MEJDS. 2017; 7:104.
Published online 2018 March. **Research Article**

# A Comparative Study of Mental Health between Fathers of Exceptional Children Suffering from Intellectual Disability, Multiple Disabilities, Physical- Motor Disorder, Visual Impairment and Hearing Impairment and Fathers of Normal Children

Hooshang Zandi[1],*Masoud Gholamali Lavasani[2], Gholamali Afrooz[3], Mohammad Saeed Mardookhi[4]

Author Address
1. PhD student in Psychology and Education of Exceptional children, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Iran;
2. PhD in Educational Psychology, Tehran University, Iran;
3. PhD in Exceptional Psychology, Tehran University, Iran;
4. PhD in Psychology and Education of Exceptional children, Payam Noor University, Karaj, Iran.
***Corresponding Author Address:** Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Jalal Al Ahmad Highway, Tehran, Iran.
**Email:** lavasani@ut.ac.ir

**Received:** 2017 April 29; **Accepted:** 2017 July 8

**Abstract**

**Background & Objective**: The process of child birth is pleasant for parents though it might be accompanied by difficulties and hardships. It should be noted that hope and desire to have a healthy normal baby gives parents a feeling of confidence to accept their own baby. But as soon as they are informed of their baby's disability, all hopes and wishes are gone and problems begin to appear, putting the mental health of parents at risk. The aim of this study is to examine the metal health condition of fathers of exceptional children, namely children with intellectual disability, multiple disabilities, physical- motor disorder, visual of impairment and hearing impairment and fathers of normal children.

**Methods**: This study employed a causal- comparative design. Convenience sampling was used to recruit 530 parents of children with exceptional children and 65 fathers of normal children as the participants in the study. The research tool was General Health Questionnaire (GHQ). Multiple Variable Analysis of Variance (MANOVA) was used to test the research hypotheses. Bonferroni test was used for pairwise comparison of groups and variance-covariance matrix equality assumption was studied using Mbox test.

**Results**: There was no significant difference between five groups under study, namely, fathers of children with intellectual disability, multiple disabilities, physical- motor disorder, visual impairment and hearing impairment) with respect to metal health components (physical symptoms, anxiety and insomnia, social performance, and depression). However, there was a significant difference between fathers of normal children and fathers of children with multiple disabilities regarding physical symptoms component ($p<0.001$). As to physical anxiety and insomnia components, there was a significant difference between fathers of normal children and fathers of children with disabilities ($p<0.001$). There wasn't a significant statistical difference between fathers of normal children and fathers of children with visual impairment regarding physical symptoms and anxiety. With respect to social performance component, there was significant difference between fathers of normal children and fathers of children with intellectual disability, motor-physical disorder, and hearing impairment ($P<0.001$). This is while there wasn't a significant statistical difference between fathers of normal children and fathers of children with multiple disabilities, and visual impairment. With respect to depression component, there was a significant difference between fathers of normal children and fathers of children with intellectual disability, motor-physical disorder, and hearing impairment ($P<0.001$), while difference was not significant between fathers of normal children and fathers of children with multiple disabilities, and visual impairment in this component.

**Conclusion**: Based on the results obtained for this study, mental health was a feature distinguishing fathers of exceptional children and fathers of normal children. Fathers of exceptional children experience and go through more physical disorders, anxiety, social problems and depression, which threaten their mental health.

**Keywords**: Mental Health, Fathers of Exceptional Children, Intellectual Disability, Blind, Deaf, Motor-Physical, Multiple Disabilities.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

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):۱۰۴.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسهٔ سلامت روان پدران دارای دو کودک استثنایی (ناتوانی هوشی، چندمعلولیتی، جسمی‌حرکتی، نابینا و ناشنوا) با پدران کودکان عادی

هوشنگ زندی[۱]، *مسعود غلامعلی لواسانی[۲]، غلامعلی افروز[۳]، محمد سعید مردوخی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران؛

۴. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه پیام نور، واحد کرج، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران بزرگراه جلال آل احمد، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تهران.

***رایانامه:** lavasani@ut.ac.ir

**تاریخ دریافت:** ۹اردیبهشت ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ تیرماه۱۳۹۷

**چکیده**

**هدف:** با تولد کودکی که دچار معلولیت است والدین نمی‌توانند انتظاراتی را که از یک کودک عادی دارند، از او داشته باشند. واکنش‌های والدین به تولد، به اثرات و معنایی که کودک برای آن‌ها دارد، وابسته است. هدف از تحقیق حاضر بررسی وضعیت سلامت روان پدران کودکان استثنایی و پدران کودکان عادی بود.

**روش‌بررسی:** روش این تحقیق پس‌رویدادی (علی‌مقایسه‌ای) بود. آزمودنی‌های این پژوهش متشکل از ۵۳۰ نفر از پدران کودکان استثنایی بودند که به‌طور تمام شمارش (سرشماری) انتخاب شدند. در این تحقیق ۶۵ نفر از پدران کودکان عادی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار به‌کار رفته، مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ) بود. از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه پدران دارای کودکان استثنایی و پدران کودکان عادی استفاده شد. از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد که بین گروه‌های مختلف پدران کودکان استثنایی تفاوت معناداری در مؤلفه‌های سلامت روان وجود نداشت. در مؤلفهٔ علائم جسمانی و اضطراب بین پدران کودکان عادی با چندمعلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی و ناشنوا تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). در مؤلفهٔ کارکرد اجتماعی و افسردگی بین پدران کودکان عادی با ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی و ناشنوا نیز تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده گردید ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** پدران کودکان استثنایی، اختلالات جسمانی، اضطراب، اختلال اجتماعی و افسردگی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند و این امر سلامت روان پدران را تهدید می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، ناتوانی هوشی، نابینا، ناشنوا، جسمی‌حرکتی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

## ۱ مقدمه

تولد یک کودک بر پویایی خانواده تأثیر مهمی دارد زیرا اعضای خانواده باید تغییراتی را در جهت سازگاری با عضو جدید پیدا کنند. این مسئله وقتی تشدید و حاد می‌شود که کودک متولدشده به‌لحاظ توانمندی‌های شناختی یا جسمی در قیاس با سایر کودکان توانمندی کمتری دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تولد یک کودک استثنایی همهٔ رؤیاهای خانواده را در داشتن فرزند سالم و طبیعی از بین می‌برد و آن‌ها را دچار شوک روانی می‌کند (۱). تولد چنین کودکی سازگاری اعضای خانواده را درهم ریخته و باعث برانگیختن احساسات منفی و متضاد در اعضای خانواده می‌شود. مشکلات کودکان استثنایی می‌تواند بر والدین و کارکرد خانواده از نظر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی تأثیر منفی بگذارد (۲).

اولسون و هاوانگ به این نتایج رسیدند که والدین کودکان مبتلا به آسیب بینایی در مقایسه با والدین کودکان عادی به‌ویژه در حوزه‌هایی که کودکان معلولیت متعدد دارند تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۳). امرسون بیان می‌کند که والدین دارای فرزند روان‌گسسته، اضطراب بیشتری در مقایسه با سایر گروه‌ها تجربه می‌کنند (۵). چن و تانگ در پژوهشی بر روی ۳۰ مادر چینی که صاحب فرزند کم‌توان ذهنی بودند نشان دادند که برنامه‌ریزی برای آینده و مشکلات رفتاری کودکان مهم‌ترین منبع استرس برای مادران بود (۶). آلیک و همکاران گزارش کردند، خانواده‌هایی که دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند از لحاظ اقتصادی در سطوح پایین‌تری قرار دارند. در بین والدین دارای چنین کودکانی مشکلات سلامت روانی با متغیرهایی همچون داشتن فرزند پسر، تجربهٔ بیش از یک حادثهٔ استرس‌زا، فقر و کارکرد خانوادگی نا سالم مرتبط است (۷). همچنین ۴۲ درصد از این مادران دارای اضطراب هستند (۸). میچل و همکاران گزارش کرده‌اند که والدین کودکان معلول از سطح سلامت کمتر و اضطراب بیشتری رنج می‌برند (۹). لاوتون در پژوهشی به این نتیجه رسید که پدران بیش از یک فرزند استثنایی، درقیاس با والدین دارای فرزند عادی، بیشتر به اختلالات و بیماری‌های جسمی و روانی مبتلا می‌شوند (۱۰). اسمیت و اولیور در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فشار روانی پدران کودکان سندرم داون، بیش از پدران کودکان عادی و کمتر از پدران کودکان درخودمانده است (۱۱).

اولسون و هاوانگ در پژوهشی بر روی ۵۹ خانوادهٔ دارای فرزند با ناتوانی رشدی و ۴۵ خانوادهٔ دارای فرزند عادی دریافتند که مادران و پدران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی‌های رشدی دارای استرس بالایی هستند. ۸۴درصد این مادران و ۶۷درصد این پدران دارای استرس در حد بالینی بودند. هی مان با پژوهشی بر روی ۱۳۶ مادر و ۱۰۸ پدر که فرزندانشان دارای اختلالات نادری بودند نشان داد که این والدین دارای استرس و فرسودگی بیشتر عاطفی و جسمی هستند. همچنین والدین که تمام وقت شاغل بودند درجات کمتری از استرس و فرسودگی را نشان دادند (۱۲). کمپ و همکاران بیان می‌دارند، پدران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی بیشتر از بابت مخارج نگهداری کودک دچار استرس می‌شوند و مادران بیشتر به خاطر نگهداری از چنین فرزندانی استرس را تجربه می‌کنند (۱۳).

در پژوهش افروز و هاشمی رزینی، محققین به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد مختلف سلامت روانی کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی در ابعاد مختلف افسردگی، اضطراب، وسواس اجباری، پرخاشگری و حساسیت بین فردی تفاوت معناداری وجود دارد. ولی در ابعاد شکایات جسمانی، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی در بین والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی تفاوت معنادار نبود (۱۴). یعقوبی در پژوهشی به این نتیجه رسید که میزان تعاملات روانی‌اجتماعی پدران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از میزان تعاملات روانی‌اجتماعی مادران کودکان کم‌توان ذهنی است (۱۵). محمدی دادخواه در پژوهشی به این نتیجه رسید که ۶۸ درصد مادران و ۵۵ درصد از پدران کودکان کم‌توان ذهنی از اختلالات روانی رنج می‌برند (۱۶). براساس تحقیقات افروز تعداد تقریبی کودکان و نوجوانان استثنایی یعنی افرادی که تفاوت چشمگیری از نظر جسمی، حسی، حرکتی و ذهنی با همسالان خود دارند و نمی‌توانند به نحو شایسته از آموزش‌وپرورش عادی بهرمند شوند و نیازمند خدمات ویژه‌ای هستند، در جوامع مختلف حدود ۱۲ تا ۱۸ درصد اعلام شده است (۱۷). درمجموع حضور فرزند یا فرزندان معلول در خانواده می‌تواند منجر به آسیب‌های جدی روانی و اجتماعی در خانواده شود علیرغم اینکه محققین در طی سال‌های اخیر توجه زیادی به سلامت روان مادران کودکان استثنایی کرده‌اند ولی متأسفانه شرایط و نیازهای پدران کودکان استثنایی، به‌میزان زیادی نادیده گرفته شده است. اگرچه در کشورهای دیگر تا حدی به این امر پرداخته‌اند ولی در ایران هنوز تحقیقات منسجمی که وضعیت سلامت روان پدران را بررسی کرده باشد وجود ندارد. با توجه به مطالب ارائه‌شده و پیشینه، هدف کلی پژوهش حاضر مقایسهٔ سلامت روان در پدران کودکان استثنایی و پدران کودکان عادی است.

## ۲ روش بررسی

روش این تحقیق توصیفی از نوع (علی‌ـ مقایسه‌ای) بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی پدران دارای دو کودک استثنایی و پدران دارای دو کودک سالم در استان کردستان بودند و حجم نمونه شامل ۵۳۰ نفر از پدران کودکان استثنایی (ناتوانی هوشی ۲۰۳، چند معلولیتی ۹۸، جسمی‌حرکتی ۹۴، آسیب شنوایی ۷۵ و آسیب بینایی ۶۰ نفر) که در مراکز بهزیستی استان کردستان دارای پرونده و دارای دو کودک استثنایی بودند و ۶۵ نفر از پدران دارای دو کودک عادی استان کردستان بود. برای انتخاب پدران گروه‌های کودکان استثنایی از روش تمام‌شماری (سرشماری) استفاده گردید. بدین‌ترتیب که تمام خانواده‌های دارای دو فرزند استثنایی و بالاتر که در سازمان بهزیستی استان کردستان دارای پرونده بودند مشخص شد و به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه پدران دارای دو کودک عادی از والدین کودکان عادی که در نزدیکی محل زندگی افراد استثنایی بودند و دارای ۲ کودک عادی، دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات بیسواد تا دیپلم بودند، به روش جامعه دردسترس نمونه‌گیری و انتخاب شدند. در مرحلهٔ بعد با آن‌ها هماهنگی‌های لازم برای ملاقات گذاشته شد و در مرحلهٔ بعد با مراجعه به درب منزل پرسشنامه‌ها تکمیل و جمع‌آوری شدند.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

ابزار پژوهش: در این پژوهش به‌منظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت روان و ارزیابی علائم روانی آن‌ها از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ-28) که پرسشنامهٔ سرندی مبتنی‌بر روش خودگزارش‌دهی است و در نظام‌های بالینی برای شناسایی افرادی است که دارای یک اختلال روانی‌اند، استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط کلدبرگ ساخته شد و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کار برده شده است این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است. نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی . از مجموع نمرات نیز یک نمرهٔ کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیرمقیاس براساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است.

نحوهٔ نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو و سه نمره تعلق می‌گیرد. نمرات آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها به‌صورت جداگانه مشخص شده و در زیر ورقه نوشته می‌شوند و پس از آن، نمرات چهار زیرمقیاس را جمع کرده و نمرهٔ کل را به دست می‌آوریم. نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد. ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۷۲ و برای زیرمقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنشی‌وری اجتماعی و افسردگی به‌ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد. روایی همزمان کل پرسشنامه براساس همبستگی با آزمون میدلکس ۰/۵۵ و روایی همزمان زیرمقیاس‌های مذکور با آزمون میدلکس نیز به‌ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ است که همگی معنادار بوده‌اند. وارسی انسجام درونی پرسشنامهٔ سلامت روانی به‌طور کلی ۰/۸۹ و در خردهمقیاس‌های آن به‌ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ بوده است. در پژوهش‌هایی که در ایران توسط هومن (۱۳۷۶) انجام شده است آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پرسشنامه ۰/۹۱ و ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامهٔ مشکلات زندگی ۰/۵۸ محاسبه شده است (۱۸).

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۹، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه پدران دارای کودکان استثنایی و پدران کودکان عادی استفاده شد. از آزمون بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ دوتایی گروه‌ها استفاده گردید و مفروضهٔ یکسانی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس بررسی شد. رعایت نکات اخلاقی بخشی از هر پژوهش است؛ در این پژوهش نیز سعی شده نکات اخلاقی مانند کسب مجوز از سازمان‌های ذیربط، پاسخ‌دادن پدران کودکان استثنایی به تمامی سؤالات پرسشنامه با رضایت کامل و محرمانه‌ماندن اطلاعات رعایت شود.

## ۳ یافته‌ها

از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه پدران دارای کودکان استثنایی ( ناتوانی هوشی، چندمعلولیتی، جسمی‌حرکتی، آسیب شنوایی و آسیب بینایی) و پدران کودکان عادی از نظر مؤلفه‌های سلامت روانی استفاده گردید. مفروضهٔ یکسانی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس بررسی شد ($F=۲/۵۳$، $p\leq۰/۰۱$) که به لحاظ آماری معنادار بود.

جدول ۱. مقایسهٔ مؤلفه‌های سلامت روان پدران کودکان استثنایی و عادی به همراه نتیجه تحلیل واریانس

| مقیاس | | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| علائم جسمانی | استثنایی | چندمعلولیتی | ۹۸ | ۶/۹۴ | ۳/۲۶ | ۵/۱۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲۰۳ | ۶/۵۸ | ۳/۴۹ | | | |
| | | جسمی حرکتی | ۹۴ | ۶/۳۴ | ۳/۰۵ | | | |
| | | آسیب بینایی و نابینا | ۶۰ | ۶/۱۸ | ۲/۹۵ | | | |
| | | ناشنوا و آسیب | ۷۵ | ۶/۷۶ | ۳/۷۰ | | | |
| | عادی | | ۶۵ | ۴/۵۲ | ۲/۸۰ | | | |
| اضطراب و کم‌خوابی | استثنایی | چندمعلولیتی | ۹۸ | ۷/۵۹ | ۳/۶۸ | ۵/۷۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۵ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲۰۳ | ۷/۸۶ | ۴/۴۴ | | | |
| | | جسمی حرکتی | ۹۴ | ۶/۶۷ | ۳/۴۰ | | | |
| | | آسیب بینایی و نابینا | ۶۰ | ۶/۳۵ | ۳/۸۳ | | | |
| | | ناشنوا و آسیب | ۷۵ | ۷/۴۲ | ۴/۲۱ | | | |
| | عادی | | ۶۵ | ۵/۱۰ | ۳/۴۱ | | | |
| کارکرد اجتماعی | استثنایی | چندمعلولیتی | ۹۸ | ۸/۹۵ | ۳/۳۶ | ۶/۷۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۵ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲۰۳ | ۸/۱۴ | ۳/۱۰ | | | |
| | | جسمی حرکتی | ۹۴ | ۷/۷۴ | ۳/۲۶ | | | |
| | | آسیب بینایی و نابینا | ۶۰ | ۸/۲۶ | ۳/۸۳ | | | |
| | | ناشنوا و آسیب | ۷۵ | ۷/۰۸ | ۳/۰۵ | | | |



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | عادی | | ۶۵ | ۹/۹۳ | ۳/۳۷ | | |
| علائم افسردگی | استثنایی | چندمعلولیتی | ۹۸ | ۲/۸۹ | ۳/۲۶ | ۸/۸۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۷ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲۰۳ | ۴/۷۶ | ۴/۷۳ | | | |
| | | جسمی حرکتی | ۹۴ | ۴/۶۳ | ۴/۳۰ | | | |
| | | آسیب بینایی و نابینا | ۶۰ | ۳/۲۰ | ۳/۸۳ | | | |
| | | ناشنوا و آسیب | ۷۵ | ۴/۸۹ | ۴/۵۱ | | | |
| | عادی | | ۶۵ | ۱/۵۳ | ۲/۹۵ | | |

نتایج بررسی اثر متغیر گروه (پدران کودکان چند معلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی و عادی) با استفاده از آماره لاندای ویلکز روی ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت روانی حاکی از وجود اثر معنادار گروه ($\eta^2$=۰/۰۴۰؛ $p$<۰/۰۰۱؛ F=۴/۸۷) است.

جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های کودکان استثنایی و فرزندان پدران عادی در هر یک از زیر مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. براساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر گروه در جدول ۱ می‌توان گفت که بین گروه‌های پدران کودکان چندمعلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی با پدران کودکان عادی در نمرهٔ اصلی آزمون و شاخص علائم جسمانی ($p$<۰/۰۰۱، F=۵/۰۹)، اضطراب و کم‌خوابی ($p$<۰/۰۰۱، F=۵/۷۵)، کارکرد اجتماعی ($p$<۰/۰۰۱، F=۶/۷۷) و علائم افسردگی ($p$<۰/۰۰۱، F=۸/۸۲) به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده شد.

جدول ۲. آزمون بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ دوتایی گروه‌ها

| متغیر وابسته | گروه نرمال | گروه از نظر نوع معلولیت | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | مقدار $p$ |
|---|---|---|---|---|---|
| علائم جسمانی | پدران کودکان عادی | چند معلولیتی | ۲/۴۲-* | ۰/۵۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲/۰۶-* | ۰/۴۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | جسمی حرکتی | ۱/۸۱-* | ۰/۵۳ | ۰/۰۱ |
| | | نابینا و آسیب بینایی | ۱/۶۶- | ۰/۵۹ | ۰/۰۷۶ |
| | | ناشنوا و آسیب شنوایی | ۲/۲۴-* | ۰/۵۵ | <۰/۰۰۱ |
| کم خوابی و اضطراب | پدران کودکان عادی | چند معلولیتی | ۲/۴۸-* | ۰/۶۳ | ۰/۰۰۲ |
| | | ناتوانی هوشی | ۲/۷۵-* | ۰/۵۶ | <۰/۰۰۱ |
| | | جسمی حرکتی | ۲/۵۶-* | ۰/۶۴ | <۰/۰۰۱ |
| | | نابینا و آسیب بینایی | ۱/۲۴- | ۰/۷۱ | ۰/۹۹ |
| | | ناشنوا و آسیب شنوایی | ۲/۳۱-* | ۰/۶۷ | ۰/۰۰۹ |
| اجتماعی کارکرد علائم | پدران کودکان عادی | چند معلولیتی | ۰/۹۷ | ۰/۵۲ | ۰/۹۲۸ |
| | | ناتوانی هوشی | ۱/۷۹* | ۰/۴۶ | ۰/۰۰۲ |
| | | جسمی حرکتی | ۲/۱۹* | ۰/۵۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | نابینا و آسیب بینایی | ۱/۶۷ | ۰/۵۸ | ۰/۰۶۷ |
| | | ناشنوا و آسیب شنوایی | ۲/۸۵* | ۰/۵۵ | <۰/۰۰۱ |
| علائم افسردگی | پدران کودکان عادی | چند معلولیتی | ۱/۳۶- | ۰/۶۶ | ۰/۶۲۷ |
| | | ناتوانی هوشی | ۳/۲۲-* | ۰/۵۹ | <۰/۰۰۱ |
| | | جسمی حرکتی | ۳/۱۰-* | ۰/۶۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | نابینا و آسیب بینایی | ۱/۶۶- | ۰/۷۴ | ۰/۳۹۴ |
| | | ناشنوا و آسیب شنوایی | ۳/۳۵-* | ۰/۷۱ | <۰/۰۰۱ |

بر اساس نتایج آماره لاندای ویلکز جهت بررسی اثر متغیر گروه (پدران کودکان چند معلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی و عادی) بر روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی حاکی از وجود تفاوت معنادار گروه‌ها ($\eta^2$=۰/۰۴۰؛ $p$<۰/۰۰۱؛ F=۴/۸۷) بود. جهت بررسی اثر گروه در هر یک از زیرمقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره استفاده



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

شد.
نتایج آزمون بونفرونی حاکی از آن بود که در زیر مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی،کارکرد اجتماعی و افسردگی بین ۵ گروه پدران کودکان استثنایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد. در زیرمقیاس علائم جسمانی و اضطراب و کم‌خوابی بین پدران کودکان عادی با چندمعلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). درحالی‌که بین پدران عادی با نابینا و آسیب بینایی در زیرمقیاس علائم جسمانی و اضطراب و کم‌خوابی تفاوت معناداری به‌لحاظ آماری مشاهده نشد.
در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی و افسردگی بین پدران کودکان عادی با ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). درحالی‌که بین پدران عادی با چندمعلولیتی، نابینا و آسیب بینایی، در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی و افسردگی به‌لحاظ آماری تفاوت معنادار نشد.

## ۴ بحث

نتایج آزمون بونفرونی حاکی از آن بود که بین ۵ گروه پدران کودکان استثنایی در زیر مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد؛ که عدم تفاوت در این گروه‌ها را می‌توان به‌علت مشکلات مشابه در این پدران دانست که باعث شده میانگین این گروه‌ها تفاوت معناداری با هم نداشته باشد. در زیرمقیاس علائم جسمانی بین پدران کودکان عادی با چندمعلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی حرکتی، ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های افروز و هاشمی رزینی (۱۴) که به این نتیجه رسیدند، پدران بیش از یک فرزند استثنایی بیش از پدران دارای فرزند عادی به اختلالات و بیماری‌های جسمی مبتلا می‌شوند همسو ست. همچنین با نتایج پارک برگ و همکاران (۱۹) و لاوتون (۱۰) همسوست، ایشان به این نتیجه رسیدند که پدران کودکان استثنایی اختلالات جسمانی بیشتری را در مقایسه با پدران کودکان عادی از خود نشان می‌دهند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین پدران عادی با گروه پدران دارای فرزند نابینا و آسیب بینایی در زیرمقیاس علائم جسمانی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد.
اینکه چرا بین پدران کودکان عادی با پدران کودکان نابینا تفاوتی ملاحظه نشد پارک برگ و همکاران (۱۹) بیان می‌کنند که عوامل زیادی با سلامت جسمی پدران مرتبط است که کنترل همهٔ این متغیرها مشکل است: اشتغال تمام‌وقت یا پاره‌وقت پدر، داشتن یک ازدواج موفق و داشتن استرس‌های کمتر در طول روز. لاوتون (۱۰) بیان می‌کند عدم تفاوت بین پدران کودکان نابینا و پدران کودکان عادی می‌تواند ناشی از این باشد که کودکان نابینا از سطح هوش بهتر، امکانات آموزشی مناسب‌تر و خدمات توانبخشی بهتر درقیاس با سایر گروه‌های استثنایی برخوردارند؛ این کودکان چون قادر به انجام بیشتر کارهای خود در فرآیند رشد هستند، امکان اینکه شغل و زندگی مستقلی در مقایسه با سایر کودکان استثنایی به دست آورند بیشتر است؛ بنابراین والدین آن‌ها از سلامت جسمانی بهتری برخوردارند.
در زیرمقیاس اضطراب و کم‌خوابی بین پدران کودکان عادی با چندمعلولیتی، ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد. این نتیجه همسو با یافته‌های محمدی دادخواه (۱۶) و افروز و هاشمی رزینی (۱۴) و نصیری (۲۰) است که بیان می‌دارند پدران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی بیشتر از بابت مخارج نگهداری کودک دچار استرس می‌شوند و مادران بیشتر به خاطر نگهداری از چنین فرزندانی استرس را تجربه می‌کنند. همچنین با نتایج دوما و همکاران (۲۱)، اولسون و هانگ (۳) و کمپ و همکاران (۱۳) همسوست. در تبیین این نتیجه باید گفت که مهمترین مسئله و شاید از مسائل بسیار مشکل‌آفرین مربوط به یک کودک استثنایی در خانواده، بُعد تربیتی آن باشد که بیشترین بار تربیتی این مسئله اگرچه بر عهدهٔ مادر است، ولی وجود کودک معلول از هر گروه می‌تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش پدران باشد و در نتیجه ممکن است باعث مداخلات پدر در این زمینه شود. بسیاری از پدران کودکان استثنایی به‌خاطر کمک به مادران و سایر فرزندان در زمینهٔ نگهداری و کنترل رفتارهای ناهنجار تحت فشار و کمبود وقت برای رسیدگی به مسائل شخصی و سایر فرزندان هستند. دوما و همکاران (۲۱) بیان می‌کنند از عوامل بسیار مهمی که باعث ایجاد اضطراب و اختلال در خواب پدران می‌شود مشکلات مربوط به هزینه‌های توان‌بخشی، دارو و سایر هزینه‌ها برای تأمین مخارج کودک معلول می‌شود. علاوه‌براین اضطراب ناشی از نادیده‌گرفتن سایر فرزندان در خانواده پدران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث اضطراب و اختلال در خواب می‌شود .
در تبیین کم بودن اضطراب و کم‌خوابی در پدران کودکان نابینا در مقایسه با کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی، ناشنوا و چندمعلولیتی، ارجمندنیا و افروز (۱۲) اظهار می‌کند باید به این نکته توجه کرد که پدران کودکان نابینا ممکن است به دلیل اینکه مشکلات این کودکان درزمینهٔ مسائل آموزشی و تربیتی، انجام کارهای شخصی توسط خودشان و وجود هوشبهر طبیعی و نگرش مثبت‌تر فرهنگ جامعه به این کودکان و در نتیجه پیشرفت تحصیلی مناسب‌تر در مقایسه با کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی، ناشنوا و چندمعلولیتی از اضطراب کمتری درقیاس با سایر گروه‌های کودکان استثنایی برخوردار باشند و با کودکان عادی تفاوت معناداری نداشته باشند.
در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی بین پدران کودکان عادی با ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد. در حالی‌که بین پدران عادی با چندمعلولیتی، نابینا و آسیب بینایی، تفاوت معناداری به لحاظ آماری نداشتند.
این یافته‌ها همسو با یافته‌های، یعقوبی (۱۵) افروز و هاشمی رزینی (۱۴) است. آسیب شنوایی، ناتوانی هوشی و اختلالات جسمی‌حرکتی از جمله اختلالاتی است که با استرس‌های فراوان بر خانواده همراه است. این استرس در تمام طول زندگی ادامه دارد و در هر مقطع که کودک وارد مرحله جدید از زندگی می‌شود استرس‌های والدین بار دیگر افزایش می‌یابد و بر کارکرد اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

(۲۲).

علاوه‌براین شدت ناتوانی کودک با کارکرد اجتماعی پدران رابطه دارد، شدت معلولیت کودک با سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی پدران ارتباط دارد.معلولیت بیشتر با کاهش سلامت جسمی و کارکرد اجتماعی مرتبط است. کودکان دارای معلولیت، بیشتر به مراقبت های مداوم و گسترده نیاز دارند و زمان بیشتری را صرف برآورده کردن نیازهای کودک معلول خود می کنند و بیشتر از پداران کودکان عادی به دردهای مزمن و اختلالات اجتماعی گرفتار می شوند. زیدمن (۲۳) در این رابطه اظهار می‌کند که عوامل غیر قابل اجتنابی در برابر فعالیت ها و اهداف خانواده موانعی را بوجود می‌آورند، این عوامل شامل مشکلات عمومی هستند که با فعالیت های تفریحی، فرصت‌های شغلی و فعالیت‌های مربوط به سازمان خانواده مرتبط هستند، واکنش‌های منفی که پدران از دوستان و همسایگان مشاهده می‌کنند و همچنین خجالت و احساس شرم پدران به‌خاطر فرزند معلولشان و همچنین ترس از حوادث و تصادفات نیز می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی پدران شود.

در ارتباط با نبود اختلاف معنادار با پدران کودکان نابینا و چندمعلولیتی ارجمندنیا و افروز (۱۲) به این نکته اشاره می‌کند که عوامل بیشماری از جمله میزان درآمد خانواده، میزان تحصیلات والدین، شدت معلولیت کودک، راهبردهای مقابله‌ای، سن کودک، سن پدران و نگرش والدین می‌تواند در سلامت روان آن‌ها مؤثر باشد.

براساس یافته‌های پژوهش در زیرمقیاس افسردگی بین پدران کودکان عادی با ناتوانی هوشی، جسمی‌حرکتی و ناشنوا و آسیب شنوایی تفاوت معناداری به‌لحاظ آماری مشاهده شد. نتایج این تحقیق همسو با یافته‌های محمدی دادخواه (۱۶) نصیری (۲۰) افروز و هاشمی رزینی (۱۴) است که بیان می‌کند تولد کودک معلول همانند سایر حوادث غیرمترقبهٔ نامطبوع زندگی، بهزیستی خانواده را تحت تأثیر قرار داده، آن را مختل می‌کند و باعث ایجاد اختلالات روانی بسیاری همچون افسردگی در اعضای خانواده می‌شود. همچنین همسو با یافته‌های اولسون و هاوانگ (۳) است که افسردگی را در این پدران بیشتر از پدران کودکان عادی برآورد کرده‌اند.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد سلامت روان پدران دارای کودکان استثنایی در مقایسه با پدران کودکان عادی در حد کمتری قرار دارد، بنابراین وجود کودکان استثنایی باعث افزایش اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و بیماری‌های جسمانی در پدران کودکان استثنایی می‌شود؛ لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که توجه به نیازها و فراهم کردن خدمات و امکانات برای رفع این نیازها و مشکلات و آموزش‌های مختلف به این گروه می‌تواند موجب افزایش سلامت روان در آنان شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت توان‌بخشی بهزیستی استان کردستان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند و اساتید ارجمند دانشگاه تهران که در انجام این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1. Birashk, B. Divorce & Separation, stress on family events. [Tehran]: Iran Mesdical Science University; symposia stress, the corporate sector section,1990. [Persian] [Link]
2. Nosrati F. Comparison biological, cognitive, Psychology and sociology characteristics of parents with normal children in Tehran city [MA Thesis]. [Tehran]: Tehran University; 2006,p:43-56. [Persian][link]
3. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. Journal of intellectual disability research. 2001 Dec;45(6):535-43.[link]
4. Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, Rabinowitz J, Shulman C, Malaspina D, Lubin G, Knobler HY. Advancing paternal age and autism. Archives of general psychiatry. 2006 Sep 1;63(9):1026-32.[link]
5. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. Journal of Intellectual Disability Research. 2003 May;47(4-5):385-99.[link]
6. Chen TY, Tang CS. Stress appraisal and social support of Chinese mothers of adult children with mental retardation. American journal of mental retardation: AJMR. 1997 Mar;101(5):473-82.[link]
7. Allik H, Larsson JO, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. Health and quality of life outcomes. 2006 Dec;4(1):1. [link]
8. Waisbren SE, Noel K, Fahrbach K, Cella C, Frame D, Dorenbaum A, Levy H. Phenylalanine blood levels and clinical outcomes in phenylketonuria: a systematic literature review and meta-analysis. Molecular genetics and metabolism. 2007 Oct 31;92(1):63-70.[link]
9. Mitchell SJ, Hilliard ME, Mednick L, Henderson C, Cogen FR, Streisand R. Stress among fathers of young children with type 1 diabetes. Families, Systems, & Health. 2009 Dec;27(4):314-27.[link]



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]

10. Lawton D. Complex numbers: families with more than one disabled child. White Rose University Consortium; Social Policy Reports, 1998. [link]
11. Smith TB, Oliver MN, Innocenti MS. Parenting stress in families of children with disabilities. American journal of orthopsychiatry. 2001 Apr;71(2):257-61. .[link]
12. Heaman DJ. Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: a comparison of mothers with fathers. Journal of pediatric nursing. 1995 Oct 1;10(5):311-20. [link]
13. Kemp AH, Hopkinson PJ, Stephan BC, Clark CR, Gordon E, Bryant RA, et al. Predicting severity of non-clinical depression: Preliminary findings using an integrated approach. Journal of integrative neuroscience. 2006 Mar;5(01):89-110. [link]
14. Afrooz GH, Hashemi Zarin H. Compare the satisfaction of married parents of children with cerebral palsy and parents of normal children. Journal Psychological Science. 2006; 5(20):318-36. [Persian][Link]
15. Yaghoubi A. Parents of children mentally retarded psycho-social issues [MSc Thesis (unpublished)]. [Tehran]: Allameh Tabataba'i University; 1992. [Persian]
16. Mohammadi M, Dadkhah B. Compare psychological and social problems likely to cover parents of children mentally retarded in 2001. Rehabilitation Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2001; 1(3):200-6. [Persian][Link]
17. Arjmandnia A, Afrooz GH, Sadati S. Main causes of disabilities in school age children and adolescents urban areas and rural in Iran. J Psychol Educat. 2012; 39: 203-17. [Persian]
18. Abbas H. Standards and standardization of public health questionnaire on teacher training university undergraduates [Thesis]. [Tehran]: Institute for Educational Research; Tarbiat Modarres University, 1996. [Persian]
19. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. Journal of psychosomatic research. 1995 Jul 1;39(5):563-95. [link]
20. Nasiri M. Mental health during pregnancy and childbirth. [Tehran]: Publication human; 2000. [Persian]
21. Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN, Culligan A. Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. Exceptionality: A Special Education Journal. 1991 Jan 1;2(2):97-110. [link]
22. Cherry DB. Stress and coping in families with ill or disabled children: Application of a model to pediatric therapy. Physical & occupational therapy in pediatrics. 1989 Jan 1;9(2):11-32. [link]
23. Zaidman-Zait A. Parenting a child with a cochlear implant: A critical incident study. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2007 Jan 20;12(2):221-41. [link]

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.87.5 ]