

## مقایسه سبک‌های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر آبادان

میترا ترکی<sup>۱</sup>، جلال کلانتری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>دکتری تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر آبادان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد. به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش از میان کلیه مادران دارای کودک عادی و مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شهر آبادان نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مادر دارای کودک عادی و ۵۰ نفر مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه که شامل پرسشنامه‌های سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (RAAS)، پرسشنامه سلامت روان (G.H.Q-28) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ بود استفاده شد. داده‌های پژوهش از طریق آزمون‌های آماری تحلیل واریانس تک متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سبک‌های دلبستگی، سلامت روان، رضایت زناشویی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی

## مقدمه

خانواده گروهی تشکیل شده از دو یا چند نفر است که از طریق ولادت، پیوند زناشویی یا فرزندخواندگی باهم زندگی می کنند. در بهترین حالت، خانواده کارکردهای ارزشمند مختلفی را برای اعضای خود ایفا می کند. خانواده نقش مهمی در شکل دادن به زندگی ما دارد. خانواده منبعی از عشق بی قید و شرط است که معنای واقعی عشق را به ما آموزش می دهد و به ما کمک می کند آن را در طول زندگی با خود به همراه داشته باشیم. خانواده نقش مهمی در زندگی فرزندان دارد زیرا فرزندان برای ارضاء نیازهای اولیه خود چون خوراک، پوشاک و سرپناه به بزرگسالانی که نقش مراقب آن ها را دارند متکی هستند و برای رشد و شکوفایی خود نیاز به محیط امن و سالم خانه دارند. عوامل بسیاری وجود دارد که سلامت خانواده ها را تهدید می کند یکی از این عوامل وجود یک یا چند کودک کم توان ذهنی در خانه است. بالینکه فرزند آوری برای هر خانواده عادی پدیده ای خوش آیند است ولی برای همه ی خانواده ها این گونه نمی باشد. مادر و پدری که مشتاقانه منتظر به دنیا آوردن فرزند عادی مانند دیگر خانواده ها هستند وقتی با این حقیقت ناگوار مواجه می شوند که فرزند آن ها کم توان ذهنی است تمام امید و آرزوی آن ها نابود می شود. طبق گفته کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا، ویرایش پنجم اختلال کم توان ذهنی اختلالی است که در طی دوره رشد شروع می شود افرادی که به این اختلال مبتلا هستند در کارکردهای انطباقی و هوشی در زمینه های عملی، مفهومی و اجتماعی دچار نقصان هستند. کم توانی ذهنی در حدود ۱ درصد افراد یک جامعه دیده می شود و شیوع آن در پسران بیشتر است. عوامل متعددی باعث به دنیا آمدن یک کودک کم توان ذهنی می شوند. کمبود وزن نوزاد هنگام تولد یا سوء تغذیه مادر زمانی که جنین در حال رشد است، هر دو از علل بالقوه ای هستند که خطر ابتلا کودک به کم توانی ذهنی را افزایش می دهند (گروس و همکاران، ۲۰۱۴). انجام رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن و مصرف مواد مخدر توسط مادر در حین بارداری و کمبود ویتامین های ضروری دوران بارداری در بدن مادر می توانند باعث به دنیا آمدن یک کودک مبتلا به کم توانی ذهنی شوند (براون و همکاران، ۲۰۱۴). در طول تاریخ برخوردهای گوناگونی با افراد مبتلا به کم توانی ذهنی شده است بالینکه در دوران باستان پیشرفت های زیادی در زمینه فلسفه، ادبیات و پزشکی وجود داشته است اما این دوران بهترین زمان برای افراد دارای کم توانی ذهنی نبود. در آن دوران کودکان نابینا، ناشنوا یا کم توان ذهنی در ملاء عام مورد آزار و اذیت قرار می گرفتند و یا حتی توسط والدین خود در رودخانه و یا جنگل رها می شدند و یا اینکه از آن ها به عنوان ابزاری برای تمسخر استفاده می شد اما در دوره رنسانس بین سال های ۱۵۰۰ و ۱۷۰۰، نگرش افراد در مورد ناتوانی ذهنی و شیوه های درمان شروع به تغییر کرد و کلمن<sup>۵</sup> (۱۹۶۴)، به این تغییر اشاره کرد. به طور سنتی از مادران به عنوان مراقبان اصلی یاد می شود نوزاد تازه به دنیا آمده به مادر خود وابسته است دلبستگی<sup>۶</sup> مادر و نوزاد حتی قبل از تولد نوزاد وجود دارد و با بزرگتر شدن نوزاد این دلبستگی تقویت می شود. دلبستگی بین مادر و کودک اساس اجتماعی شدن کودک را در سال های آتی برنامه ریزی می کند. دلبستگی از دیدگاه بالبی<sup>۷</sup> ارتباط روانی پایدار بین دو انسان است. به نظر بالبی پیوندهای نخستین بین کودک و مراقب او، تأثیر شگفت انگیزی دارد که در طول زندگی امتداد دارد و دلبستگی مسبب نزدیک نگاه داشتن فرزند به مادر می شود و این گونه، احتمال پایداری کودک را افزایش می دهد. یکی از اساس دلبستگی این است که روابط دلبستگی نخستین بر سیر

<sup>۱</sup>Mentally Disabled<sup>۲</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition<sup>۳</sup>Groce et al<sup>۴</sup>Braun et al<sup>۵</sup>Coleman<sup>۶</sup>Attachment<sup>۷</sup>Bowlby

زندگی فرد ثمربخش است و بر روابط بعدی و کارکرد کودک اثر می‌گذارد (صفرزاده، ۲۰۰۶). دلبستگی شامل چهار نوع سبک است: سبک دلبستگی ایمن<sup>۱</sup>، سبک دلبستگی آشفته<sup>۲</sup>، سبک دلبستگی اجتنابی<sup>۳</sup> و سبک دلبستگی اضطرابی<sup>۴</sup> (دو سوگرا). این سبک‌ها منعکس‌کننده تعاملات والدین و فرزند و الگوهای رفتاری متفاوت بین والدین و فرزند هستند. بالبی معتقد بود که اولین پیوندهایی که کودکان با مراقبانشان ایجاد کردند، اثربخشی بی‌اندازه‌ای دارد که در درازای زندگی ادامه می‌یابد. وقتی مادر بتواند به نیازهای اولیه فرزند خود پاسخگو باشد و آن‌ها را برطرف کند دلبستگی ایمن میان مادر و فرزند شکل می‌گیرد. کودکانی که سبک دلبستگی را با مادر خود تشکیل می‌دهند استقلال و ابتکار بیشتری دارند (فون، لیپ و همکاران، ۲۰۱۴). و عملکرد شناختی و جسمی و روانی بیشتری دارند (دی مینزی، ۲۰۱۳؛ رانسون<sup>۵</sup> و اورچاک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). سبک‌های دلبستگی آشفته، اجتنابی و دو سوگرا همگی جز گروه سبک‌های دلبستگی ناایمن قرار می‌گیرند. محققان پیامدهای منفی برای کودکانی که روابط دلبستگی ناایمن با مادر خود دارند، یافته‌اند. به‌عنوان مثال، داشتن یک دلبستگی آشفته در سن یک سالگی با مشکلات رفتاری بیرونی در دو سالگی همراه است (مادیگان و همکاران، ۲۰۰۷<sup>۷</sup>). محققان همچنین به این نتیجه رسیدند که دلبستگی ناایمن در دوران نوزادی با افزایش پرخاشگری و کاهش خودکنترلی در هنگام بازی با کودکان دیگر در ۳۶ ماهگی مرتبط است (مک الواین<sup>۸</sup>، کاکس<sup>۹</sup>، بورچینال<sup>۱۰</sup> و مکفی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). علاوه بر این، داشتن رابطه دلبستگی کمتر ایمن با مادر، پیش‌بینی کننده شایستگی پایین و احساس تنهایی در کودکان است (دی مینزی، ۲۰۱۰). حال اگر فرزند کم‌توان ذهنی باشد سبک دلبستگی می‌تواند بلافاصله پس از تولد تغییر کند. گاهی اوقات، تربیت کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند برای والدین دردناک باشد و منجر به اختلال در دلبستگی کودک به والدینش شود (مادل و همکاران، ۲۰۲۱<sup>۱۲</sup>). فایندلر و همکاران<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۶)، در پژوهش خود، دریافتند که تربیت کودک دارای معلولیت می‌تواند برای والدین استرس‌زا باشد که این استرس والد می‌تواند بر دلبستگی والد-کودک تأثیر منفی بگذارد و باعث شکل‌گیری سبک دلبستگی ناایمن شود. در تحقیق دیگری توسط جهانگیرفر و علیزاده (۱۳۹۶)، مطالعه‌ای با عنوان مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزند پروری مادران دانش‌آموزان

<sup>۱</sup>Secure Attachment<sup>۲</sup>Disturbed attachment<sup>۳</sup>Avoidant attachment<sup>۴</sup>Anxious attachment<sup>۵</sup>Von der Lippe et al<sup>۶</sup>de Minzi<sup>۷</sup>Ranson<sup>۸</sup>Urichuck<sup>۹</sup>Madigan et al<sup>۱۰</sup>McElwain<sup>۱۱</sup>Cox<sup>۱۲</sup>Burchinal<sup>۱۳</sup>Macfie<sup>۱۴</sup>Muddle et al<sup>۱۵</sup>Findler et al

عادی و مادران دانش‌آموزان با اختلال یادگیری انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش ۷۵ نفر بود، بنابراین ۱۴۶ نفر از مادران دارای دانش‌آموز عادی و ۱۰۰ نفر از مادران دارای دانش‌آموز با ناتوانی‌های یادگیری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای بر اساس معیارها برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. نتایج این تحقیق نشان داد که نمرات سبک دلبستگی ایمن مادران در گروه عادی و نمرات سبک دلبستگی نایمن مادران گروه ناتوانی یادگیری بالاتر بود. همچنین مادران گروه عادی در سبک فرزند پروری مستبدانه و مادران گروه اختلال یادگیری در سبک فرزند پروری سهل گیر امتیاز بیشتری کسب کردند. در مطالعه جانسون و لین<sup>۳</sup>(۲۰۱۹)، بر روی نمونه ۴۲ نفر مادر و کودک مبتلا به طیف اوتیسم<sup>۴</sup> ۲ تا ۶ سال، نتایج پژوهش سطح بالای استرس مادران و وجود بیشتر سبک دلبستگی نایمن را نشان داد. در پژوهش دیگری توسط راسموسن، بیلنبرگ، گوئتز و همکاران<sup>۵</sup>(۲۰۱۹) که به بررسی سبک‌های دلبستگی در مادران دارای کودک مبتلا به ADHD<sup>۶</sup> پرداختند، به این نتیجه رسیدند که درصد سبک دلبستگی نایمن در این گروه از مادران بیشتر است. همچنین خسرو جاوید، مهنار (۱۳۹۳)، در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک دلبستگی مادران کودکان اوتیسم و کودکان عادی انجام دادند به این استنتاج رسیدند که روان رنجور خوبی به‌طور معناداری در مادران کودکان اوتیسم نسبت به مادران کودکان عادی بالاتر است. همچنین میانگین نمرات سبک دلبستگی ایمن به‌طور معناداری در گروه اول در مقایسه با گروه دوم کمتر است. به دنیا آمدن یک کودک کم‌توان ذهنی برای والدین یک اتفاق غیرمنتظره و ناخوشایند است و احساسات منفی بر والدین وارد هجوم می‌آورد آن‌ها ممکن است احساس گناه کنند و خود را مقصر کم‌توانی کودک بدانند آن‌ها ممکن است فرافکنی کنند و شخص دیگری را مقصر این اتفاق ناگوار بدانند و یا حتی حقیقت را انکار کنند در این سفر ناخواسته مادر بیشترین فشار را تحمل می‌کند آن‌ها به‌طور مداوم نگران آینده فرزند کم‌توان خود هستند گاهی اوقات از وجود فرزند کم‌توان ذهنی خود احساس شرمساری می‌کنند که باعث می‌شود از ورود به دورهمی‌های خانوادگی و اجتماعی که نگاه‌های ترحم‌آمیز اطرافیان به آن‌ها را به همراه دارند دوری کنند مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به دلیل مراقبت‌های طاقت‌فرسا و بدون استراحت از فرزند کم‌توان ذهنی خود همیشه خسته هستند به قدری که از برطرف کردن نیازهای حیاتی خودشان غافل می‌مانند و سلامت روان<sup>۷</sup> خود را به خطر می‌اندازند. طبق گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۸</sup> سلامت روان شامل وضعیت رفاهی می‌شود که در آن فرد به تسلط و توانایی‌های خود پی برده، می‌تواند با استرس‌های روزمره زندگی خودسازگاری کند، می‌تواند به‌طور ثمربخش کارایی و شایستگی داشته باشد و می‌تواند به اجتماع خود کمک کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که وجود کودک کم‌توان ذهنی سلامت روانی خانواده از به‌ویژه مادر را تهدید می‌کند و مانع از کارکرد طبیعی خانواده می‌شود. تحمل این شرایط استرس‌زا برای خود کودک و مادران آن‌ها که جز مراقبان اصلی کودک هستند، بسیار دشوارتر از سایر افراد خانواده است. این استرس‌ها می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله نگرانی درباره نحوه مقابله کودک با مشکلات آینده، میزان ناتوانی کودک، هزینه‌های اقتصادی پرورش کودک دارای اختلال و نگرش افراد جامعه باشد. همه موارد مطرح شده سلامت روان و بهزیستی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی از بیماری‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. مطالعات بین‌المللی روی والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی نشان داده است که ۳۵ تا ۵۳ درصد از مادران کودکان

<sup>۳</sup>Johnson & Lynne<sup>۴</sup>Autism spectrum disorder<sup>۵</sup>Rasmussen, Bilenberg, Goetz et al<sup>۶</sup>Attention deficit hyperactivity disorder<sup>۷</sup>Mental Health<sup>۸</sup>World Health Organization

کم‌توان ذهنی مبتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی هستند (امرسون<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۴). مادران به دلیل داشتن مسئولیت و نقشی که در مقابل مراقبت از فرزندان دارند، دچار آسیب‌های بیشتری می‌شوند و در مقایسه با مادران کودکان عادی از مشکلات روانی و جسمانی بیشتری رنج می‌برند. تولد این فرزندان در خانواده به شکل بسیار عمیقی موجب تغییر در ساختار خانواده و روابط موجود در بین اعضا می‌شود و برکنش‌های خانواده اثر می‌گذارد (شریفی و ثمری، ۱۴۰۰). مطالعه‌ای توسط کاتالونا، هالوی و مپفو<sup>۳۲</sup> (۲۰۱۸) که بر روی مادران کودکان اوتیسم و غیر اوتیسم انجام شد نشان داد که مادران دارای فرزند اوتیسم از سلامت روان کمتری برخوردار هستند و بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس‌های شدید هستند. در پژوهشی که توسط مارکیز، مک گریل و هیز<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۸) انجام شد، آن‌ها به این برداشت رسیدند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی از سلامت روان کمتری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند. در مطالعه دیگری توسط رایدوزسکا، دان و همکاران<sup>۳۴</sup> (۲۰۲۱)، به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان کم‌توانی ذهنی با چالش‌های زیادی روبرو هستند و ممکن است در مقایسه با مادران افراد معمولی در حال رشد مستعد ابتلا به بیماری‌های روانی باشند. اسکندری و حسینی (۱۴۰۱)، پژوهشی برای بررسی مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان عقب‌مانده ذهنی با مادران فرزندان عادی شهرستان ارسنجان انجام دادند. جامعه آماری در پژوهش حاضر دربرگیرنده تمامی خانواده‌های دارای فرزندان با ناتوانی عقلی و عادی شهرستان ارسنجان در سال ۱۴۰۰ بود. با مراجعه به مراکز بهزیستی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی ۱۲۱ خانواده که دارای کودکان با نیازهای ویژه بودند انتخاب شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که در جنبه‌های سلامت روان در مؤلفه بهزیستی هیجانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین در ابعاد کیفیت زندگی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین لاجوردی (۱۳۷۱) پژوهشی به مقایسه میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی انجام داد. نتایج حاصل از پژوهش وی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نسبت به مادران دارای کودک عادی به‌طور معناداری بیشتر است. از دیگر عواملی که وجود کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند بر آن تأثیر بگذارد رضایت زناشویی والدین است. رضایت زناشویی را می‌توان به‌عنوان نگرش یک فرد نسبت به رابطه زناشویی خود تعریف کرد. هاوکینز<sup>۳۵</sup> (۱۹۶۸)، رضایت زناشویی را به‌عنوان احساس شادی، رضایت و شادی که زوجین با در نظر گرفتن تمام ابعاد ازدواج خود محک می‌زنند، تعریف می‌کند. به‌طور معمول از کودکان به‌عنوان کسانی یاد می‌شود موجب استحکام و نزدیکی روابط والدین می‌شود ولی همیشه این‌طور نیست گاهی اوقات کودکان دلیل تفرقه، جدایی و کاهش رضایت زناشویی والدین خود هستند. مادران به دلیل مراقبت مداوم از کودک کم‌توان ذهنی و خستگی‌های همیشگی وقت کافی برای شریک زندگی‌شان ندارند که می‌تواند باعث کاهش رضایت زناشویی شود همچنین مقایسه‌های مداومی که با خانواده‌های دارای کودک عادی می‌شوند باعث دل‌سردی و ناامیدی آن‌ها می‌شود که می‌تواند تأثیر منفی بر رضایت زناشویی والدین بگذارد. پژوهش‌های بسیاری این عامل که کودک کم‌توان ذهنی بر رضایت زناشویی زوجین تأثیر منفی دارد را تأیید می‌کند. در مطالعه‌ای که توسط گیلان و تیلور<sup>۳۶</sup> (۲۰۱۷)، به این نتیجه دریافتند که والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم رضایت کمتری از روابط خود نسبت به والدین دارای

<sup>۳۱</sup>Emerson<sup>۳۲</sup>Catalano, Holloway & Mpofu<sup>۳۳</sup>Marquis, McGrail & Hayes<sup>۳۴</sup>Rydzewska, Dunn et al<sup>۳۵</sup>Martial Satisfaction<sup>۳۶</sup>Hawkins<sup>۳۷</sup>Gillan & Taylor

کودک عادی گزارش کرده‌اند. شیخی زاویه، نریمانی، صادقی و بشرپور (۱۳۹۶)، پژوهشی به‌منظور مقایسه تاب آوری، هوش معنوی و رضایت زناشویی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و بدون کم‌توانی ذهنی انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به تعداد ۱۰۹ نفر و مادران دانش‌آموزان عادی به تعداد ۱۵۵۸۳ نفر از مدارس ابتدایی شهر پارس آباد بود. از این جامعه آماری ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند عادی به روش خوشه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد که در متغیر تاب‌آوری و متغیرهای آن مادران دانش‌آموزان عادی نمره بالاتری تری در مقایسه با مادران دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی به‌دست آوردند. در متغیر هوش معنوی و مؤلفه‌های آن نیز مادران دانش‌آموزان عادی نمرات بالاتری تری در مقایسه با مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به‌دست‌آوردند همچنین در متغیر رضایت زناشویی نمرات مادران دانش‌آموزان مبتلا به کم‌توان ذهنی پایین‌تر از گروه مادران دانش‌آموزان عادی بود. جابری شهرکی و قادری (۱۳۹۸)، تحقیقی به‌منظور به مقایسه معنای زندگی و رضایت زناشویی بین مادران دارای فرزند سالم با مادران دارای فرزند معلول ذهنی در شهر مرودشت انجام دادند. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های آماری این تحقیق نشان داد که میانگین نمرات مادران دارای فرزند عادی در متغیر معنای زندگی و همچنین متغیر رضایت زناشویی به‌طور معنی‌داری بالاتر از مادران دارای فرزند معلول ذهنی بود. اریکسون و آپشور (۱۹۸۹)، هانت و مارشال (۱۹۹۴) نیز در مطالعات خود اثبات کردند که تمام روابط داخل محیط خانواده، می‌تواند به خاطر وجود یک فرزند استثنایی تغییر کند که باعث آسیب‌پذیری روابط زناشویی، کاهش رضایت زندگی، تنش و خصومت بیشتر والدین در سال‌های بعد از تولد کودک کم‌توان ذهنی خواهد شد. تأثیر وجود منفی کودک کم‌توان ذهنی بر اعضای خانواده به‌خصوص مادر آن‌ها را محتاج به درخواست کمک و مشاوره از سوی متخصصان حرفه‌ای که آشنایی کامل از شرایط وجود یک کودک کم‌توان ذهنی و اثرات منفی و تخریب‌کننده‌ای که بر خانواده و اعضای آن دارد می‌کند که از ضرورت اجرای این پژوهش بود. فرضیات این پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین سبک‌های دلبستگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
۲. بین سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
۳. بین رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

### روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی در شهر آبادان بود. با توجه به ماهیت پژوهش از روش نمونه‌گیری دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. برای تکمیل گروه مادران دارای کم‌توان ذهنی به سازمان بهزیستی شهر آبادان مراجعه شد. از آنجا که طرح پژوهش توصیفی از نوع پس‌رویدادی بود حجم نمونه مورد نیاز ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۵۰ نفر گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و ۵۰ نفر گروه مادران دارای کودک عادی). ابزارهای به‌کاربرده شده در این پژوهش مشتمل بر پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید<sup>۱</sup>، پرسشنامه سلامت روان (G.H.Q-28)<sup>۲</sup> و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۳</sup> بودند.

**پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (RAAS):** در این مطالعه، نوع سبک دلبستگی بر اساس نحوه پاسخگویی به سؤالات در نظرسنجی کولینز و رید تعیین می‌شود. سؤالات این پرسشنامه سه نوع سبک از دلبستگی را مورد بررسی قرار می‌دهند که شامل: دلبستگی ایمن، دلبستگی نایمن اجتنابی و دلبستگی نایمن دو سوگرا یا اضطرابی. این پرسشنامه شامل

<sup>۱</sup>Collins and Read Revised Adult Attachment Scale

<sup>۲</sup>General Health Questionnaire (G.H.Q-28)

<sup>۳</sup>ENRICH Marital Satisfaction Scale

۱۸ گویه است که سبک دلبستگی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. کولینز و رید اثبات کردند که مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دو سوگرا در فاصله زمانی ۲ و حتی ۸ ماه پایدار می‌مانند. همچنین میزان آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن ۰/۸۰، سبک دلبستگی اجتنابی ۰/۷۸ و برای سبک دلبستگی اضطرابی ۰/۸۵ گزارش داده شد (به نقل از پاکدامن، ۱۳۸۰).

**پرسشنامه سلامت روان (G.H.Q-28):** این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده است. این پرسشنامه از ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده که هر کدام شامل ۷ سؤال است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت می‌باشد که از گزینه الف تا د، نمره ۰، ۱، ۲ و ۳ تعلق می‌گیرد. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸)، اعتبار کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. هومن (۱۳۷۶)، در هنجاریابی پرسشنامه سلامت روان فرم ۲۸ سؤالی در ایران، هماهنگی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ برآورد کرده است. تقوی (۱۳۸۰) برای تعیین روایی این پرسشنامه از سه روش باز آزمایی، دونیمه و همسانی درونی استفاده کرد. نمره آزمون باز آزمایی برای پرسشنامه کامل ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمده آمد. همچنین نتایج به دست آمده از سیستم طبقه‌بندی برای کل پرسشنامه ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷، برای خرده آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بود.

**پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ:** نسخه ۴۷ ماده‌ای پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، توسط فاورز و اولسون (۱۹۹۸) تهیه شده است، آلفای تخمینی ۰/۹۲ داشت. این پرسشنامه دارای ۱۲ مقیاس است که عبارت‌اند از: پاسخ به قرارداد، رضایت از ازدواج، مشکلات شخصیتی، روابط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌ها، برابری طلبی و جهت‌گیری ایدئولوژیک حاصل می‌شود. این ابزار در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم و نه مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری شده است که هر کدام از ۱ تا ۵ امتیاز داده شده است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس غنی‌سازی در چندین مطالعه مختلف ۰/۶۸ است. (برای نقش‌های برابری طلبانه) تا ۰/۸۶. (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹. آن‌ها بودند. در کشور ما، سلیمانیان (۱۳۷۳) همبستگی درونی آزمون فرم بلند را ۰/۹۳ و ۰/۹۵ برای فرم کوتاه. محاسبه و گزارش کرد.

## یافته‌ها

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید، پرسشنامه سلامت روان (G.H.Q-28) و رضایت زناشویی انریچ در دو گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سبک دلبستگی ایمن مادر	گروه کم‌توان ذهنی	۳/۲۴	۳/۱۴
	گروه عادی	۲۱/۲۲	۲/۰۳
	گروه کم‌توان ذهنی	۲۱/۲۲	۲/۰۳
	گروه عادی	۲۰/۳۲	۲/۶۰
سبک دلبستگی اجتنابی مادر			

۱/۶۰	۱۹/۶۴	گروه کم توان ذهنی	سبک دلبستگی اضطرابی مادر
۱/۲۴	۵/۲۰	گروه عادی	
۲/۱۹	۱۷/۵۰	گروه کم توان ذهنی	سلامت روان
۳/۱۲	۴/۵۵	گروه عادی	
۴/۷۹	۱۰/۶۲	گروه کم توان ذهنی	رضایت زناشویی
۳/۷۱	۴۱/۸۲	گروه عادی	

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود مادران دارای کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان کم توان ذهنی دارای سبک دلبستگی ایمن هستند و سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی اضطرابی بیشتر در گروه مادران دارای کودک توان ذهنی مشاهده می شود. همچنین نتایج جدول ۱ نشان می دهد در متغیر مربوط به سلامت روان نمرات حاصل شده در گروه مادران کم توان ذهنی در مقایسه با مادران گروه عادی بالاتر است که نمرات بالاتر در متغیر سلامت روان نشان دهنده سلامت روان پایین تر است. نتایج همچنین بیانگر این مورد هستند که در متغیر مربوط به رضایت زناشویی نمرات حاصل شده در گروه مادران کم توان ذهنی نسبت به مادران گروه عادی بالاتر است که نمرات پایین تر در متغیر رضایت زناشویی نشان دهنده رضایت زناشویی پایین تر می باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای مقایسه متغیرهای سبک دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی

متغیر	شاخص	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سبک های دلبستگی	بین گروهی	۵۳۲۹	۱	۵۳۲۹	۲۱۸/۳۲	۰
	درون گروهی	۲۳۹۲/۰۴	۹۸	۲۴/۴		
	کل		۹۹			
سلامت روان	بین گروهی	۷۳۲۲۴/۳۶	۱	۷۳۲۲۴/۳۶	۱۶۶۶/۲۴	۰
	درون گروهی	۴۳۰۶/۶۸	۹۸	۴۳/۹۴		
	کل	۷۷۵۳۱/۰۴	۹۹			
رضایت زناشویی	بین گروهی	۳۴۹۷۵۳/۹۶	۱	۳۴۹۷۵/۹۶	۲۸۳۹/۲۲	۰
	درون گروهی	۱۲۰۷۲/۲۸	۹۸	۱۲۳/۱۸۷		
	کل	۳۶۱۸۲۶/۲۴	۹۹			

نتایج جدول نشان می دهد تفاوت بین دو گروه مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی در متغیر سبک های دلبستگی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. همچنین نتایج مندرج در جدول در متغیر سلامت روان نشان می دهد مقدار  $F = ۱۶۶۶/۲۴$  است که در سطح معناداری  $P < ۰/۰۰۱$  به دست آمده است؛ که این مطلب نشان دهنده آن است که بین سلامت



روان مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی به طور معناداری کمتر از سلامت روان مادران کودکان عادی می باشد. نتایج مندرج در جدول در متغیر رضایت زناشویی نشان می دهد مقدار  $F=2839/22$  است که در سطح معناداری  $P<0/001$  به دست آمده است؛ که این مطلب نشان دهنده آن است که بین رضایت زناشویی مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی تفاوت وجود دارد و رضایت زناشویی مادران کودکان کم توان ذهنی به صورت معناداری کمتر از رضایت زناشویی مادران کودکان عادی است. برای تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو گروه مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه های سبک دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از استفاده از این آزمون مفروضه های این آزمون توسط آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفتند. برای مشخص شدن معناداری اثر گروه بر مؤلفه های سبک های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی، از چهار آزمون مهم اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی استفاده شد که یافته های حاصل شده در جدول ۳ گزارش شده است:

جدول ۳: نتایج آزمون واریانس چند متغیره برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	F	P	Sig
اثر پیلایی-بارتلت	۰/۹۹۴	۵۶۸۲/۹۳۴	.	.	.
لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۵۶۸۲/۹۳۴	.	.	.
اثر هتلینگ-لای	۱۷۷/۵۹۲	۵۶۸۲/۹۳۴	.	.	.
بزرگترین ریشه روی	۱۷۷/۵۹۲	۵۶۸۲/۹۳۴	.	.	.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که مقدار Sig در هر ۴ آزمون در این بخش کوچک تر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه تفاوت میانگین بر اساس هر ۴ آزمون در سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تأیید قرار گرفته می شود. یا به صورت دیگر می توان گفت بین دو گروه مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی در متغیر سبک های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی ( $P<0/001$ ) تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر سبک های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	معنی داری
گروه	سبک های دلبستگی	۵۳۲۹	۱	۵۳۲۹	۲۱۸/۳۲	.
	سلامت روان	۷۳۲۲۴/۳۶	۱	۷۳۲۲۴/۳۶	۱۶۶۶/۲۴	.
	رضایت زناشویی	۳۴۹۷۵/۹۶	۱	۳۴۹۷۵/۹۶	۲۸۳۹/۲۲	.
خطا	سبک های دلبستگی	۲۳۹۲/۰۴	۹۸	۲۴/۴	-	-
	سلامت روان	۴۳۰۶/۶۸	۹۸	۴۳/۹۵	-	-

-	-	۱۲۳/۱۹	۹۸	۱۲۰۷۲/۲۸	رضایت زناشویی	
-	-	-	۹۹	۷۷۲۱/۰۴	سبک های دلبستگی	
-	-	-	۹۹	۷۷۵۳۱/۰۴	سلامت روان	کل
-	-	-	۹۹	۳۶۱۸۲۶/۲۴	رضایت زناشویی	

بر اساس جدول ۴، بین دو گروه مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی در متغیر سبک های دلبستگی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به این صورت که سبک دلبستگی گروه مادران کودکان کم توان به طور معناداری پایین تر از مادران کودکان عادی است. همچنین بر اساس جدول فوق بین دو گروه مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی در متغیر سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به این صورت که نمره سلامت روان گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری پایین تر از گروه سالم است؛ و در پایان بین دو گروه مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم توان ذهنی در متغیر رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به این صورت که نمره رضایت زناشویی گروه مادران کودکان کم توان ذهنی به طور معناداری پایین تر از گروه سالم است.

### بحث و نتیجه گیری

فرایند متولد شدن کودک برای والدین دلبذیر است باینکه والدین دشواری های زیادی برای به دنیا آمدن فرزند خود تحمل می کنند باید به این مسئله اشاره کرد که امید و اطمینان داشتن به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس دلگرمی در والدین به وجود می آورد. اولین شخصی که با کودک دلبستگی برقرار می کند مادر است. مادر وقتی با فرزند کم توان ذهنی خود روبرو می شود به دلیل مراقبت های مستمر و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان و مقابله شدن با استرس هایی مانند رفتارهای کلیشه ای، مشکلات زبانی، نداشتن مهارت مراقبت از خود، خستگی های یکسره، احساس گناه و شرمندگی در حضور در موقعیت های اجتماعی و جمع های خانوادگی باعث تضعیف کارایی طبیعی مادر می شود. زمانی که مادر قادر باشد به نیازهای کودک عادی خود پاسخگو باشد و بتواند با او ارتباط برقرار کند سبک دلبستگی ایمن را با کودک خود شکل می دهد؛ اما زمانی که کودک کم توان ذهنی می باشد به ندرت سبک دلبستگی ایمن رخ می دهد و اکثر مادران این کودکان سبک دلبستگی ناایمن که شامل سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی می شود را تشکیل می دهند زیرا مادران کودکان کم توان ذهنی به سختی می توانند با فرزند کم توان خود ارتباط برقرار کنند و به نیازهای فرزند خود پاسخ بدهند. برخی از مادران دارای کودک کم توان ذهنی چنین تفکر جادویی را دارند که اگر به اندازه کافی برای کودک کم توان ذهنی خود تلاش کنند سرانجام با درمان فرزندشان پاداش خواهند گرفت سرانجام به دلیل مراقبت های مداوم و سعی و تلاش های مکرر برای پاسخ دهی به نیازهای فرزند کم توان ذهنی مادران به طور مداوم خسته هستند و وقت کافی برای رسیدگی به کارهای خود را ندارند. یکی از نتایج این پژوهش این بود که بین سبک دلبستگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات فایندلر و همکاران (۲۰۱۶)، جانسون و لین (۲۰۱۹) و راسموسن، بیلنبرگ، گوتز و همکاران (۲۰۱۹) که نشان دادند وجود کودک کم توان ذهنی بر سبک دلبستگی تأثیر می گذارد همخوانی دارد همچنین نتایج پژوهش های جهانگیرفر و عزیزاده (۱۳۹۶)، خسرو جاوید، مهناز (۱۳۹۳) در یک راستا است و مادران کودکان کم توان ذهنی به ندرت سبک دلبستگی ایمن را تشکیل می دهند. در تبیین این یافته ها، می توان گفت سال های اولیه حیات از پر اهمیت ترین مراحل بلوغ شخصیت کودک در نظر گرفته می شود و از طرفی وظیفه مادر و اعضای خانواده برای به کمال رسیدن شخصیت کودک چه کودک عادی و چه کودک کم توان ذهنی بسیار اساسی است. رابطه کودک با مادر در وهله نخست یک نیاز

فیزیولوژیک برای دوام حیات است که از مهم ترین و ابتدایی ترین نیازهای انسان برای بقا می باشد. به تدریج این رابطه به یک ارتباط عاطفی قوی تبدیل می شود و مادر از حضور کودک خود احساس بالندگی و خودخواهی می کند به طور معمول این احساس از طریق پاسخ های کوتاه کودک که شامل خنده، گریه و... است تقویت می شود و مادر با آغوش گرفتن کودک و بازی کردن با او احساس خرسندی و رضایت می کند. ولی از آنجایی که کودک کم توان ذهنی به خاطر شرایط خاصی که دارد پاسخی برای مادر ندارد مادر به تدریج از ناتوانی ذهنی کودک خود آگاه می شود، بنابراین در رابطه عاطفی بین مادر و کودک اختلال ایجاد می شود که سبب اختلال در تشکیل سبک دلبستگی ایمن می شود. از نتایج دیگر پژوهش این بود که مادران دارای کودک کم توان ذهنی نسبت به مادران دارای کودک عادی از سلامت روان کمتری برخوردار هستند نتایج پژوهش های کاتالونا، هالوی و میفو (۲۰۱۸)، مارکیز، مک گریل و هیز (۲۰۱۸)، رایدزوسکا، دان و همکاران (۲۰۲۱)، اسکندری و حسینی (۱۴۰۱) و لاجوردی (۱۳۷۱) با این نتیجه همخوانی دارد. هنگامی که والدین آگاه می شوند که فرزندی کم توان ذهنی دارند، اولین عکس العمل عاطفی آن ها شوک و تکذیب این حقیقت است که کودک آن ها کم توان ذهنی می باشد و مدتی زمان می برد تا به لحاظ جسمانی و عاطفی آمادگی لازم را به دست بیاورند تا به توانند خود را والدین چنین کودکی نام ببرند؛ و این مسئله ممکن است بر سلامت روان والدین به خصوص مادران که ارتباط نزدیک تری با کودکان خود دارند تأثیر منفی داشته باشد. اگرچه تعداد انگشت شماری از مادران به خوبی با مشکلات سازش می کنند و خود را با شرایط ناخواسته ای که در آن قرار گرفتند سازگار می کنند اما به طور کل مادران دارای کودک کم توان ذهنی، در خصوص به سایر مادران، دارای مشکلات افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمی و فشارهای عصبی بیشتری را تحمل می کنند و همچنین از اعتماد به نفس کمتری برخوردار هستند. مادران کودکان کم توان ذهنی احساس انزوا می کنند و در روابط خود با اطرافیان دارای یکسری دشواری ها هستند. همچنین از دیگر یافته های پژوهش حاضر وجود رضایت زناشویی کمتر در مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی بود نتایج تحقیقات گیلان و تیلور (۲۰۱۷)، شیخی زاویه، نریمانی، صادقی و بشرپور (۱۳۹۶)، جابری شهرکی و قادری (۱۳۹۸)، اریکسون و آپشور (۱۹۸۹) و هانت و مارشال (۱۹۹۴) در رابطه با اینکه مادران دارای کودک کم توان ذهنی از رضایت زناشویی کمتری نسبت به مادران دارای کودک عادی برخوردار هستند را تأیید می کند. کاهش رضایت زناشویی والدین به خاطر فاصله بین وضعیت شایسته مورد انتظار در روابط زناشویی پدید می آید؛ بدین سبب، زاده شدن فرزند دارای کم توانی ذهنی این امر را تسهیل می کند و باعث نارضایتی زناشویی مادر و پدر از یکدیگر می شود (مختار معتمدین، ۲۰۰۸). از طرفی، کودک برای انجام فعالیت های خود نیازمند مراقبت و کمک های پیاپی است و از طرف دیگر، حجم کاری زیاد والدین و سبک زندگی نوین که باعث تولید بیشتر خانواده های هسته ای شده، ممکن است از دلایل دیگری باشد که رضایت زناشویی پایین والدین کودکان کم توان ذهنی را در مقایسه با والدین کودکان عادی توضیح می دهد (مختار معتمدین، ۲۰۰۸). پیامدهای وجود فرزند کم توان ذهنی در خانواده مانند ایجاد فضای ناسالم روانی (هارنبی، ۱۹۹۴)، درجات پایین تر سازگاری و پذیرش و سطوح استرس بالاتر (پلچات، بیسون، ریکارد، پررو و بوچارد؛ ۱۹۹۹)، استرس روانی (دامروش و پری، ۱۹۸۹) و افسردگی مزمن (فلاهرتی، مسترز گلیدن، ۲۰۰۰) به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم رضایت زناشویی را کاهش می دهد (کیم، گرینبرگ، سلتزر و کراوس؛ ۲۰۰۴). اگر کودک کم توان ذهنی دارای خواهر و برادر بزرگتری نیز باشد گاهی اوقات وظایف و نقش های مراقبتی بر عهده همشیره های بزرگتر قرار می گیرد. برخی از خواهران و برادران کودکان کم توان ذهنی در این نقش پیشرفت خواهند کرد و احساس غرور می کنند. سایر خواهران و برادران ممکن است نسبت به خواهر یا برادر کم توان ذهنی خود احساس حسادت یا آزرده گی کنند، به خصوص زمانی که به نظر می رسد برنامه و اولویت های خانواده حول مراقبت از فرزند کم توان ذهنی تعیین شده باشد. مراقبان اصلی به ویژه مادر ممکن است احساس کند که وقت زیادی صرف مراقبت از فرزند کم توان ذهنی خود

<sup>۱</sup>Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault & Bouchard

<sup>۲</sup>Damrosch & Perry

<sup>۳</sup>Kim, Greenberg, Seltzer & Krauss

می‌شود که باعث می‌شود نتواند توجه لازم را به فرزندان دیگر خود داشته باشد. اگر خواهر و برادرها از نظر سنی به هم نزدیک باشند، ممکن است رابطه «همبازی» تشکیل نشود که باعث به وجود آمدن فاصله و احساس تنش در بین همشیره‌ها در خانه می‌شود که همین امر هم می‌تواند بر رضایت زناشویی والدین اثر منفی بگذارد و باعث اختلال در دیگر کارکردهای اصلی خانواده شود. نتایج به‌دست‌آمده فرضیات پژوهش را تأیید کردند. در نهایت باینکه امروزه با وجود پیشرفت‌های پزشکی و بیشتر شدن دانش بشر می‌توان تا حدودی از به وجود آمدن یک فرزند کم‌توان ذهنی جلوگیری کرد اما تصور جهانی بدون افرادی مانند بتهوون، آلبرت انیشتین، استیوی واندر، دشوار است. ویلما رودولف و هزاران فرد با استعداد دیگر که با ناتوانی‌های مادرزادی و ناتوانی‌های بعد تولد متولد شده‌اند بدون شک بر وضعیت امروزه انسان تأثیر مثبتی گذاشته‌اند. با این وجود، امروزه بحث داروین در پوشش اصلاح نژادی غربالگری ژنتیکی و جستجوی مداوم نوع بشر برای یافتن موجود کامل و همچنین بقای توانمندترین‌ها ادامه دارد. لازم به ذکر است یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که جزئیاتی را در مورد شدت ناتوانی کودک کم‌توان ذهنی و نوع آن ذکر نشده است؛ بنابراین، مجهول است که چه نوع ناتوانی‌های کودک بر نتایج تأثیر گذاشته است. پژوهش حاضر بر روی گروهی از مادران شهر آبادان که شرایط تقریباً یکسانی داشته‌اند اجرا شده است؛ بنابراین در تعمیم آن به سایر مادران باید جانب احتیاط را رعایت نمود. از آنجایی که داده‌های لازم به‌وسیله پرسشنامه گردآوری شده است، امکان دارد موجب موضع‌گیری شماری از مادران نسبت به سؤال‌های پژوهش شده باشد و باعث شده که آن‌ها با صداقت کامل به سؤال‌های پرسشنامه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر پژوهش کم بودن حجم نمونه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی که به دلیل کم بودن حجم جامعه آماری این گروه اتفاق افتاد. در پایان پیشنهاد می‌شود که معلمان و کارکنان در رشته‌های مرتبط در مورد مراحمی که والدین در مواجهه با این واقعیت که فرزندشان ناتوان ذهنی است طی می‌کنند اطلاعات کافی را داشته باشند آن‌ها همچنین باید از ویژگی‌ها و شرایط مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی آگاه باشند تا قادر باشند والدین را معقولانه به سمت پذیرش شرایط و سرنوشت فرزندشان راهنمایی کنند.

## منابع

اسکندری، ر. و حسینی، س. ح. (۱۴۰۱). بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و کیفیت زندگی مادران فرزندان عقب‌مانده ذهنی با مادران فرزندان عادی شهرستان ارسنجان. پایان‌نامه، کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.

پاک دامن، شهلا. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوانی. مجله علوم روانشناختی، ۳(۹)، ۲۵-۴۷.

ترکی، کلانتری، (۱۴۰۲)، مقایسه سبک‌های دلبستگی، سلامت روان و رضایت زناشویی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر آبادان در سال ۱۴۰۱. پایان‌نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، دانشکده روانشناسی بالینی.

جابری شهرکی، س. و قادری، ز. (۱۳۹۸). مقایسه معنای زندگی و رضایت زناشویی بین مادران دارای فرزند سالم با مادران دارای فرزند معلول ذهنی در شهر مرودشت. پایان‌نامه، کارشناسی ارشد، علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

جهانگیرفر، آ. و علیزاده، ت. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی سبک های دلبستگی و شیوه های فرزندپروری مادران دانش آموزان عادی و مادران دانش آموزان با اختلال یادگیری. پایان نامه، کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.

خسروجاوید، مهناز، ۱۳۹۳، ویژگی های شخصیتی و سبک دلبستگی مادران با اختلال اوتیسم و کودکان عادی کد مقاله ۳۲۴، نخستین همایش ملی توانمندسازی فردی اجتماعی افراد با نیازهای ویژه، قائنات

شریفی، ب. و ثمری، ع. ا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی امید به زندگی بر اساس مثبت اندیشی و باورهای مذهبی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. پایان نامه، کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه خیام، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

شیخی زاویه، ج.، نریمانی، م.، صادقی، گ. و بشرپور، س. (۱۳۹۶). مقایسه تاب آوری، هوش معنوی و رضایت زناشویی در مادران دانش آموزان با و بدون کم توانی ذهنی. پایان نامه، کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

لاجوردی زهره . بررسی مقایسه ای میزان افسردگی مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی . پایان نامه . کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه تهران. سال ۱۳۷۱ ، ص ۱.

محمود غلام رضایی، فاطمه گلشنی، نوروزیان مهتاب (۱۳۹۲). مقایسه سبک های دلبستگی و سبکهای عشق ورزی در والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و والدین دارای کودک عادی.  
معتمدین، مختار. سهرابی، فریبا. فتحی آذر، اسکندر. ملکی، صادق. (۱۳۸۷)، مقایسه ی بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش آموزان کم توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی . دانش و پژوهش در روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۳۵-۱۲-۱۵.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Beckman PJ. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. Am J Ment Retard. 1991 Mar;95(5):585-95. PMID: 2043351.

BOWLBY J, ROBERTSON J. A two-year old goes to hospital. Proc R Soc Med. 1953 Jun;46(6):425-7. PMID: 13074181; PMCID: PMC1918555.

Bowlby J. (1969). Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss. New York: Basic Books.

BOWLBY J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal. 1958 Sep-Oct;39(5):350-73. PMID: 13610508.

Braun JM, Froehlich T, Kalkbrenner A, Pfeiffer CM, Fazili Z, Yolton K, Lanphear BP. Brief report: are autistic-behaviors in children related to prenatal vitamin use and maternal whole blood folate concentrations? J Autism Dev Disord. 2014 Oct;44(10):2602-7. doi: 10.1007/s10803-014-2114-x. PMID: 24710813; PMCID: PMC4167931.

Brekke I, Nadim M. Gendered effects of intensified care burdens: employment and sickness absence in families with chronically sick or disabled children in Norway. Work Employ Soc. 2017;31(3):391-408. doi: 10.1177/0950017015625616.

- Burton P, Phipps S. Economic Costs of Caring for Children with Disabilities in Canada. *Can Public Policy Analyse Polit.* 2009;35(3):269–90.
- Busch SH, Barry CL. Mental health disorders in childhood: assessing the burden on families. *Health Aff (Millwood).* 2007 Jul-Aug;26(4):1088-95. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.1088. PMID: 17630451.
- Catalano D, Holloway L, Mpofu E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Feb 14;15(2):341. doi: 10.3390/ijerph15020341. PMID: 29443933; PMCID: PMC5858410.
- Coleman, J. C. (1964). *Abnormal psychology and modern life* (3rd ed.). Chicago, IL: Scott, Foresman.
- Damrosch SP, Perry LA. Self-reported adjustment, chronic sorrow, and coping of parents of children with Down syndrome. *Nurs Res.* 1989 Jan-Feb;38(1):25-30. PMID: 2521384.
- de Minzi, M. (2010). Gender and cultural patterns of mothers' and fathers' attachment and links with children's self-competence, depression and loneliness in middle and late childhood. *Early Child Development & Care*, 180, 193-209. doi:10.1080/03004430903415056.
- 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 May-Jun;47(Pt 4-5):385-99. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00498.x. PMID: 12787168.
- Findler L, Klein Jacoby A, Gabis L. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Res Dev Disabil.* 2016 Aug;55:44-54. doi: 10.1016/j.ridd.2016.03.006. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27037989.
- Flaherty, Evelyn AU - Glidden, Laraine PY - 2000/07/01 SP - 407 EP - 422 T1 - Positive Adjustment in Parents Rearing Children with Down Syndrome VL - 11 DO - 10.1207/s15566935eed1104\_3 JO - Early Education and Development - EARLY EDUC DEV ER.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979 Feb;9(1):139-45. doi: 10.1017/s0033291700021644. PMID: 424481.
- Groce N, Challenger E, Berman-Bieler R, Farkas A, Yilmaz N, Schultink W, Clark D, Kaplan C, Kerac M. Malnutrition and disability: unexplored opportunities for collaboration. *Paediatr Int Child Health.* 2014 Nov;34(4):308-14. doi: 10.1179/2046905514Y.0000000156. Epub 2014 Oct 13. PMID: 25309998; PMCID: PMC4232244.
- Guyard A, et al. Déterminants et fréquence du non-emploi chez des mères d'enfant en situation de handicap. *Alter.* 2013;7(3):176–92.
- Hatami H, Habi MB, Akbari A. Assessing the Impact of Religiosity on Marital Satisfaction. *J Military Psychology.* 2009; 1(1):13-22.
- Hawkins, J. L. (1968). Associations between companionship, hostility, and marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 30(4), 647–650.
- Hornby, Garry PY - 1994/01/01 SP - 171 EP - 184 T1 - Effects of Children with Disabilities on Fathers: A Review and Analysis of the Literature VL - 41 DO - 10.1080/0156655940410302 JO - International Journal of Disability Development and Education - INT J DISABIL DEV EDUC ER.



Johnson, Michal Lynne. "Maternal Self-Care, Attachment Style, and Observed Parenting in a Preschool Sample with Autism Spectrum Disorder." Thesis, 2019. doi: 10.7916/d8-31zp-r754.

Kim HW, Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW. The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *J Intellect Disabil Res.* 2003 May-Jun;47(Pt 4-5):313-27. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00493.x. PMID: 12787163.

Leiter, Valerie AU - Krauss, Marty AU - Anderson, Betsy AU - Wells, Nora PY - 2004/04/01 SP - 379 EP - 403 T1 - The Consequences of Caring: Effects of Mothering a Child With Special Needs VL - 25 DO - 10.1177/0192513X03257415 JO - Journal of Family Issues - J FAM ISS ER .

Marquis SM, McGrail K, Hayes MMental health of parents of children with a developmental disability in British Columbia, CanadaJ Epidemiol Community Health Published Online First: ۱۹ November ۲۰۱۹. doi: ۱۰.۱۱۳۶/jech-۲۰۱۸-۲۱۱۶۹۸.

McElwain, N. L., Cox, M. J., Burchinal, M. R., & Macfie, J. (2003). Differentiating among insecure mother-infant attachment classifications: A focus on child-friend interaction and exploration during solitary play at 36 months. *Attachment & Human Development*, 5(2), 136-164. doi: 10.1080/1461673031000108513.

Muddle, Sarah AU - McElwee, Jennifer AU - Vincent, Regine AU - Birdsey, Nicola AU - Best, Lara PY - 2021/02/03 SP - T1 - Talking with parents of children with learning disabilities: Parents' ideas about the Circle of Security parenting programme VL - 50 DO - 10.1111/bld.12371 JO - British Journal of Learning Disabilities ER.

Pelchat D, Bisson J, Ricard N, Perreault M, Bouchard J-M. Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *Int J Nurs Stud.* 1999;36(6):465-77. doi: 10.1016/s0020-7489(99)00047-4. PMID: 10576117.

Ranson, K. E., & Urchuk, L. J. (2008). The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early Child Development & Care*, 178(2), 129-153. doi: 10.1080/03004430600685282.

Rasmussen, P. D., Bilenberg, N., Shmueli-Goetz, Y., Simonsen, E., Bojesen, A. B., & Storebø, O. J. (2019). Attachment Representations in Mothers and Their Children Diagnosed with ADHD: Distribution, Transmission and Impact on Treatment Outcome. *Journal of Child and Family Studies*, 28(4), 1018-1028. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01344-5>.

Rydzewska E, Dunn K, Cooper SA, Kinnear D. Mental ill-health in mothers of people with intellectual disabilities compared with mothers of typically developing people: a systematic review and meta-analysis. *J Intellect Disabil Res.* 2021 Jun;65(6):501-534. doi: 10.1111/jir.12827. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33738865.

Seligman, M. & Benjamin Darling, R. (2007). Effects on the Family as a System. *Ordinary Families, Special Children* (pp. 181-217). New York, NY: The Guildford Press.

von der Lippe, A., Eilertsen, D., Hartmann, E., & Killèn, K. (2010). The role of maternal attachment in children's attachment and cognitive executive functioning: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 12, 429-444. doi: 10.1080/14616734.2010.501967.

Wilkes-Gillan S, Lincoln M. Parent-mediated intervention training delivered remotely for children with autism spectrum disorder (ASD) has preliminary evidence for parent intervention fidelity and improving parent knowledge and children's social behaviour and communication skills. *Aust Occup Ther J.* 2018 Jun;65(3):245-246. doi: 10.1111/1440-1630.12481. Epub 2018 May 21. PMID: 29785798.

World Health Organization (2004).

Wulan, D. K., & Chotimah, K. (2017). Peran Regulasi Emosi dalam Kepuasan Pernikahan pada Pasangan Suami Istri Usia Dewasa Awal. Jurnal Ecopsy, 4(1), 58- 63.

Zeedyk, S.M. & Blacher, J. (2017). Longitudinal Correlates of Maternal Depression Among Mothers of Children With or Without Intellectual Disability. American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 122(5), 374-391. doi: 10.1352/1944-7558-122.5.374. PMID: 28846040.