

بررسی مقایسه‌ای میزان شدت فشار روانی و رضایت زناشویی بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر و مادران کودکان عادی

فیروزه نامجویان شیرازی*^۱، رقیه کشاورز^۲

چکیده

این پژوهش، با هدف بررسی میزان شدت فشار روانی و رضایت زناشویی بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر و مادران کودکان عادی به روش مقایسه‌ای انجام شد. نمونه مورد بررسی، متشکل از دو گروه مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین دو مرکز توانبخشی و مدارس عادی شهر شیراز انتخاب شدند. جهت انجام پژوهش، پرسشنامه فشار روانی پیکل و پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت و از آزمون t برای دو گروه مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که مادران کودکان عقب مانده، فشار روانی بیش تری نسبت به مادران کودکان عادی تحمل می‌کنند ($p=0/01$). با این حال مادران کودکان عقب مانده نسبت به گروه مقابل، از رضایت زناشویی پایین تری برخوردارند ($p=0/01$). نتایج هم‌چنین نشان داد که همبستگی بین دو متغییر فشار روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، منفی است ($r=-0/83$).

واژه‌های کلیدی: فشار روانی، رضایت زناشویی، عقب مانده ذهنی تربیت پذیر

^۱ - کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

^۲ - کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت keshavarz9563@yahoo.com

*- نویسنده مسئول: NamjoyanShirazi@yahoo.com

پیشگفتار

امروزه نظر متخصصین بر این است که برای پیشبرد اهداف آموزشی عقب ماندگان ذهنی، باید عواملی که تحت تأثیر موضوع عقب ماندگی قرار می‌گیرند را مورد شناسایی قرار داد. یکی از این عوامل، خانواده کودک عقب مانده است. این دسته از خانواده‌ها، به دلیل داشتن فرزند متفاوت، نیازهای ویژه‌ای دارند که باید به شناسایی آنها مبادرت ورزید (Alborzi et al 1993). گسترده‌ترین مباحث محتمل که راجع به آن بحث می‌شود این پرسش است که آیا مادران به دلیل داشتن فرزندان عقب مانده، به صورت پاتولوژی دچار آسیب فیزیکی یا روانی می‌شوند؟

فشار روانی حاصل از داشتن کودک کم توان ذهنی، سبب تشدید مشکلات خانوادگی و افزایش مسئولیت مادر می‌گردد. افراد خانواده برای سازگاری با این مشکل، الگوهای رفتاری جدیدی انتخاب می‌کنند؛ این نوع تغییرات شناختی، هیجانی و کارکردی، می‌توانند مفید، خنثی و یا ناسازگارانه باشند. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده که حضور کودک عقب مانده ذهنی برای اعضاء خانواده، منبع فشار و تنش بوده، بویژه مادران و پدران در زمینه ویژگی‌های کودک، ناتوانی-های جسمانی و مشکلات زناشویی، عوامل تنش زای بسیاری را تجربه می‌کنند (Gohel et al , 2011). تئوری عمومی سیستم‌ها نیز به این موضوع توجه دارد که خانواده یک گروه به هم پیوسته است، هنگامی که بحران تولد فرزند معلول، تعامل این سیستم را به هم می‌زند، این گروه ضعیف می‌گردد. با تولد یک کودک ناتوان، کارکردهای روان شناختی خانواده به هم می‌خورد که در سطح کلان سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده و در سطح خرد نیز کارکردهایی همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، ساختار و سازمان، اتحاد، کنترل و حل مساله را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Mitchell et al , 2008).

سن کودک و یا زمان آگاهی والدین از معلولیت، نوع و شدت آن در پاسخ اولیه خانواده‌ها تفاوت ایجاد می‌کند. در راستای پذیرش و کنار آمدن با عقب ماندگی ذهنی و معلولیت فرزند، مادران ممکن است از راهبردهای گوناگونی از قبیل: اعتماد به برنامه‌های درمانی، باورهای مذهبی، برقراری ارتباط مناسب‌تر با همسر، شکرگزاری از موقعیت موجود و یا اعتقاد به بهتر شدن فرزند استفاده کنند (Alborzi et al , 2000).

بسیاری از مادران کودکان عقب مانده ذهنی، در کلینیک‌های تشخیصی، انواع مشکلات عاطفی چون احساس گناه، خشم و نومیدی را از خود نشان می‌دهند. بررسی نیمرخ مادران کودکان کم-توان ذهنی نیز نشان می‌دهد که بین آنها و مادران کودکان عادی در سه عامل افسردگی، روان-پریشی و شکایات جسمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این امر سبب ناکارآمد شدن تعامل‌های مادر-کودک و کاهش رشد کلامی می‌شود (Islam et al , 2013).

آشکار شدن مشکلات پنهان، مشکلات ارتباطی والدین با سایر اعضای خانواده، تحدید پیشرفت خانواده، بروز احساسات ناسازگارانه، سست شدن یکپارچگی و احتمال وقوع بحران‌های دیگری همچون طلاق از عمده‌ترین پیامدهایی است که بر اثر فشار روانی بر والدین پدید می‌آید. همچنین روابط زناشویی، شبکه ارتباط و مسایل مراقبت از فرزند در این خانواده‌ها دچار تغییرات دوگانه می‌گردد، در نهایت کارکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی این خانواده‌ها در معرض تهدید یا تخریب قرار می‌گیرد (Khorramabady, 2009).

خانواده به خصوص والدین می‌توانند با افزایش شناخت خود از نیازها و توانایی‌های کودک، در اصلاح و پیشرفت سریع او گام بردارند. همچنین وجود رابطه عاطفی مثبت و واقع بینانه میان پدر و مادر، سبب تسریع مراحل اصلاح و آموزش می‌گردد. از آنجایی که این خانواده‌ها در معرض تنیدگی و افسردگی بیش‌تری هستند و در امر سازگاری، با مشکلات بیش‌تری مواجه‌اند، لذا انسجام خانوادگی کمتری دارند و در فعالیت‌های اجتماعی، کمتر شرکت می‌کنند (Samani, 1996).

شواهد نشان می‌دهد که والدینی با کودکان دارای ناتوانی رشدی، اغلب به‌گونه‌ای زبان آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند (Dabrousha et al, 2010). در همین باره تروستر (Trostre, 2001)، اظهار می‌دارد که خشم به کودک، خشم به همسر و خشم ناشی از بدشانس بودن، در مادران کودکان عقب مانده ذهنی امری شایع است.

درک صحیح از مشکلات خانواده‌های کودکان کم توان ذهنی، نه تنها به مادران این کودکان، بلکه به متخصصین مرتبط می‌آموزد تا نگرش خود را در جهت برنامه‌ریزی آموزشی و پرورشی تغییر دهند. بنابراین شناسایی شدت فشار روانی و ارتباط آن با نوع و چگونگی رضامندی زناشویی مادران کودکان عقب مانده، می‌تواند اطلاعات زیربنایی ضروری به مشاورانی که با این‌گونه کودکان سرو کار دارند، ارائه نماید (Afroz, 2002).

مبانی نظری

سازمان جهانی بهداشت، خانواده را به عنوان عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامت و بهزیستی معرفی کرده است. سنگ بنای خانواده با ازدواج گذاشته می‌شود. ازدواج را از دو جنبه اصلی آن یعنی کیفیت و پایداری بررسی می‌کنند. کیفیت ازدواج، ناظر بر چگونگی شکل‌گیری رابطه زوجی است و پایداری، بیانگر حفظ رابطه زوجی در گذر زمان است. عواملی چون اطلاعات فردی و نوعی از یکدیگر، بلوغ، انگیزه، شرایط انتخاب و ویژگی‌های شخصیتی، از عوامل مؤثر در کیفیت ازدواج است. کیفیت مطلوب می‌تواند پایداری و سازگاری رابطه زوجی را به حرکت در آورد (Campbell, 2003).

گارسیا (Garcia, 1999)، رضامندی را در سه سطح اصلی مطرح می‌کند: رضایت زوج از ازدواج، رضایت از زندگی خانوادگی و رضایت کلی از زندگی. دو چشم انداز نظری عمده در مورد رضایت زناشویی وجود دارد. اولین دیدگاه، علل درون فردی سازگاری را مطرح می‌کند که نظریه پردازان صفت و روان تحلیل‌گری بیش‌تر طرفدار آن هستند. بدین معنی که ویژگی‌های شخصیتی شریک ازدواج، سبب همسانی پایدار و رضایتمندی دو جانبه و یا ناپایداری همراه با نارضایتی می‌شود. دیدگاه دوم به مسایل بین فردی توجه دارد. این دیدگاه در بین روان‌درمانگران رفتارگرا جاذبه بیش‌تری دارد که بر اساس آن، مشکل اصلی زوج‌های مساله‌دار به نارسا کنش وری زوج‌ها بر می‌گردد. همسران آشفته در مهارت‌های اجتماعی اساسی خود، ضعف دارند و در تماس با همسر، کنش‌ها و واکنش‌های منفی بسیاری نشان می‌دهند (Baniasadi, 2002).

در توجه به مسایل زناشویی، متخصص نه تنها با افراد درگیر، بلکه با خود واحد زناشویی سروکار دارد. نحوه پیشرفت ازدواج و رضایت از آن، بستگی به طرفین، سازمان‌یابی شخصیت دو طرف، تعامل بین آنها و دلایل اولیه اتحاد آنها دارد. انتظارات نوروپیک بین همسران، خطر مسایل زناشویی را بیش‌تر می‌کند (Kersh at al, 2006).

در زندگی امروزی، استرس امری اجتناب ناپذیر است، اما استرس‌های مساله ساز از دو نوع خارج نیستند: استرس‌های مستقیم که از شکست‌ها، محرومیت‌ها و مشکلات محیطی حاصل می‌شود و تعارضات و کشمکش‌های روانی. در بین استرس‌ها، استرس عاطفی بیش‌ت از انواع دیگر بیماری‌زا هستند (Kwan, 2011). پدر و مادر شدن مرحله بحرانی و با اهمیت است که با استرس‌های فردی و خانوادگی همراه است. تولد فرزند، عکس‌العمل‌های گوناگونی را در افراد به عنوان پدر و مادر به وجود می‌آورد به خصوص زمانی که کودک با معلولیت متولد می‌شود. فابر یکی از اولین پژوهشگرانی است که انواع استرس ایجاد شده در خانواده که ناشی از پی بردن به معلولیت کودک است را مورد بررسی قرار داده است. یکی از رایج‌ترین این استرس‌ها واکنش اندوه است. این واکنش در والدین دارای فرزند ناتوان، همانند واکنش در برابر مرگ یک کودک طبیعی است. واکنش والدین در برابر تولد فرزند معلول در سه مرحله روی می‌دهد: مرحله آگاهی از خطر، مرحله مقاومت، و مرحله افسردگی (Alborzi et al, 2000).

حضور فرزند به سبب مسایلی که به همراه دارد ممکن است موجب تعمیق روابط زوجین یا کاهش رضایت از زندگی زناشویی شود. پس از تولد کودک، ضرورت دارد زن و شوهر روابط شان را از نو سازماندهی کنند و خود را برای پذیرش مسئولیت‌های تازه و قرار گرفتن در ساختاری جدید آماده نمایند. بدیهی است سازماندهی مجدد زندگی و روابط زناشویی، به مهارت‌ها، دانش و توانایی‌های خاص نیاز دارد که بدون آنها ممکن است نظام خانواده و روابط والدین در معرض آسیب قرار

گیرد. ال شیخ و هارگر (El-Sheikh & Harger, 2001)، گزارش کرده‌اند که نارضایتی و اختلاف زناشویی بر سازگاری و رشد عاطفی کودکان اثر منفی می‌گذارد و هم‌چنین خاطر نشان ساخته‌اند که رابطه سازگاری زناشویی با سلامت جسمی والدین و کودکان نیز در ارتباط است. تحقیقات نشان می‌دهد که استرس والدین با چندین پیامد منفی در ارتباط است از جمله: نارضایتی والدینی، وجود نشانه‌های بیماری، کیفیت پایین زناشویی، عملکرد ضعیف کودک و مشکلات رفتاری کودک و افسردگی (Asberg, 2008 quoted by Aliakbari et al, 2011).

وجود کودک معلول، زمینه تغییر رفتار اعضای خانواده را فراهم می‌کند و سبب بروز احساسات و واکنش‌های گوناگون و تشدید نیازها می‌گردد، نگرش‌های جدید را طلب می‌نماید و بهداشت روانی و تعامل کودک-مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مقتضی است جهت مساعدت به مادران این کودکان و کاهش فشار روانی آنان، نیازهای شان مورد توجه و مطالعه قرار گیرد تا در جهت تقلیل نارسایی‌ها، اقدام شود.

لذا جهت دستیابی به اهداف پژوهش و با توجه به چارچوب نظری موجود، فرضیه‌های زیر مطرح می‌گردد:

۱- میزان شدت فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، بیش‌تر از مادران کودکان عادی است.

۲- میزان رضایت زناشویی مادران کودکان عادی، بیش‌تر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی است.

۳- بین شدت فشار روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، رابطه معنادار وجود دارد.

پیشینه پژوهش

گوسچ (Gosch, 2001)، به مطالعه مقدار پریشانی در مادران بچه‌هایی با انواع عقب ماندگی ذهنی و هم‌چنین مادران بچه‌های بدون ناتوانی پرداخت. نتایج نشان داد که عموماً مادران بچه‌هایی با عقب ماندگی ذهنی، پذیرش فرزندانشان برای آنان نسبت به گروه کنترل، مشکل‌تر و متحمل فشار روانی بالاتری هستند.

مگنو و همکاران (Mugno, 2007)، نشان دادند که زنان نقش قویتری در حفظ رابطه زناشویی ایفا می‌کنند این در حالی است که آنان دشواری‌های زندگی و فشار تربیت فرزندان را بیش‌تر تحمل می‌کنند. هم‌چنین حمایت اعضای خانواده و دوستان نزدیک از زوجین، می‌تواند در تداوم زندگی آنها و مواجهه با استرس ناشی از معلولیت و اختلالات رشدی کودک، به آنان کمک نماید.

جانسن (johnson, 2002)، طی پژوهشی دریافت وجود فشار روانی مزمن و پایدار و هم‌چنین فشارهای ناشی از فقدان حمایت‌های اجتماعی، تنگناهای اقتصادی و مالی و مسئولیت حمایت از

کودکان معلول و دارای بیماری‌های مزمن، سبب افزایش استرس در زوجین و به تبع آن کاهش میزان رضایت از کیفیت زندگی زناشویی می‌گردد.

خامیس (Khamis, 2007)، نشان داد که خانواده‌هایی با کودکان دارای عقب ماندگی ذهنی، تحت فشار روانی شدید قرار می‌گیرند، هم‌چنین مادران به عنوان مراقبین اولیه، به سهولت دچار استرس بیش از حد ناشی از درخواست‌های کودکانشان و نگهداری از آنان می‌گردند و عموماً رضایت زناشویی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل از خود نشان می‌دهند. هم‌چنین وی به این نتیجه دست یافت که سن کودک یکی از عوامل استرس والدین است به گونه‌ای که با بزرگتر شدن کودک، استرس والدین کمتر می‌شود. والدینی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر، مبتلا به اختلال روانی بیش‌تری می‌شوند.

هوداب (Hodapp, 2003)، نشان داد که والدین دارای فرزندان کم توان ذهنی، به این شکل فرزندان خود را برآورد می‌کنند که شخصیت مثبت بالایی دارند و رفتارهای غیر متعادل کمی دارند. آنان به دلیل گزارش این نکات مثبت، استرس در رابطه با بچه‌ها را کمتر گزارش کردند، به خصوص در محدوده پذیرش، تعادل و طاقت فرسایی.

کوان (Kwan, 2011)، در یک مطالعه مسایل روانی که والدین و دیگر اعضای خانواده با آن مواجهه می‌شوند را در والدین کودکان ناتوان و والدین کودکان سالم مورد بررسی قرار داد. والدین دارای کودکان ناتوان دارای پریشانی روانی و تقابل اجتماعی ضعیف نسبت به گروه دیگر بودند.

به پژوه و رضانی (Behpajoh & Ramezani, 2005)، طی پژوهشی به بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی پرداخته‌اند. نتایج حاصل نشان داده که والدین کودکان عادی از رضایت زناشویی بالاتری نسبت به والدین کودکان کم‌توان ذهنی برخوردارند. در ابعاد پاسخ‌های قراردادی، ارتباط، حل تعارض، امور مالی، روابط جنسی، فرزند پروری، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی، تفاوت‌های بین دو گروه معنادار نبودند.

نتایج مطالعات مهربابی زاده (Mehrabizade, 2009)، حاکی از آن است که بین بهزیستی روان-شناختی، فشار روانی، توانایی تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان نسبت به مادران کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین فشار روانی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان در سطح متوسط تا شدید قرار دارد، ولی میانگین گروه دارای فرزند عادی در سطح خفیف تا متوسط قرار دارد.

عمادنیا (Emadneya, 2010)، در پژوهشی تحت عنوان تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین کودکان عقب مانده ذهنی و عادی به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین دو گروه والدین در رضایت از زندگی، تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت عمومی وجود دارد.

همبستگی معناداری بین تاب آوری با رضایت زناشویی و سلامت عمومی وجود دارد. هم‌چنین تاب-آوری، توان پیش بینی رضایت زناشویی و سلامت روان را دارد. علی اکبری و همکاران (Aliakbari et al, 2011)، پژوهشی را با عنوان بررسی میزان استرس در مادران کودکان بهنجار، کم شنوا و سایر کودکان استثنایی انجام داده‌اند. یافته‌ها نشان داده که مادران کودکان استثنایی در برخی از منابع استرس (مالی و تجاری، استرس ناشی از تغییر شغل و استرس بیماری و پرستاری) فشار بیش‌تری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند. هم‌چنین در قیاس استرس مادران هر سه گروه کودکان استثنایی، میزان استرس در مادران گروه کم-شنوا و کم‌توان ذهنی بیش‌تر از مادران گروه کم‌بینا می‌باشد.

روش پژوهش

در این پژوهش، از روش علی-مقایسه‌ای بهره گرفته شد. جامعه آماری مورد نظر، تمامی مادران کودکان عادی مشغول به تحصیل در مدارس عادی در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ و هم‌چنین تمامی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی تربیت پذیر بودند که در سال مذکور به مرکز توانبخشی امیر علی و بهزیستی شیراز مراجعه کرده‌اند. چارچوب نمونه‌گیری پژوهش، محدوده مصوب شهری شهر شیراز بوده است. جهت انتخاب افراد نمونه پژوهش، ۶۰ نفر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۶۰ نفر از مادران کودکان عادی به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. دامنه سنی افراد هر دو گروه، بین ۲۷ تا ۵۶ سال بوده است.

برای جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه فشار روانی پیکل و رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. پرسشنامه روانی پیکل، در اصل مربوط به ۶۹ رویداد مهم زندگی بوده و آزمودنی‌ها، رویدادهایی را که شخصاً طی دو سال گذشته یا پیش از آن تجربه کرده‌اند، مشخص می‌کنند و میزان شدت ناراحتی و فشار روانی خود را در زمان تجربه آن رویدادها بین صفر تا سه تعیین می‌کنند. این پرسشنامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاس‌ها در این زمینه کارایی بیش‌تری دارد و از طریق اجرا بر روی گروه‌های گوناگون مورد تأیید قرار گرفته است (Hosseini, 1998). به عنوان نمونه در مورد بیماران افسرده (Peykle, 1985)، در مورد بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی (Peykle, 1983)، و در مورد جنبه‌های روان شناختی حوادث زندگی (Peykle, 1983)، بررسی شده است.

در ایران نیز پور شهباز (Poorshahbaz, 1993)، این پرسشنامه را برای ارزیابی میزان استرس در بیماران مبتلا به سرطان خون به کار برده و ضریب پایانی ۰/۷۸ را از طریق روش باز آزمایی برای تعداد رویدادها و ۰/۸۲ را برای میزان استرس گزارش کرده است.

پرسشنامه رضایت زناشویی از ۱۱۵ پرسش بسته و ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس نخست آن پنج پرسش و سایر مقیاس‌ها هر کدام ده پرسش دارند. پاسخ به سوالات به صورت پنج گزینه‌ای است. اولسون و همکاران (Olson et al, 1989)، پایایی این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای فرم ۴۷ پرسشی پرسشنامه در پژوهش سلیمانیان، ۰/۹۳ بدست آمده است. تمامی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه، زوج‌های راضی و ناراضی را از هم متمایز می‌کند که این نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (quoted by Ramezani, 2003). پایایی پرسشنامه در مطالعه مقدماتی این پژوهش، ۰/۸۶ بدست آمد.

در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، بر اساس نظر مولفان (Olson et al, 1989)، در پرسش‌هایی که حاکی از رضایت زناشویی است (مانند من و همسرم یکدیگر را درک می‌کنیم)، به پاسخ‌های خیلی زیاد نمره پنج و به پاسخ‌های خیلی کم، نمره یک تعلق می‌گیرد. در مقابل در پرسش‌هایی که عدم رضایت زناشویی را اندازه می‌گیرد (مانند من و همسرم در مورد خریدهای ضروری توافق نداریم) برای پاسخ‌های خیلی زیاد نمره یک و برای پاسخ‌های خیلی کم نمره پنج در نظر گرفته می‌شود.

در این پژوهش جهت سهولت در محاسبات و کاهش خطای اندازه‌گیری از نرم افزار SPSS استفاده شد. هم‌چنین برای نمایش یافته‌های پژوهش بنا به ماهیت فرضیه‌ها از روش‌های آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون t برای دوگروه مستقل در جهت مقایسه میانگین‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج بدست آمده از بررسی اطلاعات دموگرافیک چنین است: میانگین و انحراف معیار مادران کودکان عقب مانده ذهنی به ترتیب ۳۶ و ۵/۳ و برای مادران کودکان عادی ۳۹ و ۵/۹ بود. در مجموع در هر دو گروه، بیش‌ترین فراوانی سطح سواد مربوط به دیپلم (۶۹ نفر) و کمترین فراوانی سطح سواد مربوط به لیسانس (۱۲ نفر) بوده است. از لحاظ شغل، بیش‌ترین فراوانی در هر دو گروه مادران، مربوط به خانه‌داری (۶۹/۷ درصد)، سپس کارمندی (۱۹/۱۷ درصد) و آزاد (۱۱/۱۳ درصد) بوده است.

در پرسشنامه رضایت زناشویی، نمره کم نشانگر ناراضی زناشویی و در پرسشنامه فشار روانی، نمره بالا بیانگر فشار روانی بیش‌تر است. مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها بر حسب درجات گوناگون رضایت زناشویی به تفکیک در مورد مادران کودکان عقب مانده و عادی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۱- وضعیت رضامندی زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی

مادران کودکان عادی	مادران کودکان عقب مانده	فراوانی	فراوانی درصد
۵	۸/۳۳	۱۹	۳۱/۶۶
۷	۱۱/۶۶	۲۶	۴۳/۳۳
۰	۳۴	۵۶/۶۶	۱۲
۱۴	۲۳/۳۳	۳	۵
۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می شود ۳۱/۶۶ درصد مادران کودکان عقب مانده ذهنی در مقایسه با ۸/۳۳ درصد مادران کودکان عادی از زندگی شان، نارضایتی شدید داشتند. در کل ۲۵ درصد مادران عقب مانده ذهنی از زندگی زناشویی شان رضایت داشتند و ۷۵ درصد از آنها از زندگی زناشویی ناراضی بودند. همچنین ۸۰ درصد مادران کودکان عادی از زندگی زناشویی شان راضی و ۲۰ درصد از آنها از زندگی زناشویی شان ناراضی بودند.

فرض یک: میزان شدت فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، بیش تر از مادران کودکان عادی است.

برای مقایسه شدت فشار روانی هر دو گروه از مادران، از آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۲- مقایسه فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی بر اساس آزمون تی

مستقل				
متغیر	فراوانی میانگین	انحراف استاندارد مقدار t	درجه آزادی	مقدار احتمال
مادران گروه عادی	۶۰	۱۰/۱۶	۵/۴۴	
	۵/۵۶۱	۵۸	۰/۰۱	
مادران گروه عقب مانده	۶۰	۳۱/۵۶	۲۷/۸۵	

بر اساس نتایج جدول فوق، میزان تی بدست آمده برابر $t=561/5$ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. به عبارتی بر اساس نتایج حاصل، میزان فشار روانی در مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر بیش تر از مادران کودکان عادی می باشد.

فرض دوم: میزان رضایت زناشویی مادران کودکان عادی، بیش تر از مادران کودکان عقب مانده است.

جدول ۴- مقایسه میزان رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده و عادی بر اساس آزمون تی

مستقل				
متغیر	فراوانی میانگین	انحراف استاندارد مقدار t	درجه آزادی	مقدار احتمال
مادران گروه عادی	۶۰	۱۷۱/۳۰	۲۱/۲۱	
	۵/۵۰۸	۵۸	۰/۰۱	
مادران گروه عقب مانده	۲۱/۲۱	۱۴۹/۶۵	۲۳/۰۱	

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه مادران کودکان عادی بیش‌تر از گروه مادران عقب مانده ذهنی می‌باشد. نتایج آزمون تی مستقل (۵/۵۰۸) نشان داد بین رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی در سطح $t=$ نشان داد بین رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان عادی در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

فرض سوم: بین شدت فشار روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۵- ضریب همبستگی فشار روانی و رضایت زناشویی

شاخص‌های آماری	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	سطح معنی‌داری	تعداد
رضایت زناشویی و فشار روانی	-۰/۸۳	٪۱۲	۰/۰۱	۶۰

به منظور تحلیل فرض سوم، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. همبستگی بین دو متغیر فشار روانی و رضامندی زناشویی مادران کودکان عقب مانده برابر با $r = -0/83$ بدست آمد. این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p = 0/01$).

همبستگی بین فشار روانی و رضامندی زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر و عادی برابر با $r = -0/67$ بدست آمد که این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p = 0/01$).

هم‌چنین میانگین نمرات رضامندی زناشویی مادران کودکان دختر و کودکان پسر عقب مانده ذهنی تربیت پذیر به ترتیب ۱۴۷/۱۹ و ۱۵۲/۱۱ بدست آمد که این اختلاف بر اساس آزمون تی مستقل و در سطح $a = 0/05$ از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($p = 0/64$). به عبارتی دیگر، نتایج، حاکی از عدم تاثیر معنادار جنس کودک کم توان ذهنی بر رضایت زناشویی مادران می‌باشد. بر اساس همین آزمون، میانگین نمرات فشار روانی مادران کودکان دختر و کودکان پسر عقب مانده به ترتیب برابر ۲۹/۳۷ و ۳۳/۷۶ بدست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($p = 0/51$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اصلی مقایسه میزان فشار روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر با مادران کودکان عادی به اجرا درآمد. در این پژوهش از ۶۰ مادر دارای کودک عادی و ۶۰ مادر دارای کودک عقب‌مانده ذهنی درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند. نتایج پژوهش نشان داد بین میانگین نمرات فشار روانی دو گروه از مادران تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی به‌گونه معنی‌داری بیش‌تر از فشار روانی مادران کودکان عادی است. بنابراین می‌توان گفت وجود فرزند عقب‌مانده در خانواده، فشار روانی بسیاری را بر مادر وارد می‌کند. این یافته با یافته‌های خزاعی (Khazaie, 2003)، داودوانسی (Duvdevany, 2003)، اورسموند (Orsmond, 1999)، انگ ال و همکاران (Ongl et al, 1999) همخوان و همسو است. هاوسر (Houser, 2008)، در پژوهش خود روی ۷۲ مادر دارای کودکان استثنایی به این نتیجه دست یافت که سطح استرس و فشار روانی در این مادران بالاست. ملک‌پور و همکاران (Malekpur et al, 2006)، طی مطالعه‌ای، استرس مادران کودکان کم‌توان ذهنی را با استرس مادران کودکان نابینا و ناشنوا مقایسه کرد. وی دریافت که مادران کودکان کم‌توان، بیش‌ترین استرس را متحمل می‌شوند و میزان این استرس با مسایلی همچون درجه کم‌توانی ذهنی و علایق اعضای خانواده مرتبط است. با توجه به مواجهه شدن این مادران با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که ماهیت محدود‌کننده و مخرب دارند می‌توان گفت که بین فشار روانی و ناتوانی‌های فرزندان آنها رابطه تنگاتنگی وجود دارد. در تبیین این پدیده می‌توان گفت به علت تقبل مسئولیت بیش از اندازه مادر در طول زندگی که نتیجه آن، تحمل استرس بسیار، احساس ناامیدی، غم و اندوه و درک ابهام آمیز از آینده کودک و خود است، هم‌چنین ایفای نقش اول وی در حمایت همه‌جانبه از کودک، موجب غفلت آنان از خود در همه ابعاد جسمی، روحی-روانی و اجتماعی شده است. نبود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب و کاهش بهزیستی روانی از عوامل موثر در ایجاد استرس و اضطراب مادران کودکان ناتوان است (Gohel et al, 2011). از مهم‌ترین و مشکل‌آفرین‌ترین مسایل مربوط به یک کودک در خانواده، بعد تربیتی اوست. از آنجایی که بیش‌ترین بار تربیتی کودک معلول بر عهده مادر است، بنابراین ناکامی‌های مکرر مادر در تربیت و مسایل مراقبتی فرزند ممکن است به افزایش فشار روانی منجر گردد.

نتایج بررسی تاثیر حضور کودکان کم‌توان ذهنی بر رضایت مادران از زندگی زناشویی‌شان، نشان داد وجود کودک ناتوان ذهنی به عنوان یک متغیر مستقل بر رضایت زناشویی مادران اثر منفی دارد و مادران این دسته از کودکان از رضایت زناشویی کمتری برخوردار بودند. یافته این

پژوهش با نتایج پژوهش‌های رضانی (Ramezani, 2003)، فلوید و همکاران (Floyd et al, 1998)، لاول (Lavee, 1996)، فیلیپ و فلوید (Philippe & Floyd, 1997) و کیتزمن (Kitzmann, 2000) و خامیس (Khamis, 2007). مطابقت دارد. بهیژه و همکاران (Behpajoh et al, 2005)، طی مطالعه‌ای که به تاثیر کودکان کم توان ذهنی بر رضایت زناشویی والدین پرداختند، دریافتند که این گروه از والدین در زمینه رضایت زناشویی دچار مشکل هستند. معتمدین و دیگران (Motamedin et al, 2008)، در مطالعه خود به تاثیر کودکان کم توانان ذهنی بر بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین پرداختند. یافته‌ها نشان داد این گروه از والدین در ارتباط با سه موضوع مطرح شده دچار مشکلات عدیده‌ای هستند. لاول (Lavee, 1996)، نیز نشان داد که رضایت زناشویی و کیفیت رابطه زناشویی بوسیله پریشانی‌های روانی و استرس ناشی از داشتن کودک عقب مانده تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

رضایت زناشویی به عنوان مساله حیاتی در حفظ بقا و سلامت خانواده، حاصل خشنودی و سازگاری زن و شوهر در ابعاد گوناگون زندگی مشترک و متاثر از عوامل محیطی متفاوت است. فرزندان یکی از عوامل موثر بر زندگی مشترک‌اند. وجود کودک کم‌توان ذهنی از بدو تولد و یا در مراحل بعدی رشد، می‌تواند موجب افزایش میزان استرس و آسیب روانی و بروز مشکلات در زندگی خانوادگی شود. با تولد کودک، تغییراتی در کارکرد خانواده و روابط والدین ایجاد می‌شود که ممکن است تهدیدی برای امنیت عاطفی و کاهش رضایت زناشویی و در نتیجه سبب افزایش احتمال غفلت زن و شوهر از یکدیگر شود. مادران دارای کودک ناتوان به‌گونه جدی در مقابل جنبه‌های آسیب‌شناختی این رویداد تاثیر پذیرند و میزان رضامندی زناشویی آنها مطلوب نیست. ناتوانی کودکان در انجام امورات شخصی روزمره، مشغله بسیار مادران و نیاز به پیشرفت آنان برای دست یافتن به موفقیت فرزندان می‌تواند از دلایل دیگر پایین بودن میزان رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده باشد (Mitchell et al, 2008).

فرض سوم این پژوهش مبنی بر اینکه بین دو متغیر فشار روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر رابطه معنی‌دار وجود دارد نیز مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به مقدار منفی ضریب همبستگی محاسبه شده، نتیجه می‌شود که با افزایش فشار روانی، میزان رضایت زناشویی به‌گونه معنی‌داری کاهش می‌یابد. نتیجه این فرض با پژوهش بریس فورد (Beresford, 1999)، کازاک و مادوین (Kazak & Madvin, 1984)، دایسون (Dyson, 1991) و مسایلی (Masaeliy, 1999) همخوانی دارد.

مطالعه انجام شده، حاکی از استرس فزاینده‌ای است که مادران کودکان عقب مانده را درگیر می‌کند؛ از آن جمله می‌توان به عدم سلامت، کندی رشد، نیاز به امکانات ویژه اعم از مراقبت

جسمی، درمانی و آموزشی، مشکلات خانوادگی شامل سرخوردگی، آرزوها و رویاهای بر باد رفته، تحمل صحبت‌های دیگران، احساس خجالت، پنهان کردن کودک، مسایل مالی و... اشاره کرد که همگی موجب ایجاد فشار و تشدید آن در گذر زمان می‌گردد.

این پژوهش نشان داد مادران کودکان عقب مانده، استرس روانی بیش‌تر و میزان رضایت زناشویی کمتری نسبت به گروه کنترل دارند. از این رو چنانچه تدابیری در جهت حمایت عاطفی مادر و امیدواری او در خصوص کودک ناسالم اتخاذ شود، این احتمال وجود دارد که میزان استرسی که در آن قرار دارد کمتر شود و در پرتو آرامش روانی بیش‌تر مادر، میزان موفقیت او در برخورد با مشکلات فرزندش افزایش یابد و از زندگی زناشویی رضایت بیش‌تری کسب نمایند.

در راستای نقش مهم زنان در زمینه‌های ارتقاء بهداشت کودک و خانواده و توانمندی لازم آنان در ارائه خدمات حرفه‌ای و تخصصی و کاهش اثرات آسیب‌پذیری و ایفای نقش‌های همسری و مادری در خانواده و در نهایت اثرات سلامت آنان بر جامعه، ضرورت دارد با برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره‌ای جهت مادران، در زمینه‌های روش‌های فرزند پروری، مهارت‌های حل تعارض و مهارت‌های مقابله با استرس، اصلاح رفتار، اصلاح نگرش و اسنادهای مربوط به مقصر شناختن خود، پیشگیری از نارزنده سازی خود و اجتناب از حمایت‌های افراطی آموزش‌های مطلوب داده شود و با ایجاد شرایط گوناگون حمایتی و امکانات گوناگون، گامی در جهت کاهش مشکلات مادران و ایجاد رضامندی زناشویی برداشته شود.

References

1. Afroz, Gholom Ali. (2002). Introduction of Psychology and Education of Exceptional Children. Tehran University. (Persian)
2. Alborzi, Shahla & Bashash, Laya. (1993). Evaluation of attitude of parent of mentally retarded children to prevention, education and facilities in society. *Journal of Humanities and Social Sciences of Shiraz university*, 2, 45-64. (Persian)
3. Alborzi, shahla & Samani, Seyamak. (2000). Evaluation of believe and awareness of parent of mentally retarded children. *Journal of psychology and Educational Sciences*, 4, 57-70. (Persian)
4. Aliakbari, Mahnaz & Kakojoibari, Aliasghar & Yektakhah, Soroor. (2011). Stress in mothers of hearing impaired children compared to mothers of normal and other disabled children. *Journal of shenavaeesanji*, 20(1), 128-136. (Persian)
5. BaniAsadi, Hassan. (2002). Evaluation of the effect of some individual and social factors the influence marital compatibility.

6. Journal of Humanities Sciences of Sistan and Baluchistan university, 8, 7-29. (Persian)
7. Behpajoh, Ahmad & Ramezan, Fereidoun.(2005). Acomparison of marital satisfaction in parents of mentally retarded and normal children. Journal of Humanities and social Sciences of Shiraz University, 22(4),72-74. (Persian)
8. Beresford, B. A.(1999). Resources and strategies: How parent coping with the care of disabled child. *Journal of child psychology and psychiatry*,10,171-204 .
9. Campbell, T.L.(2003).The effectiveness of family interventions for physical disorders.Journal of marital and family,29(2),263-281.
10. Dabraowska,A & Pisula, E.(2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of preschool children with down syndrome. *journal of Intellectuall Disabilities Research*,54,266-279.
11. Duvdevany, I .(2003). Stress, social support and wellbeing of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by wel fare services in northern Israel. *American journal mental retard*,45, 264-272 .
12. Dyson, I.(1991). Families of young children with handicaps: parental stress and family functioning. American journal Mental Retardation, 1, 13-44.
13. El-Sheikh, M & Harger,j.(2001). Appraisals of Marital Conflict and Children's Adjustment, Health and Physiological Reactivity. *Developmental Psychology*,37,6,875-885.
14. Emadneya, Reza. (2010). Acomparison of resiliency marital satisfaction and mental health in parents of children with mentall retarded and normal children.Thesis in General Psychology (M.A., Shiraz university.(Persian)
15. Floyd, F & Gillion,L. A & Costigan, C.L.(1998). Marriage the parenting Alliance: longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors. *Child Development*,69,146-149.
16. Garcia, S.P.(1999).Preception of Hispanic and african American couples at the friendship or engagement stage of a relationship. *journal of social and personal relationship*,16(1),32-43.
17. Gohel, M & Mukherjee, S.(2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand Disrict. *Healthline*, 2(2),23-39.

18. Gosch, A. (2001). Maternal stress among mothers of children with mental retardation. *Journal of child psychology and psychiatry*, 29,285-295 .
19. Hodapp, R. (2003). Father of school-age children with mental retardation. *Journal intellect disable Res.* 47,273-284 .
20. Hosseini, Javad & Dejkam, Mahmood. (1998). Social relationship quality, stress rate and strategy for coping with it in cardiovascular patients. *Journal of psychiatry, Clinical psychology and Mental Health*, 6, 41-49 .(persian)
21. Houser,P.(2008).The well being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with helthcare. *Res Dev Disabil*,29(2),97-112.
22. Islam, Z & Farjana, SH & SHahnaz, R.(2013).Stress among parents of children with mental retardation. *Journal of medical science*, 12(1),12-21.
23. Johnson, D.R. (2002).An empirical test of crisis, social selection and role explanations of relationship between marital disruption and psychological distress. *Journal of marriage and family*, 64,211-224 .
24. Kazak, A & Madvin, B.(1984). Differences, difficulties and adaptation: stress and social net work in families with handicapped child. *Journal of family Relation*,12,45-66 .
25. Kersh,T.T & Hedvat ,P.(2006).The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*,50(12),883-893.
26. Khazaie, Kolsom.(2003). The comparison of methods for coping with stress in parent of mentally retard children. *Journal of Taleem and Tarbeyat*,20,24-29. (Persian)
27. Khamis,V.(2007). psychological distress among parent of children with mental retardation in the united Arab Emirates. *Social science and Medicine*,64,850-857 .
28. Khorramabady, R & Poretamad, H. R & Thahmasyan, K.(2009). Parenting stress in mothers of children with Autism disorders with normal children. *Journal of Family Research*,19,378-391.
29. Kitzmann, K.M.(2000).Effects of Marital Conflict on Subsequent Triadic Family Interactions and Parenting. *Developmental Psychology*, 36,1,3-13.
30. Kwan, M.(2011). Parental stress in parents of children with disability.The Chinese University of HongKong.Ref no:R21-11.

31. Lavee, Y.(1996).The effect of parenting stress on marital quality. *Journal of family issues*,17,114-135 .
32. Malekpur, Mokhtar & Farahani, Hojatollah.(2006). The effect of life skills training on mothers stress having mentally retarded and normal children. *Research on Exceptional children*,6(2),661-760.(Persian)
33. Masaely, Mohsen.(1999). The comparison of stress and marital compatibility of parent of mental retard and handicapped children with parent of normal children aged 5-17 years in Esfahan. Thesis in General psychology ((M.A)). Esfahan university.(Persian)
34. Mehrabizade, Honarmand. (2009). A comparison of mental health of parent of trainable mental retarded children (7-12 years) with parent's normal children. *Research in the area of exceptional children*,2-179-187.(Persian)
35. Mitchell,D.B & Houser,P.(2008).The well being of mothers of adolescent with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care. *Res Dev Disabil*, 29(2),97-112.
36. Motamedin, Mokhtar & Sohrbi, Fariba & Fathi, Azar. (2008). Comparison of mental health, marital satisfaction and expression parents of mental retarded and normal students in West Azarbaijanprovince. *Knowledge and Research in Applied psychology*, 10(35-36),123-152 .(Persian)
37. Mugno, D & Ruta,L.(2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Division of child Neurology and psychiatry* ,86,5-22 .
38. Ong,L & Chandran,V.(1999) Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Journal pediatric child health*,35,358-362 .
39. Olson, D. H & Fournie, D. G. (1989). *Families California*: sage publication Inc.
40. Orsmond, G.(1999). Mothers and fathers of children with mental retardation: parental and stress and involvement in child care. *American journal mental retard*,104,422-436 .
41. Phillippe, k & Floyd, F.(1997). Developmental change and consistency in parental interactions with school age children who have mental retardation. *Journal of mental retardation*,101,579-594 .

42. Poorshahbaz, Abas.(1993). The relationship between stress, life events and personality type in patients of leukemia. Thesis in clinical psychology ((M.A)).Tehran university.(Persian)
43. Ramezani, F. (2003). Evaluation and Comparison of marital satisfaction of parent of mentally retarded and normally children. Thesis in General psychology ((M.A)).Tehran university.(Persian)
44. Samani, Seyamak. (1996). The role of exceptional children consultants in educational of parent of These children .peyvand, 198,30-36 .(Persian)
45. Trostre,H.(2001). Sources of stress in mothers of children with impairment. *Journal of visual Impairment and Blindness*.U.S.A: Blackwell publisher,8,13-26 .

