۱۲). چند تن از والدین قادر به کار کردن نبودند یا احساس کرده بودند که به خاطر بیماری یا آسیب خودشان کار کردن دشوار است. برخی از پدران نیز برای کمک به همسر خویش در امر مراقبت از کودکان معلول مجبور شده بودند که کار خود را ترک کنند. اکثر افرادی که توانسته بودند شاغل بمانند در مشاغل غیر تخصصی مشغول بودند. لاوتون (۱۹۹۷) نیز نشان می‌دهد در صورت اشتغال والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی، آنها در گروه‌های شغلی پایین‌تر استخدام می‌شوند؛ و این امر نشان می‌دهد این والدین به طبقات اجتماعی پایین‌تر اختصاص دارند (۱۶). با این وجود چندین مادر که در مطالعه توزر (۱۹۹۹) شرکت کرده بودند اعتقاد داشتند که آنها مهارت‌های جدیدی را از طریق داشتن کودک معلول گسترش داده‌اند. آنها امیدوار بودند که زمانی این مهارت‌ها را به موقعیت‌های شغلی یا مشاغل جدید گسترش دهند. برای مثال مادری احساس می‌کرد دانشی که او از مشکلات جسمی فرزندش به دست آورده، او را تشویق کرده به عنوان یک معلم تحت آموزش قرار گیرد. مادر دیگری که مدت‌ها پرستاری کودک معلول خود را بر عهده داشت، برنامه‌ریزی کرده تا آموزش پرستاری‌اش را بعد از فوت پسرش کامل کند (۱۲).

با توجه به جدول ۲، می‌توان بیان کرد درصد افراد بیکار در بین پدران دارای بیش از یک فرزند استثنایی ۸۰٫۹ درصد در مقابل ۱۰٫۹ درصد در پدران دارای فرزندان عادی است. همسو با این نتیجه ناصر شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵) گزارش کرده‌اند که نرخ بیکاری پدران در خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی بیش از سایر خانواده‌هاست (۱۳). لاوتون (۱۹۹۷) نشان می‌دهد تنها ۶۰ درصد پدران دارای کودکان مبتلا به ناتوانی شدید شاغل بودند در حالی که این درصد در جمعیت عمومی ۸۸ درصد است. وی بیان می‌دارد در بسیاری از پدرهای دارای بیش از یک کودک استثنایی، عدم توانایی کار کردن به علت داشتن بیماری مزمن یا ناتوانی در خود این پدران است. این موضوع بیان می‌کند مراقبت از بیش از یک کودک استثنایی می‌تواند بر وضعیت سلامتی پدران اثر بگذارد. موانع اشتغال والدین کودکان استثنایی و مخصوصاً والدینی که دارای بیش از یک فرزند استثنایی هستند بی‌پایان به نظر می‌رسد (۱۶).

مطابق جدول ۳، حدود ۷۰ درصد والدین دارای بیش از یک



معاینه‌های لازم جسمانی، مغزی، و بالینی در مورد نوزادان قبل از ترخیص از بیمارستان و ادامه این ارزیابی‌های جامع بالینی در سال‌های اولیه رشد کودک انجام پذیرد. تشکیل پرونده عمومی پزشکی برای همه کودکان و نگه داری سوابق لازم برای ایشان همراه با مراقبت از آنها و آموزش والدین جوان در کشورهای در حال توسعه از اهم مسائل است (۱۱).

مفهوم «مداخله زود هنگام» از جمله مفاهیم و واژه‌هایی است که در سال‌های اخیر وارد حوزه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده است. در واقع مداخله به هنگام عبارت است از توافق بر سر تلاش‌های سیستماتیک و مستمر برای کمک به هنگام به کودکان زیر ۵ سال که از نظر رشدی آسیب پذیر و ناتوان بوده و نیز خانواده‌های آنها در چند دهه گذشته اهمیت مداخله زود هنگام مورد توجه قرار گرفته و سازمان دهی شده است (۱۸)؛ با توجه به اهمیت مداخله زود هنگام و فوایدی که می‌تواند در امر توان بخشی و بازپروری کودکان استثنایی داشته باشد، لزوم تشخیص و آگاهی از نیازهای ویژه کودکان بیش از پیش آشکار می‌شود. مداخله زود هنگام وقتی محقق می‌شود که والدین هر چه زودتر بتوانند تشخیص دهند که فرزندشان استثنایی است و نیازهای ویژه‌ای دارد.

با توجه به جدول ۴، می‌توان گفت روابط ناخوشایند و طرد کننده (سرد و بی تفاوت و یا همراه با دعوا و تشنج)، بین والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی فراوانی قابل توجهی دارد (۱۶،۶۸ درصد قبل از تولد و ۳۵،۴۴ درصد هنگام بارداری) در حالی که تنها دو درصد والدین فرزندان عادی نوع رابطه بین خود را ناخوشایند گزارش کرده‌اند. نصرتی (۱۳۸۵) نیز در پژوهشی نشان می‌دهد شکایات روانی والدین کودکان سندرم داون از یکدیگر بیشتر است (۸). این آمار بیانگر اهمیت روابط والدین در ایجاد شرایط مناسب برای رشد کودک است. در صورتی که روابط زوجین ناخوشایند و طرد کننده و یا سرد و بی تفاوت باشد، هر یک از زوجین احساس تنهایی خواهند کرد. این امر برای مادر باردار که اینک مسئولیت سنگینی بر دوش دارد به مراتب تأثیر منفی بیشتری می‌گذارد. مادر بارداری که همسر خویش را یار و یاور خویش می‌داند و احساس گرمی و صمیمیت با وی می‌نماید، می‌تواند به وی تکیه کرده و با احساس شادی به مراقبت از فرزند خویش بپردازد. اما در مقابل، مادری که رابطه وی با همسرش ناخوشایند است هیچ احساس مثبتی نسبت به خودش، همسرش و فرزندش که قرار است به دنیا بیاید، ندارد. به علاوه با تولد کودک استثنایی نوع رابطه این والدین دچار مشکلات بیشتری می‌شود. ناصر شریعتی و داوورمنش (۱۳۷۵) گزارش می‌کنند حضور کودک عقب مانده ذهنی فضای امن و

فرزند استثنایی (اعم از خویشاوند و غیرخویشاوند)، اطلاعی از مشکلات، نیازها و ویژگی‌های کودکان استثنایی قبل از تولد اولین فرزند نداشته‌اند که این یافته در پژوهش نظری (۱۳۸۷)، بهادری (۱۳۸۶) و نصر آبادی (۱۳۸۷) نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۵،۶،۱۷).

با توجه به جدول ۳ حدود ۵۳ درصد از والدین دارای فرزند استثنایی (اعم از خویشاوند و غیرخویشاوند) هیچ‌گونه آگاهی از عوامل معلولیت زانداشته‌اند. در پژوهش نظری (۱۳۸۷) این رقم حدود ۶۲ درصد، در پژوهش نصر آبادی (۱۳۸۷) حدود ۷۴ درصد گزارش شده و در پژوهش بهادری (۱۳۸۶) نیز عدم آگاهی اکثر والدین از عوامل معلولیت زانداشته‌اند (۵،۶،۱۷).

با توجه به جدول ۳، حدود ۴۳ درصد از والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی حتی پس از تولد اولین کودک استثنایی نیز هیچ‌گونه اطلاعی از ویژگی‌ها و نیازها و مشکلات این افراد نداشتند. در پژوهش نظری این رقم حدود ۴۰ درصد، در پژوهش نصر آبادی ۷۲ درصد و در پژوهش بهادری نیز عدم آگاهی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی در این زمینه مورد تأیید قرار گرفته است.

با توجه به جدول ۳، مشخص می‌شود اغلب والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی قبل از یک سالگی متوجه استثنایی بودن کودک خود شده‌اند. در مورد والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی باید گفت تنها حدود ۱۰،۸ درصد تا پیش از تولد، ۳۶ درصد قبل از یک سالگی، و ۸۸ درصد تا قبل از ورود به مدرسه و ۸۰،۴۳ درصد هنگام ورود به مدرسه متوجه استثنایی بودن فرزند خویش شده‌اند. افروز (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی نشان می‌دهد فقط ۲۴،۰۵ درصد پدران و مادران کودکان استثنایی از شرایط معلولیت کودکان خود به هنگام تولد آگاه شده‌اند (۱۱). در پژوهش نظری (۱۳۸۷) حدود ۵۵ درصد والدین بین یک تا سه سالگی است و در پژوهش نصرآبادی (۱۳۸۷) حدود ۲۴ درصد والدین هنگام ورود به مدرسه و در پژوهش بهادری (۱۳۸۶) بیشتر والدین قبل از دو سالگی از معلولیت کودک خود آگاه شده‌اند (۵،۶،۱۷). عدم آگاهی به هنگام والدین از وضعیت استثنایی فرزند می‌تواند ناشی از کم توجهی کارگزاران بیمارستان‌ها و مسئولان مهدهای کودک، فقر اطلاعات و ضعف دانش عمومی والدین نسبت به این مهم باشد. بدیهی است عدم آگاهی به موقع از وضعیت استثنایی کودک، توسط مسئولان ذی ربط و والدین کودک، فرایند پیشگیری ثانویه را مختل نموده و شرایط معلولیت کودک را مضاعف می‌سازد. از این لحاظ مسئولیت اصلی متوجه مسئولین بیمارستان‌ها، پزشکان و پرستاران می‌شود. از این رو باید



جو عاطفی خانواده را اغلب به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس در ارزیابی به عمل آمده گزارش شده است که این وضعیت را ۵۱٫۴ درصد والدین موجب سردی روابط خانوادگی و ۳۱ درصد موجب کاهش علاقه‌مندی همسران نسبت به یکدیگر می‌دانند (۱۳). با افزایش شدت معلولیت فرزند و تفاوت سن و تحصیلات والدین و مدت ازدواج، علاقه‌مندی همسران به یکدیگر و روابط عاطفی متقابل کاهش بیشتری نشان می‌دهد. بارت و همکاران (۱۹۹۵) با بررسی اثرات حضور کودک کم توان ذهنی بر نوع رابطه والدین دریافتند که والدین این کودکان نسبت به والدین کودکان عادی از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند (۱۹). کم‌توانی ذهنی فرزندان موجب می‌شود که والدین در تعاملات زناشویی به مخالفت و تضاد گرایش بیشتری داشته باشند و حضور این کودکان خواسته‌ها و استرس‌های بیشتری بر خانواده تحمیل می‌کند و موجب کاهش رضایت زناشویی والدین می‌شود (۲۰). به سازگاری زناشویی پایین والدین کودکان عقب مانده ذهنی اشاره می‌کند و ناصر شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵) بیان می‌دارند وجود اختلاف بین همسران در خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی به میزان چشمگیری بیشتر از سایر خانواده‌هاست. به پژوه (۱۳۸۴) نیز نشان می‌دهد والدین کودکان کم توان ذهنی در ابعاد مختلف رضایت زناشویی از جمله ارتباط، حل تعارض، امور مالی، رابطه جنسی، فرزند پروری، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری‌های مذهبی با والدین کودکان عادی تفاوت دارند (۲۱).

در مجموع می‌توان گفت که در خانواده‌های کودکان استثنایی به احتمال بیشتری ازدواج به شکست منجر شده است. نتیجه‌ای که بارها به دست آمده این است که ازدواج با ثبات و رضایت بخش از فشار سازگاری والدین با کودک معلول می‌کاهد (مایرز، ۱۹۸۸؛ به نقل از هورن بی) (۲۲). این نتایج به یافته‌های جدول ۵ همسوست.

با توجه به جدول ۴، می‌توان بیان کرد تمایل به فرزند آوری در بین والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی تفاوت معناداری ندارد. در این رابطه باید گفت والدینی که به صورت ناخواسته صاحب فرزند می‌گردند، آمادگی‌های لازم زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی را برای مراقبت از فرزند و تربیت وی ندارند. تربیت فرزند امری است بسیار مهم و حساس که توجه ویژه والدین را می‌طلبد. در مجموع می‌توان گفت برای پیشگیری از این مسئله می‌بایست به والدین این آگاهی را داد که در صورت عدم تمایل برای فرزند آوری و آماده نبودن شرایط لازم، به وسیله راه‌های پیشگیری از بارداری فرزند آوری خود را

تا زمان ایجاد تمایل به داشتن فرزند، به تعویق اندازند. با توجه به جدول ۶ و جدول ۷، مشخص می‌شود که مادران دو گروه در سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) با یکدیگر تفاوت معنا دار دارند و مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی میزان سلامت روانی پایین‌تری را نسبت به گروه دیگر دارا هستند. نتایج مطالعه شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵) با نتایج این تحقیق همسوست (۱۳).

وجود کودک معلول می‌تواند ضایعات و اثرات جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. در شرایطی که بیش از یک کودک معلول در خانواده وجود داشته باشد شرایط به مراتب سخت‌تر می‌گردد. مادر و پدر ممکن است از داشتن چنین فرزندان به شدت رنج ببرند، و دچار حالاتی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند و آرزوی مرگ داشته باشند. از طرفی روابط سایر فرزندان با یکدیگر ممکن است دچار تزلزل شود. به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگه‌داری، آموزش، و تربیت آنها رو به رو است. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). زندگی اجتماعی بسیاری از خانواده‌هایی که فرزندان معلول دارند معمولاً محدود است. فعالیت‌های اوقات فراغت مثل شرکت در ورزش‌ها و ورزشگاه‌ها و فعالیت‌های خانوادگی مثل دیدار از دوستان، شرکت در گردش‌ها و میهمانی‌های خانوادگی غالباً تحت تأثیر قرار می‌گیرند. بسیاری از خانواده‌ها در استفاده از تسهیلات اجتماعی از جمله گردش در ساحل، حضور در سالن‌های غذا خوری و رفت و آمد با وسایل نقلیه عمومی محدودیت دارند. برای این خانواده‌ها محدودیت‌هایی در انتخاب نوع تعطیلات نیز وجود دارد. هنگامی که کودکان معلول خردسال هستند یا عقب‌ماندگی جسمانی یا مسائل رفتاری در میان است و زمانی که میزان عقب‌ماندگی شدید است، محدودیت اجتماعی به بالاترین حد خود می‌رسد (۲۲).

لاوتون (۱۹۹۷) نیز گزارش می‌کند تعداد کمی از خانواده‌های دارای دو کودک معلول دارای خودرو هستند و تعداد کمی از وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنند. این خانواده‌ها بیان می‌کند محدودیت‌های تحمیل شده به علت تولد دومین کودک مبتلا به ناتوانی بیشتر از خانواده‌های دارای یک کودک مبتلا به ناتوانی والدین را دچار محدودیت‌های اجتماعی می‌کند (۱۶).



خوردن سازگاری اعضای خانواده منجر شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پس رویدادی است، برخی از سئوال‌ات اطلاعاتی را شامل می‌شد که مربوط به چندین سال پیش است. روش انتخاب آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. از آنجا که برای دسترسی به والدین کودکان استثنایی از پرونده‌های تحصیلی کودکان استثنایی در سازمان بهزیستی یا آموزش و پرورش استثنایی استفاده شد، والدین آن دسته از کودکان استثنایی که در خانواده‌ها نگهداری می‌شدند یا در مدارس عادی تحصیل می‌کردند، در این پژوهش حضور نداشتند. خود توصیفی بودن سئوال‌ات پرسشنامه‌ها که ممکن است باعث شود اطلاعات دقیق و قابل اعتمادی از والدین اخذ نشود از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. در مورد برخی از سئوال‌ات اغلب پدر و مادرها میل به پاسخ گویی نبودند. برای مثال در مورد تمایل به فرزند آوری والدین، از آنجا که این سئوال‌ات دارای مسائل فرهنگی خاص خود می‌باشد، امکان سوگیری پاسخ‌ها وجود دارد. گزارش یافته‌های این تحقیق برای تمام والدین دارای کودک استثنایی به شکل کلی ارائه شده است و اقدام به گزارش نتایج تحقیق به تفکیک اینکه والدین کدام یک از گروه‌های استثنایی (عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و...) هستند، نشده است. از آنجا که این تحقیق بر روی والدین کودکان استثنایی و عادی شهرستان ارومیه انجام شده، تعمیم آن به سایر شهرها و جوامع باید با احتیاط صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

پیشگیری و برنامه‌ریزی برای کنترل متغیرهای مورد بحث در تحقیق حاضر شامل زمان آگاهی از معلولیت، میزان تمایل به ازدواج والدین، نوع رابطه والدین قبل از تولد و حین بارداری و نیز سلامت روانی مادر و رضایت زناشویی می‌تواند علاوه بر بهبود وضعیت حاضر این خانواده‌ها، به کاهش بروز چنین خانواده‌هایی کمک نماید.

خانواده‌هایی که کودکان معلول دارند، هزینه‌های بیشتری را نیز متحمل می‌شوند. این هزینه‌ها در اغلب موارد برای مراقبت‌های پزشکی، پوشاک و حمل و نقل است. درآمد خانواده نیز ممکن است کاهش یابد، زیرا پدر یا مادر به دلیل صرف وقت خود در مراقبت از کودک معلول نمی‌توانند در خارج از خانه کار کنند. این امر نیز می‌تواند فشار روانی مضاعفی بر دوش این خانواده‌ها داشته باشد و نگرانی‌های این خانواده‌ها را در مورد زندگی کودک و تأمین هزینه‌های وی دوچندان کند. طبیعی است در چنین شرایطی سلامت روانی والدین تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می‌یابد.

با وجود مطالب ذکر شده گاهی اوقات داشتن کودک معلول می‌تواند عواقب مثبت و سازنده داشته باشد. مثل زمانی که والدینی که دارای کودک معلول هستند، نقش تازه‌ای نسب به چیزهای مهم زندگی‌شان پیدا می‌کنند و تعریف مجددی از مفهوم هدف دارند؛ گاهی اوقات تولد یک کودک ناتوان ممکن است رشد روان شناختی را در اعضای دیگر خانواده موجب شود و بر عملکرد کلی آنها تأثیر بگذارد. با این وجود معمولاً این تأثیرات به شکل منفی بر کیفیت زندگی این والدین تأثیر می‌گذرد. احتمالاً برخی افراد در خانواده دچار بدبینی، خشم، اضطراب، گناه، فشار روانی، ناامیدی و یا افسردگی می‌شوند. هر چند بروز این احساسات تقریباً در تمام خانواده‌ها طبیعی است اما استقامت و قدرت آنها می‌تواند باعث تحمل سازنده و لذت بردن از زندگی شود؛ اما افسردگی و احساس ناامیدی ممکن است از توانایی برای مراقبت مناسب بکاهد و منجر به عواقب منفی برای کودکان گردد (۲۳).

رضایت زناشویی پایین در بین والدین کودکان استثنایی امری قابل تبیین است. معلولیت یکی از فرزندان مانع آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب داشته باشد. زن و شوهر هر کدام خود یا دیگری را مسئول تولد فرزند معلول می‌دانند و مشاجرات خانوادگی از همین جا شروع می‌شود و در نهایت ممکن است به طلاق و جدایی، مشکلات روانی و برهم

منابع:

1. Soleimani M. Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children in rural and township of Urmia. [Tehran]: Tehran University; 2009.
2. Malekpour M, Faraahani H, Aghaei A, Bahrami A. [The effect of life-skills training on mothers stress having mentally retarded and normal children (Persian)]. Research on exceptional children. 2006;6(2):661-76.
3. Sanders J, Morgan S. Family Stress and Adjustment as Perceived by Parents of Children with Autism or Down Syndrome: Implications for Intervention. Child Fam Behav Ther. 1997;19:15-32.
4. Lawenius M. Relations within a Family with a Mentally Handicapped Child. Int J Spec Educ. 1988;3(1):89-96.
5. Bahadori A. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between parents of a deaf child who have more than one exceptional children with parents of one deaf child (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 2008.
6. Nazari S. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 2008.
7. Afrooz GA. [Psychology and rehabilitation of children with Down

- syndrome (Persian)]. Tehran. Tehran university publishing; 2004.
8. Nosrati F. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between Down syndrome children' parents with normal children' parents in Tehran (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 2006.
9. Mahdavian F. [The effect of relationship education on the marital satisfaction and mental health (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Psychiatry Institute of Tehran; 1997.
10. Ameri F, Noorbala AA, Ejei J, Rasoulzadeh Tabatabaie K. [The Effects of the Strategic Family Therapy Intervention on Marital Conflicts (Persian)]. J Psychology. 2003;7(3):218-32.
11. Afrooz GA. [Preventive strategies: A study on handicapping conditions among school age children in Iran (Persian)]. Tehran. Tehran University publishing; 2005.
12. Tozer R. At the Double: Supporting Families With Two or More Severely Disabled Children. National Children's Bureau; 1999.
13. Davarmanesh T, Shariati N. [Effects of mentally handicapped children on family (Persian)]. Tehran. Nashr Publishing; 1996.
14. Raiesvand E. [Comparison between prevalence of consanguineous marriage among normal parents and parents who have exceptional children in Lorestan province (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 1992.
15. Lawton D, Quine L. Patterns of take-up of the Family Fund, the characteristics of eligible non-claimants and the reasons for not claiming. Child Care Health Dev. 1990;16(1):35-53.
16. Lawton D. Complex Numbers Families With More Than One Disabled Child. Heslington, York: Social policy research unit, University of York; 1997.
17. Nasrabadi Z. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 2008.
18. Meisels SJ, Shonkoff JP. Handbook of early childhood intervention. Cambridge University Press; 1990.
19. Barnett B, Duggan AK, Wilson MD, Joffe A. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. Pediatrics. 1995;96(4):659.
20. Masaeli M. [Comparison of stress and marital adjustment between parents of educable mentally retarded and physically disabled children with parents of normal children of Isfahan in range of 7-15 (Persian)]. Thesis for master of science. Isfahan, Isfahan University; 1999.
21. Behpazhouh A, Ramazani F. [Marital satisfaction in parents with mentally handicapped children and parents with typically developing children (Persian)]. J Soc Sci Humanit Shiraz Univ. 2005;22(4):72-81.
22. Hornby G. Counseling in child disability: Skills for working with parents. Nelson Thornes; 1994.
23. Goodman SH, Gotlib IH. Transmission of risk to children of depressed parents: Integration and conclusions. 2002.