

## مقایسه کنترل عواطف مادران کودکان عقب مانده با مادران کودکان نابینا و ناشنوا شهرستان رشت

وحید خوش روش<sup>۱</sup>، مریم میرکریم پور<sup>۲</sup>، رقیه شوکتی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن  
<sup>۲</sup>دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن  
<sup>۳</sup>دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

### چکیده

هدف مقایسه کنترل عواطف مادران کودکان عقب افتاده با مادران کودکان نابینا و ناشنوا شهرستان رشت انجام شده است جامعه پژوهش حاضر تمامی دانش آموزان مدارس استثنایی رشت که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردیده و مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش از روش میدانی برای گرد آوری داده ها استفاده شد برای این منظور از پرسشنامه کنترل عواطف برای جمع آوری داده ها استفاده شده است. مطالعه حاضر از نوع پژوهش های علی مقایسه ای است. در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از هر دو آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بررسی توصیفی داده ها، از جداول توزیع فراوانی و درصد، نما، میانه میانگین، واریانس، انحراف معیار استاندارد و غیره استفاده شده است و از آمار استنباطی؛ بنابر ضرورت به کمک نرم افزارهای آماری (SPSS۲۰) برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از نمونه آماری استفاده شده است نتایج به دست آمده بین میانگین خشم مادران کودکان عقب مانده با خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری وجود دارد، بین میانگین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ بین میانگین اضطراب مادران کودکان عقب مانده با اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری وجود دارد بین میانگین عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری با هم ندارد.

**واژه های کلیدی:** کنترل عواطف، کودکان عقب مانده، کودکان نابینا، کودکان ناشنوا

## ۱. مقدمه

یکی از طبیعی ترین گروه هایی که می تواند نیازهای انسانی را ارضاء کند خانواده است؛ وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آنها، برقراری ارتباطات سالم اعضاء با هم و کمک به استقلال کودکان است. حتی اگر کودک عقب مانده (کودکانی که رشد هوشی شان متوقف و کنش های نهادی شان قوی و زیاد است)، نابینا و ناشنوا باشد (افروز، ۱۳۷۶: ۲۳).

این در حالی است که فشار روانی حاصل از داشتن کودک عقب مانده، نابینا، ناشنوا و هرگونه از این موارد، سبب تشدید مشکلات و افزایش مسئولیت شده و به عنوان منبع تنش و فشار سرباز می زند (گوهل و ماجرچی، ۲۰۱۱: ۲۳-۳۹). تئوری عمومی سیستم ها نیز به این موضوع توجه دارند که خانواده یک گروه به هم پیوسته است؛ و هنگامی که بحران تولد فرزند معلول، تعامل این سیستم را به هم می زند؛ این گروه ضعیف می گردد. با تولد یک کودک ناتوان، کارکردهای روانشناختی خانواده به هم می خورد که در سطح کلان سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده و در سطح خرد نیز، کارکردهایی همچون ابراز کردن حل تعارض، استقلال، پیشرفت ارزش های اخلاقی و مذهبی، ساختار و سازمان، کنترل و حل مسئله را تحت تاثیر قرار می دهد (میتچل و هوسو، ۲۰۰۸: ۹۷-۱۱۲).

وجود فرزند معلول عقب مانده نابینا و ناشنوا به شدت بر سلامت جسمانی و روانی والدین به خصوص مادر تاثیرگذار بوده و باعث کاهش مقاومت آنان در مقابل به بیماری شده و در نتیجه، نسبت بیماری را در آنها فزونی می بخشد (بلاچر و شی پیرو، ۱۹۹۷). همچنین نتایج تحقیقات حاکی از آن است که مادران دارای کودکان عقب مانده و معلول در مقایسه با پدران، با مشکلات بیشتری برخوردار بوده اند و نیز بیشتر با مشکلات رفتاری کودکان درگیرند. به همین ترتیب، استرس بیشتری را تجربه می کنند و نیاز به حمایت بیشتری دارند (اونگ، ۲۰۰۵).

با توجه به این مهم، یکی از تغییراتی که ممکن است مادران کودکان عقب مانده، نابینا، ناشنوا با آن درگیر باشند، کنترل عواطف است. عواطف بخش مهم و اساسی زندگی انسان را تشکیل می دهند به گونه ای که تصویر زندگی بدوی آن پنداری دشوار است (محمد امینی، ۱۳۹۱). ویژگی ها و تغییرات عواطف، چگونگی عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقش مهم در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی، روابط اجتماعی، شکل گیری هویت و مفهوم (خود) دارد (لطف آبادی، ۱۳۷۹). همه انسان ها هیجان ها و عواطف را در زندگی خود تجربه می کنند و این کاملاً طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون، هیجان ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجان ها و عواطف منفی شدید غیر عادی است و نه تنها سازنده نیست؛ بلکه مخرب و زیان باری نیز دارد (قدیری، ۱۳۸۴). بنابراین منظور از مهارت کنترل عواطف این است که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت های گوناگون تشخیص دهد و آن را ابراز و کنترل نماید (گروس، ۱۹۹۸). در واقع مدیریت و کنترل عواطف موجب می شود افراد، واقع بین، نیک اندیش و درست کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند (شعاری نژاد، ۱۳۸۶؛ به نقل از محمد امینی، ۱۳۹۱). با توجه: به اهمیت سلامت روان مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا در برابر محدودیت ها و معلولیت ذهنی و جسمی کودکانشان، همچنین کنترل عواطف در این خصوص، مسئله اصلی پژوهش حاضران است که کنترل عواطف مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا چگونه می باشد.

## ۲. مبانی تحقیق

عقب ماندگی ذهنی اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارتهای انطباقی مشخص می گردد. عقب ماندگی ذهنی از لحاظ آماری به این صورت تعریف می شود عملکرد شناختی که بر اساس آزمون استاندارد هوش، معادل دو انحراف معیار زیر میانگین جمعیت عمومی باشد (افروز، ۱۳۹۱).

عقب ماندگی ذهنی حالتی از رشد بازدارنده یا ناکامل ذهن است که به ویژه با اختلال در مهارتهایی که در جریان دوره ی رشد ظاهر می شوند مشخص می گردد و بر تمامی جلوه های هوش، یعنی تواناییهای شناختی، زبانی، حرکتی و اجتماعی تاثیر می گذارد. عقب ماندگی ذهنی ممکن است همراه یا بدون اختلال روانی یا جسمانی دیگر روی دهد. با این حال امکان

دارد افراد عقب مانده ی ذهنی دامنه ی وسیعی از اختلالات روانی را داشته باشند و شیوع سایر اختلالات روانی در این افراد دست کم سه تا چهار برابر بیشتر از کل جمعیت است ( نیکخو و دیگران، ۱۳۷۵). شایعترین اختلالات روانی همراه با عقب مانده های ذهنی عبارتند از : اختلال کاستی توجه بیش فعالی ، اختلالات خلقی ، اختلالات فراگیر رشد ، اختلال حرکت- کلیشه ای و اختلالات روانی مرتبط با بیماریهای جسمانی ( مانند زوال عقل ناشی از آسیب سر). افرادی که به عقب ماندگی ذهنی ناشی از نشانگان داون مبتلا هستند ممکن است به شدت در معرض ابتلا به زوال عقل از نوع آلزایمر باشند. تغییرات آسیب شناختی مغز در ارتباط با این اختلال معمولاً "در حدود سنین چهل تا پنجاه سالگی رخ می دهند ولی نشانه های بالینی زوال عقل تا سنین بعد آشکار نمی شوند (نیکخو و دیگران، ۱۳۷۵)

افراد عقب مانده بر خلاف تصور عموم از هوش و حافظه بی بهره نبوده و همه ی آنها به اختلالات حسی و حرکتی مبتلا نیستند. در افراد عقب مانده آنچه قابل توجه است عدم تعادل طبیعی و لازم در زمینه های رفتاری ، عاطفی و حسی و حرکتی است. مثلاً "در مورد فعالیت و استعدادهای حرکتی، یک عقب مانده ممکن است خیلی پر تحرک ، فعال و بیقرار و دیگری برعکس آرام ، بی حرکت و بدون فعالیت باشد. یا آنکه عقب مانده ای خیلی عصبانی ، تحریک پذیر و دیگری سست ، بی میل و لا قید به نظر بیاید (میلانی فر، ۱۳۹۵).

لذا آنچه در مورد این افراد به چشم می خورد عدم تعادل در زمینه های مختلف حرکتی ، عاطفی و غیره است. عدم تعادل از خصوصیتی است که در دوران کودکی حتی در کودکان سالم نیز دیده می شود و با رشد سنی کودک همواره تعادل و انطباق با محیط بهتر انجام می گیرد. لذا می توان گفت که عقب ماندگی حالتی است که رشد هوش در مراحل پایین متوقف شده است. مسلماً این فرض نمی تواند همه ی مسائل عقب مانده ها را توجیه کند مثلاً "نمی توان آرامی و بی حرکتی بیش از حد یا تحریک پذیری و عصبانیت بیش از اندازه عقب مانده ها را با توقف رشد در مراحل پایین توجیه کرد ، لذا باید قبول کرد که علاوه بر توقف در مراحل ابتدایی رشد ، فعالیت ذهنی در افراد عقب مانده به طور نا متعادل و نارسا وجود دارد. کودک عقب مانده ذهنی با آنکه از لحاظ هوشبهر با کودکان کوچکتر و عادی برابر است ولی در زمینه های مختلف فعالیت ذهنی تعادل کودک عادی را ندارد. قبول این امر باعث می شود که فرد عقب مانده را فقط یک موجود زنده مانند گیاه تلقی نکنیم و او را مانند سایر افرادی بدانیم که دارای نیازهای انسانی است منتها به علت عقب ماندگی ذهنی و فعالیتهای نا متعادل با افراد طبیعی اجتماع تفاوت دارد و به عبارتی دیگر فردی است استثنایی (میلانی فر، ۱۳۹۵).

افراد عقب مانده به علت نارسایی در رشد هوش ، بطور طبیعی توانایی و گنجایش یادگیری ندارند و در نتیجه نمی توانند از تجارب قبلی خود استفاده نمایند. به همین دلیل در سازگاری با شرایط جدید و حل مشکلات نا توانند. از طرف دیگر هر موجود زنده برای رفع نیازهای زندگی خود دارای نیروهای حیاتی ، روانی ، حسی ، حرکتی ، تغذیه ای و غیره است که مجموع نیروهای او را تشکیل می دهد. در افراد سالم بین نیروهای مذکور تعادلی وجود دارد ولی در عقب مانده ها این تعادل بهم خورده یا از بین میرود. به همین دلیل می گویند در عقب مانده ها کشش و تمایلات نهاد زیاد است. هر چه نارسایی هوش شدیدتر باشد اختلال در نیروهای حیاتی و روانی شدیدتر شده و باعث عقب ماندگی بیشتر و شدیدتری می شود. در واقع برای کودک یک دایره ی معیوب ایجاد می شود که محدودیتهای هوشی او را شدیدتر می کند. این افراد بالطبع قدرت یادگیری محدود تری داشته و یادگیری آنها در مقایسه با کودکان عادی از لحاظ کمی و کیفی محدود است. به علاوه هرچه مسائل پیچیده تر می شود فاصله ی این افراد با افراد عادی و به عبارت دیگر محدودیت در یادگیری بیشتر به چشم می خورد (میلانی فر، ۱۳۹۵).

در مسائل ساده و ابتدایی تفاوتها اندک و گاهی ممکن است محسوس نباشد. به همین منظور این افراد در آموزش به گروههای خاص و چند نفری و نظیر هم تقسیم می کنند و تا آنجا که ممکن است این نقص را برطرف می کنند. اشکال مهم دیگر جلب دقت این افراد است. عدم جلب دقت این افراد را ناشی از اختلال در حافظه ی فوری و کوتاه مدت می دانند. چون افراد عقب مانده نمی توانند آنچه را که یاد می گیرند به خاطر بسپارند لذا نمی توانند از تجربه های ساده قبلی استفاده کنند و این امر باعث بی علاقه گی آنها می شود. عده ای عقیده دارند حافظه ی دراز مدت افراد عقب مانده چندان مختل نیست و شاید به

همین علت است که باید برنامه های آموزشی این افراد تکراری باشد تا بتوانند با تکرار مطالب و سپردن آن به حافظه ی دراز مدت در یادگیری موفق شوند (میلانی فر، ۱۳۹۵).

نکته ی مهم دیگر اختلال و ناهنجاریهای بعضی از حواس پنجگانه مانند بینایی، شنوایی و گویایی در این افراد است که باعث محدودیت در امر یادگیری می شود. در افراد عقب مانده پدیده های تمیز و تعمیم که نقش مهمی در یادگیری دارند محدود است و در نتیجه قدرت ابداع و ابتکار بسیار کم می شود و تفکر به صورت یکنواخت و تکراری در می آید. بر اساس بررسی هایی که مورد قبول اکثر محققان است یادگیری مطلب در افراد عقب مانده بطئنی و کند است و آنچه را که یاد می گیرند زود فراموش می کنند. چون محدودیت در یادگیری و فراموشی در زمینه های کلامی بیشتر از زمینه های عملی است این افراد را بیشتر به کارهای حرفه ای تشویق می کنند. بنابراین نقش یادگیری عقب مانده ها جنبه ی کلی و عمومی ندارد. مشاوران راهنمایی وظیفه دارند اولاً "زمینه های خاص یادگیری را در کودکان مشخص کنند و در مرحله ی بعد تعیین کنند که کودکان عقب مانده نسبت به کدام یک از زمینه ها نارسایی دارند و کدام یک را با افراد طبیعی می توانند به طور یکسان بیاموزند. آگاهی از این موضوع نقش بزرگی در آموزش و پرورش این افراد ایفا می کند (میلانی فر، ۱۳۹۵).

کودک در ماه های سوم و چهارم با مادر و یا جانشین او ارتباط عاطفی برقرار می کند و از حدود پنج ماهگی جدایی از مادر کودک را متاثر می سازد و بالاخره از شش ماهگی به بعد کودک در برابر آشنا و بیگانه واکنشهای عاطفی متفاوتی از خود نشان می دهد. به خوبی می توان حدس زد برای اینکه بین کودک و مادر یا افراد آشنا ارتباط عاطفی برقرار شود کودک به هوش نسبتاً "طبیعی" نیاز دارد. شناخت مادر و تمیز او از دیگران به درک صحیح، حافظه، تجارب قبلی و خلاصه به هوشبهر طبیعی بستگی دارد و اگر کودک به عللی این شناخت را نداشته باشد رابطه ی عاطفی دستخوش اختلال خواهد شد و بالطبع رشد عاطفی کودک نیز غیر طبیعی می شود (لطف آبادی و همکاران، ۱۳۸۴).

مطالعات و مقایسه ی کودکان عادی و عقب مانده نشان داده است که عقب مانده ها از نظر رشد عاطفی تاخیر دارند و مرحله ی منفی گری که یکی از مراحل رشد عاطفی است و در کودکان به مرحله ی مقاومت معروف است در عقب مانده ها دیرتر از کودکان عادی بوجود می آید و طولانی تر نیز باقی می ماند. مرحله ی مقاومت اکثراً "بین دو تا سه سالگی در کودکان طبیعی اتفاق می افتد و به صورت خودداری از غذا خوردن، لج کردن یا انجام دادن عاداتی که منع شده تظاهر می کند. توقف بیش از حد در این مرحله موجب رکود رشد ذهنی کودک می شود. یکی از مهمترین عیوب منفی گری این است که روابط اجتماعی کودک به شکل ابتدایی یا در مراحل اولیه تثبیت می شود (لطف آبادی و همکاران، ۱۳۸۴).

بدیهی است بین کودکان عادی و عقب مانده از لحاظ هیجان پذیری تفاوتی محسوس وجود دارد و حتی خود عقب مانده ها نیز با هم متفاوت اند به طوری که بعضی بسیار هیجان پذیرند و کوچکترین تغییری در برنامه های زندگی آنها باعث اضطراب و بیقراری بیش از حد می شود و برخی برعکس بی توجهی عاطفی دارند و بزرگترین حوادث هم در آنها حالات هیجانی ایجاد نمی کند. عدم کنترل عواطف و هیجانات بالا قیدی باعث اختلال در سازگاریهای عاطفی و شخصیتی این افراد می شود و در نتیجه اجتماعی شدن و سازگاری با محیط زندگی به حد مطلوب نمی رسد. مسئله ی مهم از نظر عاطفی تفاوتی است که بین عقب مانده های عمیق و عقب مانده های سطحی و متوسط وجود دارد. عقب مانده های عمیق به علت اختلالات شدید، حالات هیجانی و بی توجهی عاطفی، به ندرت رفتارهای غیراجتماعی و ضد اجتماعی و یا خطرناک از خود بروز می دهند و اگر هم چنین رفتارهایی از خود نشان دهند چندان خطرناک نیست. در حالی که در عقب مانده های سطحی چون کششهای عاطفی و هیجانی در مراحل ابتدایی تثبیت شده و این افراد به عقب ماندگی خود واقفند، عقده ی خودکم بینی یا احساس حقارت شدیدی در آنان وجود دارد و به همین دلیل رفتارهای غیراجتماعی، ضد اجتماعی و خطرناک بیشتر بروز می کند (لطف آبادی و همکاران، ۱۳۸۴).

با توجه به محدودیت هایی که افراد عقب مانده در زمینه های هوشی و یادگیری و همچنین عاطفی دارند نمی توان انتظار داشت رشد و تکامل این افراد طبیعی باشد. از آنجا که عوامل متعددی در ایجاد عقب ماندگی دخالت دارد و این عوامل از

ضایعات شدید مغزی تا عوامل عاطفی و فرهنگی تغییر می کند بنابراین محدودیت یا اختلال در رشد شخصیت در عقب مانده ها یکسان نیست مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته غالبا "ناقص بوده و نتایج یکنواختی نداشته است (افروز، ۱۳۸۵). اکثر مطالعات به بررسی کودکانی پرداخته است که در آسایشگاهها بستری بوده اند در حالی که بیشتر افراد عقب مانده در منازل نگهداری می شوند. اگر عقب مانده های آموزش پذیر و سطحی در محیط معمولی قرار گیرند و از روشهای مناسب تربیتی و آموزشی برخوردار باشند در صورتی که همین افراد در محیط نامساعد دچار اختلالات شخصیتی شدید و رفتارهای ضد اجتماعی شده و غالبا "آلت دست افراد سودجو می شوند. در مورد رشد شخصیت افراد عقب مانده اختلاف نظر زیاد است (افروز، ۱۳۸۵).

بعضی عقیده دارند افراد عقب مانده با افراد طبیعی از لحاظ شخصیتی اختلافی ندارند و رفتارهای غیر طبیعی آنها ناشی از محدودیتهای هوشی و یادگیری آنهاست ولی بر خلاف گروه اخیر، عده ای عقیده دارند که افراد عقب مانده بیشتر مبتلا به اختلالات رفتاری و شخصیتی می شوند. کودک از راه فعالیت های گروهی و بازی، رشد فکری، ورزشی، مهارت عضلانی و شخصیت متعادل پیدا می کند و با بازی احساسات، افکار و ناراحتیهای خود را بیان می کند. وقتی کودک عقب مانده خود را نسبت به همبازی هایش ضعیف و ناتوان احساس کند نمی تواند رابطه صحیحی با همبازیهایش برقرار کند، همواره رفتارهای یکنواخت و تکراری و بازیهای بیشتر جنبه تقلیدی دارد لذا از بازیها و فعالیتهای گروهی احساس لذت و شادی نمی کند و تجاربی به دست نمی آورد. چون کودک عقب مانده خود را نسبت به اطرافیانش ضعیف و ناتوان احساس می کند و مرتباً از طرف دوستان یا مربیان، به علت شکستهای پی در پی، تحقیر می شود بنابراین نه تنها شخصیت او تعدیل نمی گردد بلکه موجب ناکامی و بروز واکنشهای عاطفی شدید و نابجا شده و شخصیت او را کاملاً "نامتعادل می سازد (افروز، ۱۳۸۵).

تحقیقات نشان میدهد که پدران زودتر و آسانتر از مادران عقب ماندگی ذهنی فرزند خود را می پذیرند. با اینکه پدران امروزی بیش از پدران نسلهای قبل در کار فرزندانشان درگیر می شوند ولی شواهد نشان دهنده این حقیقت است که دخالتهای پدر همیشه بطور غیر مستقیم بوده است. و پدر در نقش حامی و مادر در نقش مراقب بوده اند. همیشه بین کودک عقب مانده و اعضای خانواده رابطه دو جانبه و آشکاری وجود دارد. هر چه این رابطه صمیمانه تر باشد احتمال با ثبات بودن، قابل کنترل بودن و آرامتر بودن کودک بیشتر است و کودک محبت و حمایتی را که که احتیاج دارد تا سازگاری خود را برقرار سازد بدست می آورد و در نتیجه کسانی که با کودک زندگی می کنند رضایت و ثبات بیشتری خواهند داشت. یکی از عوامل مهم در سازگاری و رابطه میان والدین و کودک مسئله هوش والدین است. در خانواده های باهوش درک عقب ماندگی ذهنی کودک برای خانواده بسیار رنج آور است و از طرف دیگر خانواده هایی که از توانایی هوشی کمی برخوردارند بهتر قادرند که از کودک عقب مانده خود حمایت کرده، و برای او برنامه ریزی نمایند. مطالعات نشان می دهد که والدینی که از نظر آموزشی در سطح ضعیف و متعلق به گروه اجتماعی و اقتصادی پایین تری هستند در سازگاری، حمایت و کمک به کودک عقب مانده خود موفق ترند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۱).

والدین کودک بایستی سعی کنند ناتوانی کودک را بپذیرند و در جهت سازگاری به وی کمک کنند واز بلند پروازی بپرهیزند و قبول کنند که کودک نیز می تواند کارهای زیادی در حد توانائی خود را انجام دهد. گرچه کودک از نظر آکادمیک نمی تواند مطلوب باشد اما مهارت های فردی و حرفه ای بسیاری وجود دارد که او می تواند در آنها موفقیتی داشته باشد. اگر کودک در روابط خانوادگی احساس امنیت کند و اگر بداند که والدین از او مراقبت و حمایت خواهند کرد وقتی از پیشرفت های کمی که دارد راضی هستند کودک سازگارتر شده و تلاش برای یادگیری و سازگاری با دنیای خارج نیز زیاده تر خواهد شد. مطالعات سیمن سون و هال نشان میدهد که اعضای خانواده ها مخصوصاً والدین می توانند مربیان خوبی برای کودک عقب مانده خود باشند زیرا آنها کودک را بهتر درک می کنند و در طی زندگی اعضا ثابتی هستند ولی آموزگاران افرادی هستند که مرتباً عوض می شوند. شرکت خانواده در فعالیت های حرفه ای و آموزشی می تواند احساس شایستگی و کنترل را برای اعضا خانواده افزایش دهد. آنها می توانند مهارت ها و طرق مختلف آموزشی را بیاموزند و به کودکشان کمک نمایند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۱).

## ۳. روش شناسی تحقیق

مطالعه حاضر از نوع پژوهش های علی مقایسه ای است. در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از هر دو آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بررسی توصیفی داده ها، از جداول توزیع فراوانی و درصد، نما، میانه میانگین، واریانس، انحراف معیار استاندارد و غیره استفاده شده است و در بخش آمار استنباطی برای بررسی فرضیه ها و معنی داری آن ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) به دلیل این که بتوانیم چند متغیر را در سه گروه مقایسه کنیم و همچنین برای مقایسه های دو به دو متغیرها در گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان نابینا و ناشنوا شهرستان رشت است که کودکانشان در مدارس استثنایی در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ به تحصیل مشغولند. این پژوهش از نوع پژوهش های علی-مقایسه ای است؛ یکی از راه های کنترل در تحقیقات علی مقایسه ای همتا سازی و همگن کردن گروه های مورد مقایسه است. در این پژوهش همگن سازی از طریق کنترل نوع مدرسه اعمال شده و فقط دانش آموزان مدارس استثنایی مورد مطالعه قرار گرفته است و همتا سازی از طریق برابری حجم گروهها رعایت شده و سه گروه به تعداد مساوی در نظر گرفته شده است؛ از بین مدارس استثنایی شهرستان رشت که ۱۴ مدرسه بود. تعداد ۱۰ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و از این ۱۰ مدرسه تعداد ۹۰ دانش آموزان (۳۰ نفر عقب مانده، ۳۰ نفر نابینا و کم بینا، ۳۰ نفر ناشنوا و کم شنوا) به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ایی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این دانش آموزان در پایه های مختلف ابتدایی (اول تا ششم) بودند. با هماهنگی مدیران مدارس پرسشنامه تحقیق در اختیار مادران این دانش آموزان قرار گرفت و توضیحات لازم در خصوص چگونگی پاسخ دادن به سوالات داده شده و پس از تکمیل مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند ابزار اندازه گیری در این تحقیق عبارت است از پرسشنامه کنترل عواطف از انیسی (۱۳۷۷) است که دارای ۴۲ ماده است. و مؤلفه های ۴ گانه خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت را مورد سنجش قرار می دهد.

توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۲ تا ۱۰۵ باشد، میزان کنترل عواطف در این جامعه ضعیف می باشد.

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۰۵ تا ۱۸۶ باشد، میزان کنترل عواطف در سطح متوسطی می باشد.

در صورتی که نمرات بالای ۱۸۶ باشد، میزان کنترل عواطف بسیار خوب می باشد.

پاسخ عبارات ۳۱-۳۰-۲۷-۲۲-۲۱-۱۸-۱۷-۱۶-۱۲-۹-۴ و ۳۸ بر عکس نمونه گذاری میشود به این شکل که به پاسخ به شدت مخالف نمره گذاری میشود به این شکل که پاسخ به شدت مخالف نمره ۷ و به پاسخ به شدت موافق نمره ۱ داده میشود. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید

قابلیت اعتماد یا پایایی، یکی از ویژگی های فنی ابزار اندازه گیری است. بدین معنا که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست میدهد. معمولاً دامنه ضریب قابلیت اعتماد از صفر (عدم ارتباط) تا (۱+ ارتباط کامل) است. ضریب قابلیت اعتماد نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه گیری، ویژگی های با ثبات آزمودنی و یا ویژگی های متغیر و موقتی آن را میسنجد.

اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به تربیت برای نمره کلی مقیاس ۷۸٪، ۹۴٪، برای زیر مقیاسهای خشم ۷۳٪، ۷۲٪ زیر مقیاس، خلق افسرده ۷۶٪، ۹۱٪ زیر مقیاس اضطراب ۷۷٪، ۸۹٪، و زیر مقیاس عاطفه مثبت ۶۶٪، ۸۴٪ جهت یک نمونه از دانشجویان دوره لیسانس بدست آمده؛ همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن نیز به دست آمده است (ویلیامز، کمپل و آهرانز، ۱۹۹۷).

ضریب پایایی مقیاس کنترل عواطف به وسیله با آزمون آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار بالای spss بدست آمده است که به طبق زیر می باشد؛ که نشان دهندهی مناسب بودن مقیاس کنترل عواطف میباشد (به نقل از بگیان کوله مرز، ۱۳۹۱).

لذا؛ با توجه به آلفای بدست آمده برای متغیر های تحقیق می توان استنباط کرد که پرسش نامه نهایی پژوهش، از پایایی نسبتاً خوبی برخوردار است. در این پژوهش از روش اعتبار محتوا (سنجش میزان وجود اندازه ی صفت) برای تعیین روایی ابزار گرد آوری داده ها استفاده شده است. بدین ترتیب که به منظور تعیین روایی عبارات پرسشنامه، مؤلفه ها و گویه های شناسایی شده از ادبیات پژوهش، در اختیار چند استاد قرار داده شد و روایی پرسش نامه به روش اعتبار محتوا تأیید گردید.

#### ۴. یافته های تحقیق

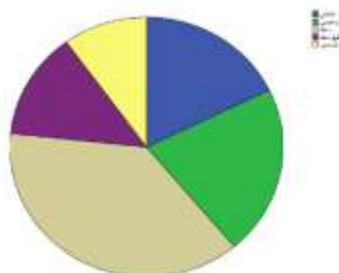
بررسی توصیفی داده ها

جدول ۱- شاخص های توصیفی گروه برحسب تحصیلات

تحصیلات	فروانی	درصد فراوانی	فراوانی ترکیبی
ابتدایی	۱۶	۱۷/۸	۱۷/۸
راهنمایی	۱۹	۲۱/۱	۳۸/۹
دیپلم	۳۴	۳۷/۸	۷۶/۷
فوق دیپلم	۱۲	۱۳/۳	۹۰/۰
لیسانس	۹	۱۰/۰	۱۰۰
کل	۹۰	۱۰۰	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود از ۹۰ نفر از مادرانی که در تحقیق حاضر مشارکت داشتند، ۱۶ نفر معادل ۱۷/۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹ نفر معادل ۲۱/۱ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۴ نفر معادل ۳۷/۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم ۱۲ نفر ۱۳/۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس، ۱۲، و تنها ۱۲ نفر معادل ۱۰ درصد دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند در نمودار زیر این تفسیر قابل مشاهده می باشد.

نمودار ۱ شاخص های توصیفی گروه برحسب تحصیلات

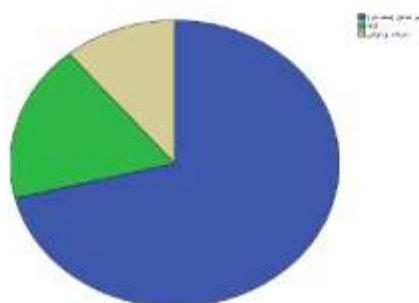


جدول ۲ شاخص های توصیفی گروه برحسب شغل

شغل	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تراکمی
غیر شاغل (خانه دار)	۶۴	۷۱/۱	۷۱/۱
مشاغل آزاد	۱۶	۱۷/۸	۸۸/۹
شرکت های خصوصی و ادارات دولتی	۱۰	۱۱/۱	۱۰۰
کل	۹۰	۱۰۰	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود از ۹۰ نفر از مادرانی که در تحقیق حاضر مشارکت داشتند، ۶۴ نفر معادل ۷۱/۱ درصد غیر شاغل (خانه دار)، ۱۶ نفر معادل ۱۷/۸ درصد دارای مشاغل آزاد و ۱۰ نفر معادل ۱۱/۱ درصد خصوصی و ادارات دولتی مشغول بودند. در نمودار زیر این تفسیر قابل مشاهده می باشد.

نمودار ۲ شاخص های توصیفی گروه برحسب شغل



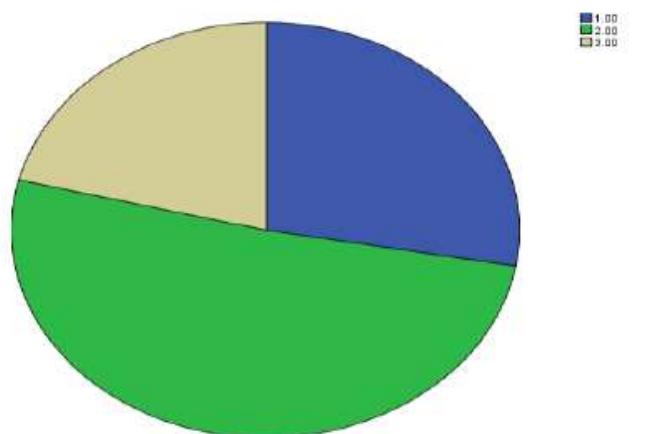
جدول ۳ شاخص های توصیفی گروه برحسب تعداد فرزند

تعداد فرزند	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تراکمی
یک فرزند	۲۵	۲۷/۸	۲۷/۸
دو فرزند	۴۶	۵۱/۱	۷۸/۹
سه فرزند و بیشتر	۱۹	۲۱/۱	۱۰۰
کل	۱۰۰	۱۰۰	



همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود از ۹۰ نفر از مادرانی که در تحقیق حاضر مشارکت داشتند، ۲۵ نفر معادل ۲۷/۸ درصد دارای یک فرزند، ۴۶ نفر معادل ۵۱/۱ درصد دارای دو فرزند و ۱۹ نفر معادل ۲۱/۱ درصد دارای سه فرزند و یا بیشتر بودند. در نمودار زیر این تفسیر قابل مشاهده می باشد.

نمودار ۳ شاخص های توصیفی گروه برحسب تعداد فرزند

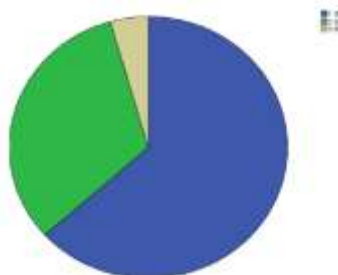


جدول ۴ شاخص های توصیفی گروه برحسب رتبه فرزند معلول (چندمین فرزند خانواده)

رتبه فرزند معلول	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی ترکیبی
اولین فرزند	۵۷	۶۳/۳	۶۳/۳
دومین فرزند	۲۹	۳۲/۲	۹۵/۶
سومین فرزند و بیشتر	۴	۴/۴	۱۰۰
کل	۱۰۰	۱۰۰	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود از ۹۰ نفر از مادرانی که در تحقیق حاضر مشارکت داشتند، ۵۷ نفر معادل ۶۳/۳ درصد اولین فرزند، ۲۹ نفر معادل ۳۲/۲ درصد دومین فرزند و ۴ نفر معادل ۴/۴ درصد سومین فرزند و یا بیشتر دارای معلولیت بودند. در نمودار زیر این تفسیر قابل مشاهده می باشد.

نمودار ۴ شاخص های توصیفی گروه برحسب رتبه فرزند معلول (چندمین فرزند خانواده)



جدول ۵ شاخص های توصیفی گروه برحسب سن

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
سن	۴۱/۲۹	۹/۴۸	۲۸	۵۴

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود میانگین سن مادران شرکت کننده در این پژوهش ۴۱/۲۹ سال با انحراف استاندارد ۹/۴۸ که پایین ترین سن ۲۸ و بالاترین سن ۵۴ سال بود.

جدول ۶ نتایج آزمون گلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده

متغیر	Z	سطح معنی داری	چولگی	کشدگی
خشم	۱/۲۹	۰/۰۷	۱/۱۸	۱/۵۴
خلق افسرده	۱/۰۳	۰/۲۴	-۰/۴۹	-۰/۱۳
اضطراب	۱/۸۹	۰/۰۱	۱/۶	۳/۳۶
عاطفه مثبت	۱/۲۳	۰/۱۰	۱/۱۲	۱/۴۶

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود؛ مقادیر Z آزمون گلموگروف اسمیرنوف بجز مولفه اضطراب از نظر آماری معنی دار نیست ( $p \geq 0/07$ )؛ همچنین شاخص های چولگی و پراکندگی بین -۲ تا +۲ قرار گرفته است؛ بنابراین توزیع داده ها نرمال بوده و می توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده کرد.

جدول ۷ آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس

متغیر	F	df <sub>۱</sub>	df <sub>۲</sub>	sig
خشم	۱/۲۲	۲	۸۷	۰/۳۴
خلق افسرده	۳/۶۴	۲	۸۷	۰/۰۳
اضطراب	۱/۲۱	۲	۸۷	۰/۳۶
عاطفه مثبت	۱/۴۴	۲	۸۷	۰/۲۴

آزمون لون برای بررسی فرض یکسانی واریانس ها انجام می پذیرد. همانطور که نتایج جدول نشان می دهد در بیشتر مولفه ها سطح معنی داری Fهای محاسبه شده بیشتر از  $P \geq 0/05$  می باشد، که بیانگر آن است که تفاوت واریانس ها از نظر آماری معنی دار نیست و فرض تساوی واریانس ها برقرار است؛ لذا نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری را می توان گزارش کرد.

## بررسی فرضیات

فرضیه ۱: خشم مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است.

جدول ۴ شاخص های توصیفی خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خشم	مادران کودکان عقب مانده	۳۸/۸۷	۵/۷۹
	مادران کودکان نابینا	۴۲/۴	۵/۲۷
	مادران کودکان ناشنوا	۴۴/۰۳	۳/۱۵

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا ارائه شده است همانطور که مشاهده می شود میانگین خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت هایی مشاهده می شود که برای بررسی معنی داری تفاوت های مشاهده شده، نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری گزارش می شود.

جدول ۹ نتایج آزمون مقایسه خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	F	Sig
		Df	MS		سطح معنی داری
بین گروهی	۴۷/۴۱۸	۲	۲۰۹/۲۳	۸/۸	۰/۰۰۱
بین گروهی	۲۰۶۷/۶۳	۸۷	۲۳/۷۷		

با توجه به نتایج جدول فوق بین میانگین خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا سالم با مقدار  $F(۸۷,۲) = ۸/۸$  تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ) با توجه به معنی دار شدن تفاوت خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا، برای اینکه دقیقاً مشخص شود تفاوت مشاهده شده در بین کدام گروه ها معنی دار است؛ نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) گزارش می شود.

جدول ۱۳ نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) برای مقایسه خشم مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا

گروه	تعداد	دسته بندی میانگین گروه ها
مادران کودکان عقب مانده	۳۰	۳۸/۸۷
مادران کودکان نابینا	۳۰	۴۲/۴
مادران کودکان ناشنوا	۳۰	۴۴/۰۳
SIG		۰/۴۳

همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است؛ آزمون تعقیبی توکی (HSD) میانگین گروه ها را در ۲ دسته قرار داده است؛ میانگین خشم مادران کودکان عقب مانده (۳۸/۸۷) با خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری دارد و و بطور / معنی داری کمتر از میانگین خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا می باشد؛ اما تفاوت معنی داری بین میانگین خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا وجود ندارد ( $P \geq 0/43$ ).

فرضیه ۲: خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است.

جدول ۱۱ شاخص های توصیفی خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خلق افسرده	مادران کودکان عقب مانده	۳۳	۲/۳۴
	مادران کودکان نابینا	۳۳/۶۳	۵/۴۶
	مادران کودکان ناشنوا	۳۱/۷۷	۳/۲۶

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا ارائه شده است ؛ همانطور که مشاهده می شود میانگین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا تفاوت هایی مشاهده می شود که برای بررسی معنی داری تفاوت های مشاهده شده ، نتایج آزمون تجزیه وتحلیل واریانس چند متغیری گزارش می شود.

جدول ۱۲ نتایج آزمون مقایسه خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	سطح معنی داری
Ss	Df	MS	F	Sig
بین گروهی	۲	۲۷/۰۳	۱/۷۷	۰/۱۸
بین گروهی	۸۷	۱۵/۲۹		

با توجه به نتایج جدول فوق بین میانگین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا با مقدار  $f(87,2)=1/77$  تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p \geq 0/18$ ) بنابراین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری با هم ندارد.

فرضیه ۳: اضطراب مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است.

جدول ۱۳ شاخص های توصیفی اضطراب مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	مادران کودکان عقب مانده	۵۹/۸۷	۵/۳۵
	مادران کودکان نابینا	۵۶/۸۳	۴/۱۵

۲/۴۴	۵۵/۴	مادران کودکان ناشنوا
------	------	----------------------

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا ارائه شده است؛ همانطور که مشاهده می شود میانگین اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت هایی مشاهده می شود که برای بررسی معنی داری تفاوت های مشاهده شده، نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری گزارش می شود.

جدول ۱۴ نتایج آزمون مقایسه اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	سطح معنی داری
Ss	Df	MS	F	Sig
۳۱۲/۰۷	۲	۱۵۶/۰۳	۹/۰۲	۰/۰۰۱
۱۵۰۴/۸۳	۸۷	۱۷/۳۰		

با توجه به نتایج جدول فوق بین میانگین اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا سالم با مقدار  $f(۸۷,۲)=۹/۰۲$  تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ) با توجه به معنی دار شدن تفاوت اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا، برای اینکه دقیقاً مشخص شود تفاوت مشاهده شده در بین کدام گروه ها معنی دار است؛ نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) گزارش می شود

جدول ۱۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) برای مقایسه اضطراب مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا

گروه	تعداد	دسته بندی میانگین گروه ها
مادران کودکان عقب مانده	۳۰	۵۵/۴
مادران کودکان نابینا	۳۰	۵۶/۸۳
مادران کودکان ناشنوا	۳۰	۵۹/۸۷
SIG		۰/۴۱

همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است؛ آزمون تعقیبی توکی (HSD) میانگین گروه ها را در ۲ دسته قرار داده است؛ میانگین اضطراب مادران کودکان عقب مانده (۵۹/۸۷) با اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری دارد و بطور معنی داری بیشتر از میانگین اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا می باشد؛ اما تفاوت معنی داری بین میانگین اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا وجود ندارد ( $p \geq ۰/۴۱$ ).  
فرضیه ۳: عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است.

جدول ۱۶ شاخص های توصیفی عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
عاطفه مثبت	مادران کودکان عقب مانده	۲۸/۷	۵/۲۶
	مادران کودکان نابینا	۲۷/۷۳	۷/۳
	مادران کودکان ناشنوا	۲۹/۴۳	۶/۱۸

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا ارائه شده است ؛ همانطور که مشاهده می شود میانگین عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا تفاوت هایی مشاهده می شود که برای بررسی معنی داری تفاوت های مشاهده شده ، نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری گزارش می شود.

جدول ۱۶ نتایج آزمون مقایسه عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	سطح معنی داری
	Ss	Df	MS	F
بین گروهی	۴۳/۶۲	۲	۲۱/۸۱	۰/۵۵
بین گروهی	۳۴۵۵/۵۳	۸۷	۳۹/۷۲	۰/۵۸

با توجه به نتایج جدول فوق بین میانگین عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا با مقدار  $f(۸۷,۲)=۰/۵۵$  تفاوت معنی داری وجود ندارد (  $p \geq ۰/۵۸$  ) بنابراین عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده ، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری با هم ندارد

### بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول :خشم مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است. با توجه به نتایج بدست آمده میانگین خشم مادران کودکان عقب مانده با خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری دارد و و بطور معنی داری کمتر از میانگین خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا می باشد؛ اما تفاوت معنی داری بین میانگین خشم مادران کودکان نابینا و ناشنوا وجود ندارد. در تبیین این یافته می توان گفت که اگر نوزادی با معلولیت های ذهنی یا جسمی و یا رفتاری و یا ترکیبی از آنها متولد شود، فشارهای روانی حاصل از وجود چنین فرزندی بر اعضای خانواده به ویژه مادر چندین برابر می گردد. داشتن یک کودک عقب مانده ذهنی می تواند مسائل گوناگونی را برای والدین از جمله ایجاد تشدید اختلافات زناشویی ، جدائی والدین ، تنش ها و تحمل صحبت های دیگران در ارتباط با کودک معلول و بسیاری از مسائل دیگر را به همراه داشته باشد. بسیاری از این خانواده ها به علت داشتن کودک عقب مانده ذهنی تحت تنش های جسمی، روانی ،

اجتماعی و اقتصادی هستند و این اطفال تاثیر مداومی بر ساختار و عملکرد خانواده دارند. مادر و پدر به صورت مختلفی این تنشها را تجربه می کنند. اما ایشان می توانند با بهره گیری از آگاهی، مهارت و منابع به سازگاری بهتری دست یابند. در نتیجه تأثیر آموزش مهارت های مدیریت خشم و کنترل عواطف بر کنترل خشم مادران دانش آموزان کم توان ذهنی و دیرآموز نشان دادند که آموزش مدیریت خشم و کنترل عواطف بر کاهش خشم و پرخاشگری و استفاده از راهبردهای کنترل عواطف تأثیر مثبت دارد.

فرضیه دوم: خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است. با توجه به نتایج بدست آمده بین میانگین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ بنابراین خلق افسرده مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری با هم ندارد. در تبیین این یافته می توان گفت که کودکان استثنایی از جمله کودکان عقب مانده و ناشنوا به دلیل مشکلات خاص خود؛ والدین را دچار استرس می کنند. که این وضعیت در انتظارات آنها از فرزندان خود، همچنین در تحول اجتماعی؛ هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنها موثر است. هو (۲۰۰۶) خاطر نشان کرده که مادران در صورتی که از حمایت های مناسب برخوردار باشند و مورد توجه قرار گیرند، ارتباط عاطفی عمیق تری با خردسالان خود خواهند داشت. از آنجایی که میانگین اختلال های روانی در مقایسه با والدین کودکان عادی بالاتر است؛ طبیعی به نظر می رسد که تولد این کودکان موجب احساس گناه، ناکی می و محرومیت مادر می شود که متعاقب آن غم و اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت. و سلامت روانی مادران به خطر خواهد افتاد. که می توان نتیجه گرفت در افسردگی مادران کودکان عقب مانده و؛ با آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که مادران این کودکان در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی آسیب پذیرترند.

فرضیه فرعی سوم: اضطراب مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است. با توجه به نتایج بدست آمده میانگین اضطراب مادران کودکان عقب مانده با اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری دارد و بطور معنی داری بیشتر از میانگین اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا می باشد؛ اما تفاوت معنی داری بین میانگین اضطراب مادران کودکان نابینا و ناشنوا وجود ندارد. در تبیین این یافته می توان گفت که یکی از متغیرهایی که ممکن است مادران دانش آموزان مبتلا به ناتوانی های یادگیری با آن درگیر باشند، کنترل عواطف است. و چیزی که بیشتر به مسایل جنبی و حاشیه ای ناتوانی یادگیری دامن میزند، محیط خانواده و نحوه ی برخورد اعضای خانواده با کودک است.

مطالعات کوپین و پاول (۱۹۸۵) نشان می دهد که پدر و مادر کودکان مشکل دار، محدودیت هایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و اضطراب را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند. یکی از واکنشهای نسبتاً شایع والدین کودکان عقب مانده تشویش و نگرانی است که در پی آگاهی از معلولیت کودک در والدین شروع شده و بعد از مراجعه به متخصصان مختلف و مایوس شدن از بهبود کودک تشدید می شود. این اضطراب زمانی به اوج خود می رسد که والدین در می یابند باید کودکشان همراه سایر کودکان در مدارس مخصوص یا کلاسهای مخصوصی تحصیل کند. چون اکثر والدین واقعیت معلولیت کودک را نمی پذیرند بنابراین برنامه هایی بیشتر از توانایی کودک به وی تحمیل می کنند و سعی می کنند او را با کودکان طبیعی به مدارس معمولی بفرستند. این مسئله موجب خستگی روانی و ناسازگاری کودک می شود. گاهی والدین به علت اضطراب و دلهره شدید ابتدا کودک را به آسایشگاه یا مراکزی که برای نگهداری این کودکان تهیه شده می سپارند و هر نوع امید بهبود را از دست می دهند. ممکن است پدر و مادر به علت نگرانی و اضطراب، کودک را وسیله تخلیه عاطفی خود قرار داده و دائماً به علل مختلف بهانه گرفته و او را تنبیه کنند. معمولاً این وضعیت ادامه می یابد و رفته رفته عصبانیت و اضطراب پدر و مادر اوج می گیرد و باعث نفرت پدر و مادر حتی نسبت به یکدیگر شده و به تدریج اختلافات خانوادگی شکل می گیرد. در نتیجه بین اضطراب مادران کودکان عقب مانده و مادران کودکان با آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که مادران این کودکان در برابر اختلالات روانی مانند اضطراب آسیب پذیرترند.

فرضیه چهارم: عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده در مقایسه با مادران کودکان نابینا و ناشنوا متفاوت است.

با توجه به نتایج بدست آمده بین میانگین عاطفه مثبت مادران کودکان عقب مانده، نابینا و ناشنوا تفاوت معنی داری با هم ندارد در تبیین این یافته می توان گفت که عواطف بخش مهم و اساسی زندگی انسان را تشکیل میدهند به گونه ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی ها و تغییرات عواطف، چگونگی ارتباط گیری عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقشی مهم در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی و روابط اجتماعی، شکل گیری هویت و مفهوم خود دارد. همه انسانها هیجانها و عواطف را در زندگی خود تجربه میکنند و این کاملاً طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون هیجانها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجانها و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان باری نیز دارد. سیاروچیو همکاران در مطالعه ای نشان دادند مادران کودکان ناتوان که در امر مدیریت عواطف، خوب عمل میکردند، کودکان آنها از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بوده، خود نیز از این حمایت اظهار رضایت و خشنودی داشتند. خصوصیات خلقی و هیجانی و شیوه های تربیتی والدین بر رشد شناختی، عاطفی یا رفتاری کودک تأثیر دارد مطالعات و تحقیقات نشان میدهند که رفتار کودکان با شیوه های رفتاری والدین همبستگی زیادی دارد. تجربه عواطف مثبت، به شدت تحت تأثیر یادگیری است و سریعاً از یک عضو خانواده به دیگری سرایت می کند. در نتیجه عواطف مثبت، شناسایی، ابراز هیجانها و روابط موجود بین اعضای خانواده در سلامت خانواده و اعضای آن از جنبه های مختلف جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی اهمیت فراوان دارد. و وجود نگرش مثبت در مادران می تواند کمک به حل مشکل ناتوانی کودکان کرده و پیشگیری کننده بسیاری از مشکلات جانبی باشد.

#### منابع

- افروز غلامعلی، (۱۳۸۵) مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی، تهران، دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۷۶) مقدمه ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شریفی درآمدی پرویز، (۱۳۸۱) کودکان عقب مانده ذهنی (رویکرد روانی و تربیتی) اصفهان نشر قرن
- شریفی درآمدی، پرویز و آقایار، سعید (۱۳۸۶) هوش هیجانی و بهبود رابطه با خود با دیگران. اصفهان: سپاهان.
- شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۸۲) تأثیر آسیب شنوایی کودک بر واکنشهای عاطفی خانواده. دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
- شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۸۶) روانشناسی رشد. تهران: اطلاعات.
- قدیری، محمد حسین (۱۳۸۴) مدیریت خشم. نشریه معرفت، ۱۴، صفحه ۹۳-۱۰۶
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۹) روانشناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی. تهران: سازمان ملی جوانان.
- محمد امینی، مهدی (۱۳۹۱) مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری مجله ناتوانی های یادگیری، دوره دوم، شماره ۲۴-۶/۲، صفحه ۲۴-۷
- میلانی فر، بهروز (۱۳۹۵) روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، تهران، نشر قومس.
- \* Blacher, J., Shapiro, J. (۱۹۹۷) Deperssuon In Latin Mothers Of Children With Mental Retardation: A Neglected Concern. Am J Ment Retard, ۱۰۱(۵), ۹۶-۴۸۳.
- \* Gohel, M., Mukherjee, S. (۲۰۱۱). Psychological Impact On The Parents Of Mentally Retarded Children In Anand Disrict. Healthline, ۲(۲), ۲۳-۳۹.
- \* Gross, J. (۱۹۹۸). The Emerging Field Of Emotion Regulation: An Integrative Review. Review Of General Sychology, ۲(۳), ۲۷۱-۲۹۹.
- \* Linley, P.A., Joseph, S. (۲۰۰۹). Positive Psychology In Practice. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.