



Self-restraint, Frustration Tolerance, and Coping Abilities in the Parents of Children with Mental Retardation and Physical Disabilities

Mina Abbasi ¹, Ali Shaker Dioulagh ^{2,*}

¹ M.A, Department of Psychology, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

* **Corresponding author:** Ali Shaker Dioulagh, Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. E-mail: ali.shaker2000@gmail.com

Received: 08 Nov 2016

Accepted: 09 Feb 2018

Abstract

Introduction: Parents show different reactions toward birth of a child with mental retardation or physical disabilities. The current study aimed at evaluating self-restraint, frustration tolerance, and coping abilities in the parents of children with mental retardation or physical disabilities.

Methods: The current descriptive, casual-comparative study was conducted in spring 2016 in Naqadeh, Iran. The study population included all the parents of children with mental or physical disorders of which 200 parent were selected using the convenience sampling method. The frustration discomfort scale (Harington,2005), parental coping patterns in the care of the chronically ill child (Hamilton et al.), and the self-restraint scale (Weinberg & Schwartz;1991) were used as data collection tools; data were expressed as mean and standard deviation using multivariate analysis tests.

Results: The findings of the current study indicated a significant difference between the groups of children with mental retardation and physical disability in terms of total self-restraint score by 0.01 ($P < 0.05$). Also, there was a significant difference between the groups in terms of the parental coping patterns by 0.007 ($P < 0.05$). But, no significant difference was observed between the groups regarding the frustration tolerance by 0.37 ($P < 0.05$).

Conclusions: It tooks longer time in the parents of children with mental retardation to cope with their children disorders, compared with the parents of children with physical disabilities; hence, increased self-restraint and improved frustration tolerance can significantly affect the spiritual health of parents of children with mental retardations.

Keywords: Self-restraint, Frustration Discomfort, Compatibility, Parents of Children with Mental retardations, Parents of Children with Physical Disabilities



مطالعه توانایی‌های بازاری، تحمل‌کام‌نیافتگی، و کنار آمدن والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوانی جسمانی

مینا عباسی^۱، علی شاکر دولق^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

* نویسنده مسئول: علی شاکر دولق، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. ایمیل: ali.shaker2000@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۱۸

چکیده

مقدمه: خانواده‌ها وقتی با یک رویداد مانند متولد شدن فرزند کم‌توان ذهنی یا ناتوان جسمی روبرو می‌شوند، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند که پژوهش حاضر با هدف مطالعه توانایی خودبازداری و تحمل‌کام‌نیافتگی و کنار آمدن والدین با کم‌توان ذهنی و ناتوانی جسمی فرزند بود.

روش کار: طرح پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای است که از بین والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوانی جسمی شهرستان نقده در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۲۰۰ والدین بطور مساوی از هر گروه ۱۰۰ نفر و به روش در دسترس انتخاب گردید. برای سنجش متغیرها از ابزار تحمل‌ناکامی (هارینگتون، ۲۰۰۵)، ابزار مقابله با بیماری برای والدین (میلتون و همکارانش، ۲۰۱۰)، و پرسشنامه خودبازداری (وینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که در مقایسه خودبازداری کل (۰/۰۱) بین دو گروه متشکل از والدین کودکان کم‌توان ذهنی و ناتوان جسمی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)، همچنین در بررسی متغیر کنارآمدن والدین (۰/۰۰۷) تفاوت معنادار آماری بین دو گروه به دست آمد ($P < ۰/۰۵$)، اما در مقایسه متغیر تحمل‌کام‌نیافتگی (۰/۳۷) بین دو گروه مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مواجهه با مشکل نسبت به والدین دارای کودکان ناتوانی جسمانی دیرتر پذیرفته و کنار می‌آیند بنابراین افزایش خودبازداری و تحمل‌کام‌نیافتگی تا حد زیادی در کنارآمدن و ارتقای سلامت روانی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر گذار خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: خودبازداری، تحمل‌کام‌نیافتگی، کنارآمدن، والدین کودکان کم‌توان ذهنی، والدین کودکان ناتوانی جسمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

و مادران درباره کودکان خود که هنوز به دنیا نیامده‌اند، رویاها و تخیلاتی دارند، آن‌ها ویژگی‌های کودک دلخواه خود را در حد بسیار مطلوب و مطابق میل خویش تصور می‌کنند اما تمام این رویاها با به دنیا آمدن یک کودک کم‌توان فرو می‌ریزد و یکی پس از دیگری محو می‌شود (۲). کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده اثر بگذارد. والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات متعددی را جهت سازش‌یافتگی با عضو جدید تحمل کنند. تولد یک کودک ناتوان بر خانواده می‌تواند اثرات عمیقی داشته باشد و از آنجایی

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن می‌تواند کل نظام خانواده را مختل کند. درک صحیح از مشکلات خانواده‌های کودکان ناتوان جسمی نه تنها به خانواده این کودکان بلکه به افراد متخصصی که با این گونه افراد کار می‌کنند می‌آموزد تا نگرش خود را در جهت برنامه‌ریزی آموزشی و پرورشی تغییر دهند (۱). فرایند تربیت کودک بهنجار و سالم برای والدین هم لذت‌بخش و هم دارای مشکلات و نگرانی‌های فراوانی است، این مشکلات در مورد خانواده‌های کودکان دارای نیازهای ویژه به مراتب مشکل‌تر و فشارزاتر است، پدران

(۱۲). اختلال در یکی از اعضای خانواده می‌تواند منتج به بروز مشکلات گوناگون کودک شده و او را از داشتن یک محیط سالم برای رشد بهینه محروم و در واقع یک چرخه کم‌توان‌ذهنی و معلولیت کودک بسته به نوع جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مشکلات مخصوص به خود را دارا می‌باشد و خانواده‌ها نیز تا اندازه زیادی به پیروی از این فرهنگ جامعه می‌پردازند، هرچقدر منطق و درک خانواده زیادتر باشد درمقابل مشکلات ناشی از کم‌توانی ذهنی کودک و ناتوانی جسمی واکنش‌های معقولی را انجام می‌دهند، کم‌توانی کودک به هرنوعی که باشد برای والدین امری عذاب‌آور و دردناک می‌باشد و مشکلات خاص خود را به دنبال دارد و این مشکلات می‌تواند به صورت مالی، فرهنگی، عواطف و سایر موارد باشد، به خصوص اگر خانواده از لحاظ وضعیت مالی اوضاع اقتصادی نامناسبی داشته باشند در آن صورت مشکلات والدین بسیار زیادگشته و میزان تحمل والدین را خیلی کاهش می‌دهد بطوریکه در بسیاری از موارد صبر و تحمل خانواده بطور کامل از بین می‌رود (۱۳). میزان خودبازداری، تحمل کام‌نیافتگی و کنار آمدن والدین در برابر معلولیت فرزند متفاوت است، خودبازداری به معنای بازداری هیجانی و توانایی هیجانی و توانایی فرونشاندن خشم می‌باشد و شامل فرونشاندن خشم، مهارت‌کنانه، مراعات دیگران و مسئولیت‌پذیری می‌باشد (۱۴). وقتی انسان نمی‌تواند تعارضات روانی خود را به طور مستقیم حل کند در واقع کل وجود او در معرض خطر قرار می‌گیرد، برای رفع این خطر فرد به طور ناخودآگاه به مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شود تا به کمک آنها موجودیت خود را حفظ کند توسل به مکانیسم‌های دفاعی تقریباً برای همه افراد پیش می‌آید و هر کس در زندگی روزمره خود به نحوی شکست‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌های خود را به یاری همین مکانیسم‌ها ناچیز جلوه می‌دهد، بنابراین وجود آنها برای سازگاری مجدد فرد با محیط خود لازم است (۱۵). هنگامی که راه دستیابی به یک هدف خواستنی بسته می‌شود یا دستیابی به آن به تأخیر می‌افتد کام‌نیافتگی روی می‌دهد، تحمل کام‌نیافتگی اشاره دارد به میزان فشار روانی که شخص می‌تواند تحمل کند قبل از این که رفتارش از حالت یکپارچگی در آمده مختل گردد، بنابراین تحمل کام‌نیافتگی اشاره دارد به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت‌آمیز، ضروری است که کام‌نیافتگی حاصل از شکست در امتحان، از دست دادن مقام و موقعیت و غیره را تحمل کند تا یکپارچگی شخصیت خود را ابقا کند (۱۶). برای داشتن یک زندگی احساسی سالم، لازم است که فرد به همه احساسات احترام بگذارد و به آنها فرصت ابراز دهد وقتی غم و ناراحتی به سراغ افراد می‌آید، باید به خود اجازه داده شود که آن را به طور کامل حس کند، مسئله مهم اینست که نباید به هیچ عنوان احساسات را سرکوب کرده و در برابر آنها مقاومت کرد، علاوه بر پذیرش ناراحتی بعنوان بخشی عادی از زندگی، و اجازه وجود دادن به آن، راه‌های دیگری هم برای کمک به کنار آمدن با غم و غصه‌ها وجود دارد (۱۷). در جوامع به منظور کاهش مشکلات خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان‌ذهنی معمولاً دو اقدام اساسی انجام می‌شود، اول کوشش در امر پیشگیری از معلولیت و جلوگیری از نقایص ذهنی و جسمی و دوم ایجاد امکانات لازم رفاهی و توانبخشی در جهت خدمت به معلولان و خانواده‌های آنها (۱۸). خانواده کودکان کم‌توان‌ذهنی در شناخت و پذیرش معلولیت‌های کودک به منظور مدیریت و حل مسائل روزمره زندگی به کمک نیاز دارند، بنابراین تدارک

که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد تأثیر می‌گذارد (۳). خانواده‌ها وقتی با یک حادثه مانند متولد شدن فرزند کم‌توان به صورت جسمی یا ذهنی روبرو می‌شوند واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند، بعضی از والدین با مسئله پیش آمده کنار می‌آیند ولی برخی والدین آن را یک حادثه بسیار ناگوار برای خود تلقین نموده و از لحاظ ذهنی و تعاملات اجتماعی دچار مشکلات زیادی می‌شوند، به طوری که مشکل کم‌توانی ذهنی و جسمی فرزندانشان، در درجه دوم مشکلات قرار می‌گیرد (۴). تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک کم‌توان، همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می‌برند که این عوامل می‌توانند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده داشته و باعث شود که پدر و مادر تحت تنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی قرار گیرند تا حدی که روند طبیعی زندگی خود را از دست داده و منجر به فروپاشی خانواده شود (۵). نتایج مربوط به تحقیقات دینی ترکی؛ گوپتا؛ سیف نراقی و همکاران نشان می‌دهد که وجود کودک کم‌توان‌ذهنی بر وضعیت اجتماعی خانواده اثرگذار است. خانواده از یک طرف به علت رسیدگی و درگیری بیشتر با کودک معلول و از طرف دیگر به علت خجالت و شرمساری ناشی از وجود کودک کم‌توان، روابط اجتماعی خود را با دیگران کاهش داده یا قطع می‌کند. همچنین نتایج مربوط به تحقیقات ونکی، دینی ترکی و علی نژاد و همکاران نشان می‌دهد که خانواده‌های کودکان کم‌توان‌ذهنی از احساس تنهایی، اضطراب، نگرانی، کسالت، بی‌پناهی، سرزنش خود و دیگران، خستگی عاطفی، غم مزمن و مبهم بودن آینده کودک رنج می‌برند (۶). در طول تاریخ بشری افراد کم‌توان‌ذهنی همواره به عنوان مهجورترین اقشار جامعه پنداشته شده‌اند. برچسب‌هایی همچون بیمار ناقص‌الخلقه و دیوانه القایی بوده است که در طول زمان در جوامع مختلف رواج داشته است. ولی در سال‌های اخیر کم‌توان‌ذهنی به عنوان یک اختلال مانند سایر بیماری‌ها قلمداد می‌شود (۷). فرزندان کم‌توان‌ذهنی ناتوان هستند، فشارهای روانی خاصی را بر کل خانواده و به ویژه مادران تحمیل می‌کنند و جهت ایجاد سازگاری باید از شیوه‌های مقابله‌ای استفاده شود (۸). کم‌توانی ذهنی یکی از عمده‌ترین مسائل جوامع بشری و از پیچیده‌ترین و دشوارترین مشکلات در کودکان و نوجوانان است که تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند و حدود ۳ درصد جامعه را مبتلا می‌کند (۹). ویژگی اصلی کم‌توان‌ذهنی عبارت است از نقص‌هایی در توانایی‌های شناختی (مثل حل مسئله، برنامه‌ریزی، استدلال و قضاوت) و عملکرد سازش‌یافته، معیارهای تشخیصی هم بر اهمیت توانایی‌های شناختی و هم بر عملکرد شناختی تأکید دارند (۱۰). بر اساس نسخه پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، فردی که به علت کم‌توانی ذهنی یا جسمی، شرکت او در یک یا چند فعالیت به شدت محدود می‌شود یا وقتی یک عارضه، چه پزشکی و چه جسمی، توانایی کودک برای شرکت در فعالیت‌های مدرسه یا خانه را مختل می‌سازد، آن کودک از نظر جسمی کم‌توان به حساب می‌آید (۱۱). عملکرد نظام خانواده بر وضعیت بهداشت روانی اعضای آن مؤثر است و وجود فرزند کم‌توان، اغلب ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت خانواده وارد می‌کند

فرو نشانندن خشم، مهار تکانه، مراعات دیگران و مسئولیت پذیری است. آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هریک از عبارات را بیان کرده و امتیاز آزمودنی از طریق جمع کردن امتیاز عبارات مربوط به هر زیر مقیاس محاسبه می‌شود. بالاترین امتیاز در این آزمون ۱۵۰ و نشانگر بازداری هیجانی شدید و کمترین امتیاز ۳۰ است که بیانگر بازداری هیجانی ضعیف است. در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، بالاترین امتیاز (۳۵) برای دو مقیاس: فرو نشانندن خشم و مراعات دیگران و ۴۰ برای دو خرده‌مقیاس‌ها: کنترل تکانه و مسئولیت پذیری (پذیری) بیانگر سطح بالای آن زیر مقیاس و توانایی فرو نشانندن خشم آزمودنی است. همچنین پایین‌ترین امتیاز (۷ یا ۸) نیز نشانگر سطح پایین خرده‌مقیاس‌های مورد نظر و عدم توانایی آزمودنی در مهار خشم خویش است. وینبرگر ضریب همبستگی این مقیاس را در دانش آموزان شهری ۰/۹۱ گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی در یک فاصله دو هفته‌ای (۴۹ = α) ۰/۸۹ و در یک فاصله ۷ ماهه (۳۳۷ = α) ۰/۷۶ گزارش شده است (وینبرگر، ۱۹۹۱). در پژوهش دیگری همسانی درونی کل آزمون برابر با ۰/۸۵ تا ۰/۸۸، همسانی درونی زیر مقیاس فرو نشانندن خشم: ۰/۷۹ تا ۰/۸۲، کنترل تکانه: ۰/۶۶ تا ۰/۶۹، مراعات دیگران: ۰/۶۸ و مسئولیت پذیری: ۰/۷۶ تا ۰/۷۷ بوده است (۲۰).

۲. ابزار مقیاس تحمل کام نایافتگی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط هارینتون با هدف این مقیاس سنجش میزان تحمل کام‌نایافتگی فرد در رسیدن به اهداف می‌باشد. و در سال ۱۳۹۳ توسط بابا رییسی و همکارانش ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی گردید. این مقیاس دارای ۴ عامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت، شایستگی می‌باشد. به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵ = کاملاً موافقم، ۴ = موافقم، ۳ = نظری ندارم، ۲ = مخالفم و ۱ = کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشاننده تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی می‌باشد. ویژگی‌های روانسنجی شامل: اعتبار: اعتبار عاملی شکلی از اعتبار سازه است که از طریق تحلیل عاملی انجام می‌شود و از طریق آن، شناسایی عوامل یا سازه‌های اصلی یک ابزار امکان پذیر می‌شود (۲۱).

۳. ابزار مقابله با بیماری: پرسشنامه مقابله با بیماری برای والدین توسط همپلتون و همکاران در سال ۲۰۱۰ به منظور سنجش توان کنار آمدن یک خانواده برای مقابله با بیماری مزمن فرزند خود است. مقیاس مقابله با بیماری برای والدین با ۴۵ گویه جهت سنجش واکنش والدین برای مدیریت زندگی خانوادگی در زمان بیماری حاد یا مزمن یکی از فرزندان طراحی شده است این آزمون با استفاده از عبارات مربوط به پژوهش‌های گذشته در زمینه تنیدگی خانواده و با توجه به تعدد نظریه‌ها در مورد مناطق مختلف، مربوط به خانواده و بهداشت تهیه شده است. این پرسشنامه سه مؤلفه حفظ انسجام خانوادگی، همکاری و دیدگاه خوش‌بینانه نسبت به وضعیت، حفظ حمایت اجتماعی، حرمت خود و ثبات روانی، درک وضعیت پزشکی از طریق ارتباط با دیگر والدین یا مشاوره با کادر پزشکی را دارد. شیوه نمره گذاری بصورت: غیر مفید: ۰ اندکی مفید: ۱ مفید: ۲ بسیار مفید: ۳ می‌باشد، این پرسشنامه سه مؤلفه دارد که از طریق تحلیل عاملی بدست آمده است. روایی این مقیاس مطلوب گزارش شده است و همبستگی‌های متعددی با مقیاس‌های محیط خانواده دارد. همچنین دارای روایی با تمایز چشمگیر

یک شبکه حمایتی مورد نیاز و مورد اعتماد خانواده و تهیه خدمات ویژه‌ای که به نیازهای آنها پاسخ دهد از جمله مسئولیت‌های متخصصانی محسوب می‌شود که با کودکان کم‌توان کار می‌کنند و این امر مستلزم شناخت تأثیرات و مشکلات ناشی از زندگی با فرد کم‌توان ذهنی است، تیم مراقبتی با شناخت این اثرات می‌تواند راهکارهای متفاوتی جهت برطرف کردن موانع و مشکلات موجود ارائه نماید تا کمترین آسیب ممکن به ساختار خانواده وارد شود تیم بهداشتی می‌تواند از طریق حمایت‌های لازم، بررسی و شناسایی تنش‌های خاص و توسعه مکانیسم‌های سازشی، در سازش خانواده با این مشکلات مؤثر واقع شود (۱۹). با توجه به اینکه مشکلات روانی متعددی بواسطه شدت کم‌توانی ذهنی یا ناتوانی جسمی فرزندان در والدین وجود دارد بنابراین شناخت جنبه‌های متعدد روانی افراد کم‌توان به درک بهتر نیازها و همچنین برنامه ریزی برای افزایش خودبازداری، تحمل و سازش و مداخلات روانی در والدین کمک می‌کند و از آنجایی که بواسطه شدت و نوع کم‌توانی احساسات والدین می‌تواند باهم متفاوت باشد، با توجه به وجود مشکلات متعدد زندگی در والدین کودکان ناتوان جسمی و کم‌توان ذهنی، بنظر می‌رسد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی و ناتوان جسمی در خودبازداری و تحمل کام‌نایافتگی و کنار آمدن با بیماری دچار نارسایی هستند و این تحقیق در راستای پاسخ به این مسئله اهمیت زیادی دارد و این سؤال مطرح است که آیا خودبازداری، تحمل کام نایافتگی و کنار آمدن با بیماری فرزند در والدین کودکان کم‌توان ذهنی و والدین کودکان ناتوان جسمی متفاوت است؟

روش کار

طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این پژوهش یک مطالعه توصیفی علی-مقایسه‌ای می‌باشد و جامعه آماری تحقیق شامل کلیه والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و والدین دارای کودکان ناتوان جسمی ساکن در شهرستان نقده در سال ۱۳۹۵ است، برای دسترسی به این والدین بعد از هماهنگی‌های لازم، والدین کودکانی که در سازمان بهزیستی و مدرسه استثنایی بودند معرفی شدند، بدین صورت با در نظر گرفتن معیار داشتن سواد خواندن و نوشتن و همچنین رضایت جهت شرکت در مطالعه از همه افراد جامعه آماری درخواست همکاری گردید و باتوجه به بی‌سوادی یا عدم علاقمندی به همکاری، از سوی تعداد قابل توجهی از والدین، تعداد ۲۰۰ نفر از والدین این کودکان به روش در دسترس انتخاب گردید که شامل ۱۰۰ نفر والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی و ۱۰۰ نفر والدین دارای کودک ناتوان جسمی بود که در زمان مشخص به این افراد دسترسی یافته و پس از بیان شرایط و نحوه پاسخ‌دادن به سؤالات، پرسشنامه‌ها در اختیار والدین قرار گرفته و از آنها خواسته شد که با دقت سؤالات را خوانده و جواب مورد نظر را علامت بزنند.

ابزار

۱. پرسشنامه خودبازداری: مقیاس خودبازداری، یک ابزار خودگزارشی ۳۰ گوی‌های است که میزان بازداری هیجانی و توانایی فرو نشانندن خشم را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز تهیه شده است که دارای یک مقیاس کلی و ۴ خرده‌مقیاس:

بین خانواده‌هایی با تعارضات کم و زیاد است. نتایج حاصل از ۲۲ مطالعه دیگر مقیاس مقابله با بیماری برای والدین در مرجع اصلی بصورت خلاصه ارائه شده است (۲۲).

یافته‌ها

برای دسترسی به نمونه پژوهش بعد از هماهنگی‌های لازم، والدین کودکانی که در سازمان بهزیستی و مدرسه استثنایی بودند معرفی شدند، بدین صورت با در نظر گرفتن معیار داشتن سواد خواندن و نوشتن و همچنین رضایت جهت شرکت در مطالعه از همه افراد جامعه آماری درخواست همکاری گردید و باتوجه به بی‌سوادی یا عدم علاقمندی به همکاری، از سوی تعداد قابل توجهی از والدین، تعداد ۲۰۰ نفر از والدین این کودکان که متشکل از ۱۰۰ والدین کودک کم‌توان جسمی و ۱۰۰ نفر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی بودند به روش در دسترس انتخاب گردید. با توجه به یافته‌ها لامبدای ویکلز مربوط به آماره $F(195,4) = 2/32$ و مقدار $0/04$ تحلیل واریانس

چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های خودبازداری در سطح $0/05$ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین این دو گروه در مؤلفه‌های خودبازداری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس خودبازداری کل در دو گروه $P = 0/66$ معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن می‌باشد.

با توجه به یافته‌های جدول ۱ می‌توان گفت که میانگین والدین کودکان معلول جسمی در مؤلفه‌های مهار تکانه، مراعات دیگران و مسئولیت پذیری و همچنین خودبازداری کل بیشتر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی است. اما در مؤلفه فرونشاندن خشم تفاوتی بین آنها وجود ندارد. همچنین یافته‌های پژوهشی نشان دادند که لامبدای ویکلز مربوط به آماره $F(195,4) = 1/68$ و مقدار $0/03$ تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های تحمل کام نایافتگی در سطح $0/05$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین این دو گروه در مؤلفه‌های خودبازداری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۱: نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در مؤلفه‌های خودبازداری

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	F	سطح معناداری
فرونشاندن خشم					
کم توان ذهنی	۲۳/۴۷	۵/۱۸	-۰/۸۴	۱/۱۴	۰/۲۸
معلول جسمی	۲۴/۳۱	۵/۸۹			
مهار تکانه					
کم توان ذهنی	۲۷/۸۸	۴/۷۲	-۱/۳۳	۴/۰۱	۰/۰۵
معلول جسمی	۲۹/۲۱	۴/۶۶			
مراعات دیگران					
کم توان ذهنی	۲۶/۵۳	۴/۴۳	-۱/۹۷	۶/۰۱	۰/۰۲
معلول جسمی	۲۸/۵۰	۶/۷۰			
مسئولیت پذیری					
کم توان ذهنی	۲۹/۵۹	۵/۱۸	-۱/۹۳	۶/۸۵	۰/۰۱
معلول جسمی	۳۱/۵۲	۵/۲۳			

جدول ۲: نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در مؤلفه‌های تحمل کام نایافتگی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	F	سطح معناداری
عدم تحمل عاطفی					
کم توان ذهنی	۲۴/۳۹	۵/۳۰	-۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۹۵
معلول جسمی	۲۴/۴۳	۴/۷۷			
عدم تحمل ناراحتی					
کم توان ذهنی	۲۴/۲۰	۵/۰۲	۰/۵۶	۰/۵۹	۰/۴۴
معلول جسمی	۲۳/۶۴	۵/۲۳			
پیشرفت					
کم توان ذهنی	۲۲/۳۵	۵/۵۳	-۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹
معلول جسمی	۲۲/۳۶	۶/۱۷			
شایستگی					
کم توان ذهنی	۴۵/۸۸	۹/۵۸	۲/۲۱	۲/۸۴	۰/۰۹
معلول جسمی	۴۳/۶۷	۸/۹۲			
معلول جسمی	۱۱۴/۰۹	۲۰/۹۵			

جدول ۳: نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در مؤلفه‌های کنارآمدن

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	F	سطح معناداری
حفظ انسجام خانوادگی	کم توان ذهنی	۳۴/۸۶	۷/۳۱	-۳/۰۵	۱۰/۹۹
	معلول جسمی	۳۷/۹۱	۵/۵۷		۰/۰۰۱
حفظ حمایت اجتماعی	کم توان ذهنی	۳۳/۱۴	۷/۸۲	-۱/۶۳	۲/۷۲
	معلول جسمی	۳۴/۷۷	۶/۰۳		۰/۱۰
درک وضعیت پزشکی	کم توان ذهنی	۱۵/۹۲	۳/۹۸	-۱/۱۷	۴/۵۴
	معلول جسمی	۱۷/۰۹	۳/۷۷		۰/۰۳

که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند تنیدگی خاصی را بر والدین تحمیل می‌کنند. مهم‌ترین مسائل و مشکلات این والدین عبارتند از: مشکل پذیرش ناتوانی کودک، فشار ناشی از پرستاری و مراقبت، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی خانواده و مسائل آموزشی و پزشکی (۲۳). وجود کودک معلول ممکن است ضایعات و آثار جبران ناپذیری بر وضعیت بهداشت روانی خانواده داشته باشد. مادر و پدر ممکن است از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به شدت رنج ببرند و حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت از خود نشان دهند و یا حتی آرزوی مرگ داشته باشند (۲۴). به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان، با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبرو است و این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شود و در نتیجه انطباق و سازش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۵). با توجه به موارد فوق اولین یافته این تحقیق حاکی از اینست که میزان خودبازداری والدین کودکان معلول جسمی بیشتر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی است که با توجه به کم بودن تحقیقات در زمینه مقایسه دو گروه کم توان ذهنی و معلول جسمی مخصوصاً نبود تحقیق در حیطه متغیرهای این تحقیق بین دو گروه مورد مطالعه از سایر تحقیقات در مقایسه نتایج این تحقیقات باهمدیگر استفاده شده است. بر این اساس نتایج این مطالعه با نتایج مایر و سالوی، اختیاری و نریمانی در رابطه با مهار تکانه در افراد سازگار همسو است. مایر و سالوی عنوان می‌کنند افرادی که می‌توانند رفتارهای نامناسب خود را مهار کنند و از توانایی تنظیم و تعدیل کردن هیجانات منفی برخوردارند در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و شرایط ناکام‌کننده بیشتر از راهبردهای مسئله دار استفاده می‌کنند، در نتیجه در سازش یافتگی با تجربه‌های منفی موفقیت بیشتری دارند تا افرادی که از لحاظ توانش هیجانی ضعیف عمل می‌کنند (۲۶). هم چنین اختیاری، رضوان فرد و مگری مطرح می‌کنند که مهار تکانه که متضمن خود نظارتی، خود ارزیابی و خود تقویتی است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مسئولیت پذیری خود را تقویت نموده و بدون نیاز به کمک دیگران تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسولیت های خود برآیند (۲۷). مهار تکانه می‌تواند از طریق اثر میانجی گرانه بر سلامت روان مؤثر باشد به طور مثال ارتباط پردازش هیجانی با توانایی همدلی و مدیریت خلق (۲۸). در مطالعه حاضر مهار خشم در والدین کودکان کم‌توان ذهنی و معلول جسمی تفاوت معناداری ندارند و شاید علت احتمالی آن عدم آگاهی والدین از روشهای رایج جهت مهار خشم و هم چنین تأثیر مسائل و مشکلات مربوط به کودکان آنها سبب

با توجه به یافته‌های جدول ۲ می‌توان گفت که بین والدین با فرزند معلول جسمی و والدین با فرزند کم‌توان ذهنی تفاوتی در مؤلفه‌های عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت و شایستگی متغیر تحمل کام نیافتگی وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت که بین این دو گروه در مؤلفه‌های خودبازداری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین یافته‌ها نشان دادند که لامبدای ویکلز مربوط به آماره $F(۱۹۶,۳) = ۳/۶۹$ و مقدار $۰/۰۵$ تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های کنارآمدن در سطح $۰/۰۱$ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین این دو گروه در مؤلفه‌های کنارآمدن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس کنار آمدن در دو گروه $P = ۰/۰۶$ معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن می‌باشد.

یافته‌ها جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره F برای مؤلفه‌های حفظ انسجام خانوادگی (۱۰/۹۹) و درک وضعیت پزشکی (۴/۵۴) معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین در مؤلفه حفظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود ندارد. به عبارتی میانگین والدین دارای کودکان کم توان ذهنی در مؤلفه حفظ انسجام خانوادگی (۳۴/۸۶) و میانگین والدین دارای کودکان معلول جسمی در این مؤلفه (۳۷/۹۱) و در مؤلفه درک وضعیت پزشکی (۱۵/۹۲) و میانگین والدین دارای کودکان معلول جسمی در این مؤلفه (۱۷/۰۹) می‌باشد. تفاوت میانگین این دو گروه در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که در مؤلفه حفظ انسجام خانوادگی و درک وضعیت پزشکی میانگین والدین دارای کودکان معلول جسمی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین والدین دارای کودکان کم توان ذهنی است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه خودبازداری، تحمل کام‌نیافتگی، و کنارآمدن والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوانی جسمانی است. نتایج تحقیق نشان داد که در متغیرهای خودبازداری، کنار آمدن بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و اما این تفاوت معنی‌دار در متغیر ناکامی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود و میانگین والدین در میزان خودبازداری و کنارآمدن بیشتر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد. با توجه به این موضوع یکی از عوامل کاهش رضایت از زندگی در والدین، تولد فرزند معلول است. فرزندان

عدم توانمندی آنها در زمینه مهار خشم و عدم توانایی آنها جهت تحمل سختی‌ها شده و سبب عدم مهار خشم از جانب آنها می‌شود. یافته دیگر این تحقیق در رابطه با میزان تحمل کام‌نیافتگی والدین کودکان معلول جسمی و والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد که بر این اساس یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در تحمل کام‌نیافتگی کل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و می‌توان گفت که بین والدین با فرزند معلول جسمی و والدین با فرزند کم‌توان ذهنی تفاوتی در مؤلفه‌های عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت و شایستگی و همچنین تحمل کام‌نیافتگی کل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و بر این اساس می‌تواند همسو با سایر تحقیقات باشد. سینگ‌های؛ گویال؛ پرشاد؛ سینگ‌های؛ والیا (۱۹۹۰) در مطالعه‌ای که در مورد مشکلات روانی - اجتماعی خانواده‌های کودکان کم‌توان انجام گرفت نشان داده شده که والدین کودکان کم‌توان ذهنی، روان‌رنجوری بیشتری را نسبت به خانواده‌های دیگر داشتند، تولد کودک کم‌توان ذهنی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد و ممکن است واکنش‌های متعددی همچون ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی به دنبال داشته باشد (۲۹). باید اشاره کرد که مهم نیست که مشکل کودک چیست، مهم اینست که بر طبق گزینه پدر و مادر که در نهاد والدین قرار دارد تحمل هرگونه مشکل و کام‌نیافتگی از طرف فرزند سخت و دشوار است و بنابراین با توجه به تحقیقات آورده شده نتایج تحقیقات اخیر با نتایج بدست آمده در این تحقیق همسو است. آخرین یافته این تحقیق در راستای تفاوت میزان کنار آمدن والدین کودکان ناتوان جسمی با والدین کودکان کم‌توان ذهنی است بر اساس یافته‌ها در کنار آمدن کل میانگین والدین ناتوان جسمی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین والدین کم‌توان ذهنی است. و می‌توان گفت که میانگین والدین کودکان ناتوان جسمی در مؤلفه‌های حفظ انسجام خانوادگی و درک وضعیت پزشکی و همچنین کنار آمدن کل بیشتر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی است. اما در مؤلفه حفظ حمایت اجتماعی تفاوتی بین آنها وجود ندارد و می‌تواند همسو با سایر تحقیقات انجام شده در این حیطه باشد بطوریکه ایلامی مطالعه‌ای به منظور بررسی نسبت سازش‌یافتگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی در رابطه با عوامل تنش‌زا در مدارس افراد با نیازهای ویژه انجام داده است و نتایج نشان می‌دهد که وقتی والدین با کم‌توانی ذهنی فرزند خود روبرو می‌شوند به دنبال جایی یا کسانی می‌گردند که آنان را در چگونگی برخورد و سازش یافتگی با این پدیده راهنمایی نمایند. وظیفه ما کمک به والدین در جهت سازگاری و از طرفی کمک در جهت یافتن علت به منظور رهایی از احساس گناه و یا اختلافات زناشویی و غیره است (۳۰). ورمایز در تحقیقی به بررسی کنار آمدن والدین در خانواده‌هایی که کودک با نقص ستون فقرات دارند پرداخت و نتایج تحقیق نشان می‌دهد که کودکان با نقص ستون فقرات در دراز مدت بر کنار آمدن والدین تأثیر می‌گذارند و پسرانی که دچار نقص بودند بیشتر بر روی مادر تأثیر می‌گذارد (۳۱). مک‌گلون بررسی تنیدگی در کنار آمدن والدین

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی از خودبازداری کمتری نسبت به والدین کودکان کم‌توان جسمی برخوردار هستند، بنابراین لزوم توسعه آگاهی روانشناسان درباره روشهای افزایش میزان خودبازداری می‌تواند کمک خوبی برای والدین کودکان کم‌توان ذهنی باشد، والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی و کم‌توان جسمی از تحمل کام‌نیافتگی کمتری به طور نزدیک به هم برخوردار هستند بنابراین برنامه ریزی برای کاهش شدت احساس کام‌نیافتگی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و کم‌توان جسمی برای افزایش سلامت روانی این والدین پیشنهاد می‌شود. همچنین والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مواجهه با مشکل نسبت به والدین دارای کودکان کم‌توان جسمی دیرتر پذیرفته و کنار می‌آیند بنابراین افزایش خودبازداری و تحمل کام‌نیافتگی تا حد زیادی در کنار آمدن والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر گذار خواهد بود و به سلامت روانی آنها کمک بیشتری خواهد کرد و در این راستا اهمیت و نقش خودبازداری، تحمل کام‌نیافتگی، و کنار آمدن، از طریق کارگاه‌های آموزشی یا رسانه‌ها برای والدین می‌تواند گام‌های موثری برای ارتقا سلامت والدین کودکان کم‌توان ذهنی و جسمی بردارد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی با کد اخلاق IR.TUMS.REC.1394.2218 می‌باشد. بدین وسیله از همه کسانی که در اجرای تحقیق همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Abbasi S, Fadakar R, Khalegdost T, Atrkar Z. [Problems of families with mentally retarded children of medical Sciences]. Zanjan, Iran: Zanjan University; 2013.
2. Salehi M, Koshki S, Hagdost N. [Coping style comparison of general health and welfare of mothers of Children with mobility impairment and healthy]. Tehran, Iran: Islamic azad university of Tehran; 2011.
3. Hosseinejad M. [Comparative evaluation of the stress and marital adjustment pzyz parents of mentallyretarded children and children with disabilities in physical education and motor with

- parents of normal children in Tehran]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai university; 1996.
4. Rostami E. [Check adoles cent attachment to parents and peers in iraniau society and its relationship with social adjust ment component]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai university; 2004.
 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. *J Intellect Disabil Res.* 2003;47(4-5):385-99.
 6. Abbasi S, Fadakar R, khalegdost T, Atrkar Z. [Problems of families with mentally retarded children Covered by welfare centers]. *J Zanjan Univ Med Sci.* 2013;1-6.
 7. Kaplan H, Zadok B. [Summary psychiatry]. 1st ed. Tehran: Publication of Zoghy; 2015.
 8. Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghihzade S, Khari-Arani M. [Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory]. *J FEYZ.* 2012;16(2):128-34.
 9. Luckasson R, Schalock RL. What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part II: Recommendations for Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellect Dev Disabil.* 2013;51(2):94-101. DOI: [10.1352/1934-9556-51.2.094](https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.094)
 10. Frostl M. [different pia gnosis of mental disorders DSM-5]. Tehran2014.
 11. Ganji M. [Exeptional children psychology based on the DSM-5]: Press Savalan; 2016.
 12. Ahmadi Node K, Khodadadi G, Anisi J, Abdolmohamadi E. [Problems of families with disabled Children]. *J Mil Med.* 2011;13(1):45-52.
 13. Shareity N, Dararmanesh A. [Effects mentally disabled children in the family (summary beck R)]. Tehran Welfare and rehabilitation sciences university of Tehran welfare organization; 1995.
 14. Weinberyer S. [The self restraint scale questionnaire]. Tehran1990.
 15. Kaveh M. [Pathology social ills]. Tehran: Sociologists publication; 2012.
 16. Babaraise M, Mahdi M, Farshchi M. [Evaluate the psychometric properties frustration tolerance scale]. Tehran2013.
 17. Knadirizand M. [Agression and froustration]. Tehran: Tarbiat publisher; 2006.
 18. Davarmanesh A. [Education and rehabilitation of children with disabilities]. Tehran: Behzisti pub; 2003.
 19. Hockenberry M, Wilson D, Wong D. Nursing care of infants and children. USA: Mosby; 2011.
 20. Winberger S. [The Self-Restraint]. Tehran: Azmoonyar pooya; 2011
 21. Allen Mary J, Wayne Wendy M. [Introduction to the theory of measurement (Psychometric)]. 4th ed. Tehran: Samt publication 2011.
 22. Hamilton I, Cubbin M, Robert S. [Coping health inventory for parents questionnaire]. Tehran: Azmoonyar pooya 2010.
 23. Cooper CE, McLanahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress. *J Marriage Fam.* 2009;71(3):558-74. DOI: [10.1111/j.1741-3737.2009.00619.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00619.x) PMID: [20046951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20046951/)
 24. Alborzi S, Bashash L. [The impact on families of mentally retarded children]: Psychological research Pub; 2006.
 25. Alizade H. [The impact of disabled child]. Tehran: Exceptional; 2002.
 26. Mayer J, Salovey P. What is emotional intelligence? New York: Basic Books.; 1997.
 27. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. [Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches]. *Iranian J Psychiat Clin Psychol.* 2008;14(3):247-57.
 28. Ciarrochi J, Chan AYC, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Pers Individ Differ.* 2001;31(7):1105-19. DOI: [10.1016/s0191-8869\(00\)00207-5](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00207-5)
 29. Ahmadi Z. [Compare the self-esteem of mentally retarded children mothers of normal children in Ahvaz]. Ahvaz: Islamic azad university of Ahvaz; 2008.
 30. Eylaly E. [Check the compatibility of parents of mentally retarded children in relation to stressors in the Special school in Sari]. Tehran Tehran University; 1997.
 31. Vermaes IP, Janssens JM, Bosman AM, Gerris JR. Parents' psychological adjustment in families of children with spina bifida: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2005;5:32. DOI: [10.1186/1471-2431-5-32](https://doi.org/10.1186/1471-2431-5-32) PMID: [16120229](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16120229/)
 32. McGlone K, Santos L, Kazama L, Fong R, Mueller C. Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare.* 2002;81(2):151-71. PMID: [12014464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12014464/)